



O BISTURI

ORGÃO OFICIAL DO CENTRO ACADÊMICO OSWALDO CRUZ

ANO 41

MARÇO/76

Nº 1

CONVENIO INPS - HC

Leia na página 3

CASE

Leia na página 2

C. MEDICA

Leia na página 4

FARMACIA

Leia na página 5

RONDON

Leia na página 5

RESIDENCIA

Leia na página 6

EDITORIAL DO BISTURI

O BISTURI neste ano de 1976 muda de fisionomia. É lógico que a mudança de orientação no Centro Acadêmico iria afetá-lo.

Como diz o programa da Chapa Diálogo, o BISTURI vai limitar-se a tratar de assuntos de saúde, ensino, vivência universitária e mercado de trabalho. Esta limitação visa a que o órgão oficial dos estudantes de medicina da USP, trate de assuntos que mais interessam à maioria dos estudantes, e que são difíceis de encontrar em outros órgãos de imprensa. Assuntos como política externa do Brasil, seca no Nordeste, etc., podem ser encontrados em outros jornais. Não somos contra a divulgação destes artigos, tanto que a Biblioteca do Centro põe à disposição dos alunos jornais diários, semanais, revistas, onde estes assuntos são ventilados, e ainda faz um sumário das notícias da semana anterior.

Outra característica do BISTURI é seu caráter noticioso. É incrível que isto seja uma característica de um jornal, mas é que os "Bisturi" antigos eram verdadeiras coletâneas de análises, tendo poucas informações sobre fatos que nos afetam, e que ocorrem em nossa escola.

A periodicidade é importante, pois as notícias perdem o seu valor em pouco espaço de tempo. Acreditamos que a periodicidade do BISTURI, unida ao seu caráter noticioso, auxiliará a resolver um dos grandes problemas da Congregação de Alunos: a falta de discussão — prévia nas classes antes de tomar resoluções, pois todos os alunos estarão informados do que está sendo discutido.

O BISTURI terá outra inovação: a presença de artigos assinados sobre os assuntos a que ele se limita, como forma de auxiliar a troca de idéias dentro de nossa comunidade. Os articulistas podem ser alunos, residentes e professores da nossa faculdade.

Enfim, para que tudo isto ocorra, é necessário trabalho, gente e dinheiro. Por isso, estão todos convidados a participar do "Bisturi", auxiliá-lo nas reportagens, e na procura de publicidade para custeá-lo (o aluno que conseguir a publicidade ganha uma comissão).

Procurem-nos.

BISTURI

BIBLIOTECA

Leia na página 7

DPMS

Leia na página 7

FUSÃO

Leia na página 8

ECHEM

Leia na página 8

AAAOC

Leia na página 8

ELEIÇÕES PARA CONGREGAÇÃO DE ALUNOS DO CAOC

Leia na página 4

EDITORIAL

Embora enfrentando sérias dificuldades financeiras, resolvemos publicar O Bisturi em papel jornal. E neste número, publicamos um editorial longo e esclarecedor da situação do CAOC.

É a primeira vez que nos dirigimos à escola com todos alunos em aula, apesar de já termos feito o Jornal e Manual do Calouro, e uma Síntese (n.º 30) a respeito do Convênio INPS-HC.

O ano iniciou-se com alguns problemas relativos ao Internato. O 5.º ano, não tinha incluído no seu currículo os estágios de PSM e PSC. Através de inúmeras conversações conseguimos obter sucesso, incluindo estes estágios para o 5.º ano.

O 6.º ano teve sua bolsa cortada pelo CASE, e imputada falta grave aos alunos pois estes não estavam comparecendo aos plantões determinados pela Clínica Médica, por acharem, justamente, serem estes plantões uma sobrecarga sem proveito didático. Os desentendimentos que se seguiram agravaram a situação.

Após uma reunião dos 6.º anistas, resolveu-se que seria melhor tentar novos contatos com os mecanismos oficiais — Clínica Médica e CASE para resolver o problema. Na sequência, após muitas horas e esforço junto ao Dr. Mattar e Prof. Decourt, entrou-se em entendimento e a situação se transformou, a contento dos alunos.

Esta forma de atuação, o diálogo, foi um dos pontos pelos quais nos batemos, durante as últimas eleições para o CAOC. É infantil demais começar a chorar bem alto, pensando, com isto, obter rapidamente proveito. Isto é um erro básico e é o que nos diferencia do grupo CAOC do ano passado e do grupo Atuação deste ano.

Nós, CAOC e grupo Atuação, acreditamos em maneiras diferentes de chegar a um mesmo objetivo. Eles acreditam que a união dos alunos denota força, e esta união — feita às pressas frente a um problema qualquer — deve ser feita e afrontada com ela os poderes constituídos — diretoria da escola, professores, etc.

Isso vinha ocorrendo nos últimos anos na FMUSP, onde não se procurava resolver os problemas enquanto eles aconteciam, esperando "estourar" a situação, para então ser necessário uma greve dos estudantes, que requer união e denota força.

Acontece que este tipo de atuação esvazia o Centro Acadêmico, pois poucos dão continuidade às lutas de greve e esta se perde no vazio, como aliás vinha acontecendo.

Ora, pensamos de modo diferente. Primeiro, não entendemos o professor como detentor do poder constituinte, ou como um inimigo em potencial. Entendemos que professores e alunos enfrentam muitos problemas comuns, sofrem das mesmas pressões e portanto podem se unir em muitas oportunidades. Há interesse em melhorar o ensino, não só nosso mas também de muitos professores.

Se nós nos unimos radicalmente contra eles, o mesmo eles farão contra nós. Se quisermos demonstrar força, eles também quererão fazê-lo para não serem "dominados". E nada conseguimos com este método imaturo e infantil.

Mudou a direção do CA e mudou sua orientação. Achamos que uma união se constrói a longo prazo, sem tentar impor um sistema político — ideológico no centro acadêmico; apenas o mantendo dentro do maior espírito democrático possível. Entendemos que todos os que se unem aqui na FM e aprendem a trabalhar em conjunto, pensando democraticamente, sairão da escola acostumados a este tipo de relacionamento, o que trará consequências benéficas a longo prazo.

Achamos que a união não, se faz através de brigas, mas de um trabalho construtivo, paulatino, sem imposição ideológica. E essa união não é só de alunos, mas também com professores, com excessões é claro.

É necessário esgotar todas as maneiras dialogáveis, esforçar-se em resolver qualquer assunto pela conversa e entendimentos e depois, caso nada se consiga, tomar uma atitude mais drástica, tentando impor nossa opinião.

Dentro da USP, vários CAs pensam da mesma forma que o grupo Atuação. Os Centros que assinam o BICHUSP, a ser realizado em março, acham que Centro Acadêmico é local de discussões políticas e esta será a tônica dos trabalhos dos calouros no BICHUSP.

Apesar de não concordarmos em fazer primeiro anista discutir "liberdades democráticas", por acharmos que tal discussão não seria produtiva e conseqüentemente achamos importante o trabalho conjunto entre várias entidades para fortalecer o Movimento Universitário, e por esta razão, nos dispuzemos a trabalhar em conjunto para a realização do BICHUSP.

O grupo Atuação, que é o grupo de alunos da Medicina que assina o BICHUSP, tentou impedir nosso ingresso na realização do mesmo. Este mesmo grupo, aqui na FM, taxou a Chapa Diálogo como comunista, e lá fora, na USP, eles dizem que somos da "direita", tentando com isto nos isolar dos outros CAs. São dois pesos para duas medidas, denotando a má fé e desonestidade de quem assim age, difamando aqui e acolá conforme seus interesses.

A isto chamamos Oposição Destrutiva.

As portas do jornal "O Bisturi" estão abertas a críticas, e queremos oposição. A oposição é necessária pois é impossível todos pensa-

rem da mesma forma. Favorecemos a oposição construtiva, feita através dos órgãos do CAOC, não se tentando dividir a escola, enfraquecendo o Centro Acadêmico ou ocasionando briguinhas de grupo que nada beneficiarão a escola. Podem sim, atrapalhar e até estragar uma administração. Acontece, que assim, estarão atrapalhando os alunos, pois estarão enfraquecendo a entidade Centro Acadêmico, transformando as discussões em brigas de grupo (e não em posições da escola inteira), e estarão criando, o que é mais grave, o espírito de separação, acostumando a escola que o certo é não respeitar o Centro Acadêmico, fazendo isoladamente o que se quiser. Com isso a união se desfaz e nunca se conseguirá nada, nem hoje, nem a longo prazo.

Um exemplo ocorreu no caso da taxa dos calouros. A faculdade estava cobrando Cr\$ 100,00 para a construção do Museu. Após várias consultas verificou-se que esta cobrança não poderia ser feita e combinou-se com o CAAVC que seria solicitado ao representante dos alunos no Conselho Universitário, que denunciasse o fato no C.O. tentando resolver o assunto, que chegaria a bom termo — devolução do dinheiro aos calouros. Mas, os membros do grupo atuação foram à reitoria antecipadamente e denunciaram a situação, levando a escola a devolver a taxa cobrada.

Para que isto? Só para poder escrever um folheto dizendo que a "vitória" foi deles, quando as coisas tomariam o mesmo rumo se fosse discutido o assunto no C.O. A isso chamamos oposição destrutiva do grupo Atuação.

Convidamos o grupo Atuação a trabalhar conosco, mesmo fazendo oposição, através dos órgãos representativos do CAOC — O Bisturi, Departamentos, congregação de alunos, etc., para que a escola se beneficie com idéias diferentes, mas que quando sejam tomadas as posições elas sejam da maioria e respeitadas.

Nossa intenção é apoiar qualquer atividades construtiva no CAOC e acompanhar um pensamento democrático ao longo de nossa gestão.

Pensando nisto, resolvemos abrir eleições para o CASE (antes era indicação do Centro), que tem dois representantes discentes — um do 6º e outro do 5º anos. Provisoriamente estão nos postos acima os alunos Borges (6º ano) e Kok (5º ano) que serão candidatos às eleições juntos com outros que porventura queiram concorrer.

Gostaríamos que a atitude passiva dos alunos desta faculdade fosse passado. Que no presente a atividade seja a tônica dos alunos. Aproximem-se do Centro, discutam, apresentem novas opções, trabalhem nos departamentos do CAOC, participem das reuniões da congregação de alunos, participem de todos os trabalhos do Centro, enfim, não deixem os outros resolverem os problemas por vocês

DIRETORIA DO CAOC

Representação de alunos C.A.S.E.

Contrariamente ao procedimento que vinha sendo aplicado para a escolha dos representantes dos internos no CASE, um 6.º anista como titular e um 5.º anista como suplente, com o Centro Acadêmico indicando-os, a diretoria do CAOC resolveu este ano convocar eleições para os referidos cargos.

Achamos que desta forma o processo se torna mais democrático, criando mais uma oportunidade de se discutir a importância da representação discente.

Esta eleição deveria ter sido convocada ao final do ano passado, juntamente com a dos representantes dos departamentos, para que no início do ano os novos representantes já pudessem tomar posse e dar andamento aos trabalhos de representação. Mas como não era costume convocar-se eleições e sim a diretoria indicar os representantes, os alunos ficaram sem representação por um período de 2 meses.

Para suprir esta falha, ate

que sejam eleitos os novos representantes, a diretoria do CAOC indicou provisoriamente o 6.º anista Borges e o 5.º anista Fernando Kok.

A eleição para o CASE será realizada juntamente com a da Congregação de Alunos do CAOC, e as inscrições para os cargos serão abertas na secretaria do CAOC. Todos os interessados podem e devem se candidatar, desde que estejam cursando o 5.º e 6.º anos.

ODONTO-LONDON PRESS LTDA

● IMPRESSORA ODONTOLÓGICA E MÉDICA

(EXCLUSIVAMENTE)

Rua Augusta, 980 — Telefone 256-2890 — São Paulo
— Estacionamento gratuito aos clientes à mesma rua, n.º 962

CONVENIO INPS - HC

O Instituto Nacional de Previdência Social é o maior consumidor de serviços do país, mantendo vínculos diretos com a maioria dos profissionais de Medicina em atividade. O Instituto possui 29 hospitais próprios em funcionamento, com um total de 7.753 leitos; trabalha também em sistema de convênio com 2.606 hospitais particulares (180.683 leitos).

Atualmente o INPS dispõe de 15 milhões de segurados, o que perfaz entre segurados e dependentes, uma população de cerca de 50 milhões de pessoas "protegidas" (1).

O INPS é hoje, seguramente, a maior entidade de prestação de serviços da América Latina (1), admitindo-se, ainda, uma evolução crescente em seu atual quadro institucional. Assim é que, em 1975, o seu orçamento foi de 43 bilhões de cruzeiros (38% do total do orçamento da União) para atender cerca de 50 milhões de clientes. Estima-se que, até o final da década, os recursos destinados sejam de 80 bilhões de cruzeiros para uma clientela da ordem de 68 milhões de pessoas (1).

Em primeiro de maio de 1975, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que englobou o INPS, com o intuito de corrigir as crônicas deficiências e os custos desnecessários verificados no instrumento básico de nosso sistema de previdência e assistência social (1).

Em 23 de outubro de 1974 foi assinado um protocolo entre os Ministérios da Educação e da Previdência e Assistência Social, visando à integração dos hospitais de ensino à rede e programa de assistência aos previdenciários. Na oportunidade foi aprovada uma minuta padrão de assistência médica aos beneficiários do INPS pelos hospitais de ensino ou universitários. De acordo com a minuta, o INPS contribuirá mensalmente para o Hospital com um subsídio variável em função do número e tipo de altas hospitalares, havendo ainda suplementação para o atendimento ambulatorial e perspectivas para a criação de unidade de medicina preventiva e de saúde mental.

O Protocolo, assinado pelos dois ministérios, menciona como ponto favorável do convênio o fato de a Previdência possuir vultosas verbas, estando em condições de financiar os Hospitais de ensino que carecem de recursos. Diz ainda o referido protocolo que "devido à disseminação do sistema de assistência da Previdência Social, que atinge agora não apenas a grande maioria das populações urbanas, como parcela considerável das populações rurais, estão muito reduzidos os pacientes verdadeiramente indigentes que procuram o hospital universitário" (2).

Segundo Landmann (2), "o Ministério da Previdência Social responsável na prática pelo Sistema de Assistência Médica aplicado ou a ser aplicado, não pode ficar alheio à formação de recursos humanos imprescindíveis para acioná-lo. É imperativo adotar novos programas de educação e treinamento em cooperação estreita com os órgãos que prestam a assistência médica, no caso o INPS. A educação médica para preencher suas finalidades tem de entrosar-se com a assistência médica e esta não pode existir sem o relacionamento com o sistema educacional no qual terá de basear-se". De outro lado, a maioria dos pacientes atendidos nos hospitais de ensino é beneficiária ou dependente da Previdência (2, 3).

No XII Congresso da Associação Brasileira de Escolas Médicas, realizado em São Paulo, o Dr. Nildo de Aguiar, representando o INPS, apresentou recomendações unanimemente aprovadas, entre as quais se destacam a **prioridade absoluta dos hospitais de ensino para efeito de convênios**, e um **tratamento especial a esses hospitais**, diferentes dos dados a entidades particulares, que leve em conta não somente os aspectos assistenciais, mas também de formação e pesquisa médica que, em última análise, não podem ser dissociados de uma assistência efetiva (3, 4). Colocou também que os hospitais atualmente postos a serviço das escolas médicas do país são em insuficientes em número de leitos e que tal situação agravar-se-ia em 1976, ano que deverá haver cerca de 9.000 alunos na última série do curso médico em todo o Brasil. Nos últimos anos, foram criadas muitas escolas, mas estas estão sem leitos para o ensino ou para a profissionalização. E as que dispõem de leitos criam médicos de tecnologia avançada que superpovoam os grandes centros e fogem de locais, mesmo próximos da



metrópole, onde inexistem recursos para a medicina que eles aprenderam.

Em países como o nosso (com sérias doenças nutritivas, com alta incidência de parasitoses, com uma população que se expande rapidamente, com recursos econômicos crescentes, mas ainda modestos, e com um sistema de transportes ainda falho) a demanda é de médicos com treinamento em problemas médico-sociais, com formação de práticos gerais que possam atender às necessidades de um plano nacional de saúde em centros rurais e em grandes áreas metropolitanas (3).

Na realidade brasileira de saúde, que se reflete nos coeficientes da mortalidade e morbidade e se traduz no descobrimento da causa de mais de 40% dos óbitos registrados no país, recomenda-se a preparação de um profissional com características básicas, que permita uma adequada articulação com os demais profissionais que integram a equipe de saúde (7).

Estes motivos são imperativos na discussão da validade do estabelecimento do convênio entre o INPS e hospitais de ensino, e na utilização da rede própria do INPS para treinamento de estudantes e residentes. Por outro lado, o INPS, valendo-se de sua experiência, deve informar aos órgãos produtores o tipo de profissional de que necessita para cumprir suas tarefas assistenciais (4).

O Hospital das Clínicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) foi o primeiro hospital de ensino a assinar o convênio com o INPS, e segundo o seu diretor, Jayme Landmann, o convênio oferece inúmeras vantagens como:

1. O custo da hospitalização é relacionado ao diagnóstico de alta de cada paciente. Desaparecem assim faturas discriminativas extensas e principalmente atritos sobre o tempo de permanência dos pacientes, exames exagerados, glosas, etc.

2. Os doentes do INPS passam a ser atendidos nos ambulatórios do Hospital. O custo da Hospitalização diminui porque os doentes podem ser internados com exames complementares já feitos, ou podem ter alta mais precocemente para seguimento ambulatorial.

3. A inclusão do ambulatório no convênio e maior autonomia de internações permitem ao Hospital ter maior número de pacientes com patologias primárias, com modificação positiva da estrutura nosológica, quer para o ensino, quer para a assistência médica.

4. A assinatura do convênio permite entrosamento cada vez maior entre o programa de assistência médica do INPS e o Hospital. Consegue-se assim maior dinamização dos serviços hospitalares, estruturação de projetos para melhor formação de recursos humanos e instalação de planos pilotos para estender e baratear a própria assistência médica (3).

Segundo Gentile de Mello (5), os resultados positivos do convênio INPS-UERJ, que coincidem em parte com os pontos destacados por Landmann (3), são os seguintes:

1. Cresceu, em mais de 50%, o número de internações de beneficiários do INPS no hospital;

2. Dinamização das atividades desenvolvidas nos ambulatórios do Hospital da UERJ, em razão do próprio convênio, com apoio financeiro do INPS.

3. O Tratamento pré e pós-operatório a ser realizado, sempre que possível, em regime ambulatorial, em substituição do tratamento pré e pós-operatório em regime de internação.

4. Foi registrado um apreciável declínio do tempo médio de permanência, resul-

tado de melhor controle técnico e administrativo da direção do Hospital, aumentando a rotatividade dos leitos e ampliando as oportunidades de aprendizado.

5. Os pacientes egressos das Unidades de Internação passaram a ser acompanhados em caráter sistemático nos ambulatórios do Hospital.

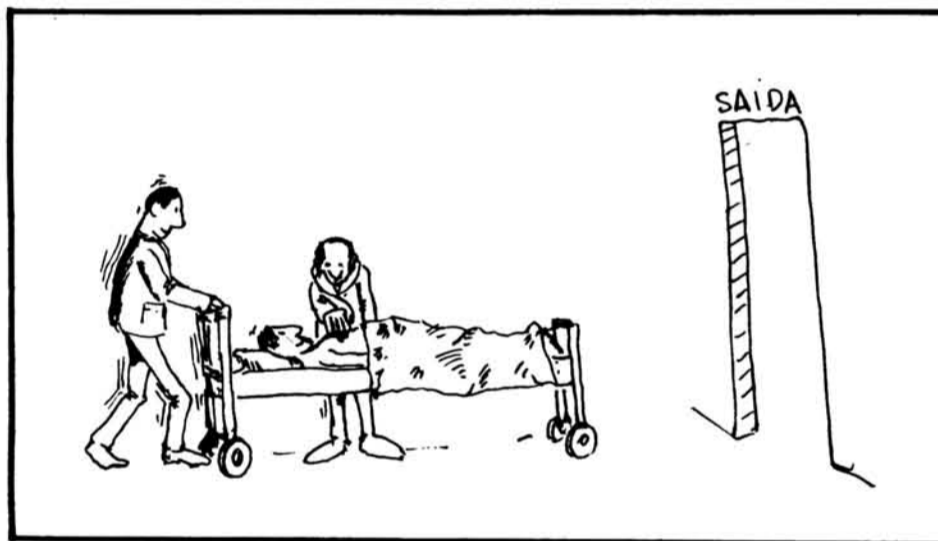
Segundo a mesma fonte, a única explicação para o desinteresse da celebração do convênio nos moldes MPAS/MEC, com pagamento por alta hospitalar, se encontra no fato de que o novo sistema de remuneração compromete os interesses pessoais e financeiros dos professores Universitários que, no momento, mantém contrato direto com a Previdência Social em regime de pagamento por Unidade de serviço.

Saúde vigorante no país uma contribuição valiosa"

No 1.º Encontro de Hospitais de Ensino HC da UERJ, sob o patrocínio da ABEM, foram discutidos aspectos relacionados com convênio MEC/MPAS, e feitas várias observações a respeito do mesmo, a saber:

1. Ocasinou modificação da demanda pelo hospital Universitário, aproximando-a das necessidades de saúde da população e evitando as distorções do excessivo peso das doenças raras no ensino médico.

2. Correção dos efeitos indesejáveis de uma assistência estritamente hospitalar, pois prevêem a inclusão do ambulatório no atendimento integral do paciente.



Em relação ao atendimento ambulatorial, Landmann faz o seguinte comentário:

"Classicamente, os ambulatórios dos hospitais de ensino de instituições não universitárias, funcionam divididos em compartimentos estanques de especialidades e sub-especialidades para onde os pacientes são encaminhados, levando a uma fragmentação característica de uma medicina de tecnologia avançada e completamente desumanizada. Criam-se, assim, problemas graves não só de assistência médica como de preparo profissional. Formamos médicos que sabem atender apenas dentro de sub-especialidades, exigindo exames complementares sofisticados e tornando a medicina desnecessariamente cara e restrita. Por outro lado, criamos para o paciente transtornos tais no seu atendimento que muitas vezes o afastamos da clínica ou do Hospital. Para evitar esses fatos, o Hospital das Clínicas da UERJ tem hoje em dia **19 unidades de Medicina Integral** supervisionadas pelo Instituto de Medicina Social da Universidade. Cada Unidade é formada por um clínico, um pediatra, um ginecologista e um cirurgião, que supervisionam o trabalho dos residentes e internos. Todos os internos do hospital, em número de cem (100), e todos os seus 180 residentes, frequentam as Unidades pelo menos uma vez por semana. Os pacientes são atendidos em três turnos: pela manhã, à tarde e à noite, e dentro destes turnos em períodos com hora marcada evitando-se assim extensas filas de espera.

As Unidades têm ainda assistência psiquiátrica, discussão diária dos casos em reuniões do corpo clínico com os residentes e internos e sessões semanais de discussão de tópicos de medicina integral.

Residentes e internos adquirem assim a formação necessária para atuarem em centros rurais e metropolitanos de grande densidade para poder prestar ao Sistema de

3. Possibilidade maior de rotatividade de pacientes, com redução do tempo de hospitalização.

4. Maior aproveitamento do ambulatório de medicina integral.

Estas mudanças, sem dúvida, favorecem uma maior adequação do ensino às necessidades de saúde da população, entretanto persistem alguns problemas como:

a. inexistência de coordenação entre os serviços de saúde que atuam em determinado área.

b. Persistência do condicionamento da prestação de assistência aos programas de ensino.

Com o propósito de incentivar a realização de convênios do INPS com maior número de hospitais de ensino e eliminar óbices encontrados, o relatório oficial sugeriu:

1. Estabelecimento de autonomia do convênio na emissão do Guia de Internação Hospitalar (GIH);

2. Re-estudo do cálculo dos subsídios fixados, com vista a determinar-lhes significativos aumentos. Atualmente os subsídios são:

— atendimento clínico: 2,5 salários mínimos;

— atendimento cirurgico: a) pequena cirurgia — um salário mínimo; b) média cirurgia — dois salários mínimos; c) grande cirurgia — 6,5 salários mínimos;

— atendimento ao parto — dois salários mínimos.

3. Cancelamento do parágrafo 4.º da Cláusula 7.ª da minuta padrão que diz: "para fixação do valor do subsídio só serão computadas as reinternações anteriores".

A Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM), por ocasião de seu último

Conclusão da pág. 3

Congresso em outubro de 1975, também deu parecer favorável ao convênio MEC/MPAS, sendo que a Assembléia Geral do XIII Congresso Brasileiro de Educação Médica resolveu manifestar ao Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), o regozijo pela aplicação do Convênio, que já vem contribuindo para uma articulação mais racional entre os sub-sistemas formadores de recursos humanos e prestadores de assistência médica, particularmente por:

a. Serem convênios globais e que incluam o pagamento de ações dos diversos níveis de prevenção e assistência médica e não apenas o atendimento hospitalar, mas também o ambulatorial.

b. Serem convênios que estabeleçam novas formas de pagamento da assistência médica, que visam a corrigir as distorções dos procedimentos anteriores que comprometiam a qualidade da assistência e do ensino médico (7).

Pelas opiniões emitidas pelas pessoas e associações anteriormente mencionadas, a conclusão que poderíamos chegar é que o convênio é realmente vantajoso, principalmente para hospitais de ensino sem recursos, ou com os mesmos insuficiente. O Hospital das Clínicas, no caso, já possui vultosas verbas e pode se dizer que o acréscimo que virá com a feitura do convênio será insignificantes perto das mesmas.

Em 11 de fevereiro p.p. o CAOC organizou uma mesa redonda sobre o convênio INPS-HC, onde foram discutidos alguns aspectos particulares do HC. Nela estiveram presentes o Prof. Oswaldo Ramos, da Escola Paulista de Medicina, que participou da realização do convênio do Hospital São Paulo com o INPS. Os Profs. Eduardo Marcondes e Ernesto Lima Gonçalves da Faculdade, um acessor da superintendência do HC, Dr. Rui e os presidentes da ANMR (Associação Nacional de Médicos e Residentes) e AMRESP (Associação de Médicos e Residentes do Estado de São Paulo).

O Prof. Oswaldo Ramos comentou que o convênio do Hospital São Paulo com o INPS não é o atual proposto para o HC. Lá, o convênio foi feito em 1968 como única maneira que o Hospital encontrou para manter o seu funcionamento, uma vez que as verbas recebidas não eram suficientes. Por este motivo o convênio na Paulista foi positivo, pois um hospital que estava em vias de desarticulação por falta de recursos se reergueu e ampliou em 70% o número de leitos (300-500) leitos nesses anos. A vantagem do convênio para o Hospital São Paulo foi, portanto, o fato do INPS passar a pagar por um paciente que já era atendido no mesmo, cujas despesas, até então, eram cobertas pelo hospital.

A falha do convênio é que o mesmo não inclui atendimento ambulatorial, diferente, portanto, do proposto na minuta padrão atual, que coloca com obrigatório o atendimento ambulatorial.

O mesmo professor levantou que o HC atualmente recebe verbas monstruosas pelo fato de vir do Estado de São Paulo, estado mais rico do país; a Paulista como escola federal, recebe verbas da união, bem inferiores às do HC, pelo fato dos recursos federais serem proporcionalmente menores do que os do Estado de São Paulo. Ele acredita que quando comecarem a funcionar os hospitais de Clínicas da Cidade Universitária, Ribeirão e Campinas, o Estado não vai mais ter condições de dispende gastos exorbitantes como o faz com o HC atualmente e somente com auxílio federal é que estes hospitais poderão funcionar.

O Prof. E. Marcondes, na sua exposição, se manifestou favorável à essência do convênio. Ele acha que o HC vai receber uma verba adicional que deverá ser aplicada em maiorções administrativa, honorários de funcionários e ensino e pesquisa como menciona a própria minuta. O Prof. acha que o convênio não será prejudicial para o ensino pelo fato de o INPS só pagar os exames necessários; pelo contrário será educador. Atualmente, disse, na pediatria chegam a ser solicitado 35 exames sendo que 27 são normais, o que é um abuso e deseducador em termos financeiros e de ensino respectivamente. Em relação à pesquisa, acha que se os pacientes necessitarem ficar internados por maior tempo e requererem maior número de exames para documentação, as verbas do HC e universidade e dos órgãos financiadores de pesquisa devem ser utilizadas neste sentido. É o que se pretende fazer em relação ao H.U., onde o hospital cobrará da entidade na qual o paciente é assegurado (prefeitura, INPS, servidor público, etc.) os serviços prestados; a Universidade pagará a parte docente e os recursos para a pesquisa de-

verão ser obtidos através da FAPESP, CNPq, CAPES e outras instituições financiadoras de pesquisa. Contudo, acha que a minuta padrão proposta não se apresenta ideal para o HC devendo ser elaborada uma nova minuta pela faculdade e HC a ser aprovada pela Congregação.

O Prof. Ernesto Lima Gonçalves comentou que, quanto às verbas recebidas, o HC vive numa situação de falso realismo por viver junto ao poder central, o governo do Estado de São Paulo. Ele acha que atualmente o ensino no HC está prejudicado pelos excessos de casos raros, pela especialização precoce e que o convênio com o INPS colocará o hospital em contato com o real da população brasileira que em sua maioria é assegurada. Contudo devem ser garantidos os recursos obtidos através do convênio sejam drenados para ensino e pesquisa, o que a minuta já menciona. O Prof. Ernesto acha que o interesse do INPS na realização do convênio é que o mesmo pretende vender a imagem ao Brasil de possuir convênio com o HC tentando com isto recuperar sua imagem já bastante desgastada, perante a população.

Este ponto de vista foi compartilhado pelos vários professores e pelo acessor da superintendência, presentes na reunião, que acreditam que o convênio será realizado de qualquer forma, pois existem pressões do governo estadual na superintendência para que este se efetue. Na verdade, acredita-se que as pressões venham do INPS e governo estadual, que as transfere para o HC.

O Prof. Oswaldo Ramos também partilha desta opinião e acha que o HC tem suficiente poder de barganha para realizar um bom convênio. Disse que o HC não pode fazer um convênio qualquer, porque a realização do mesmo servirá de exemplo e pressões para que outros hospitais de ensino o façam. Acontece porém que o HC já recebe grandes verbas do governo estadual, o que não acontece com os outros hospitais de ensino, e o dinheiro proveniente do INPS serviria apenas para tapar buracos. Se o HC fizer um mau convênio, pior será para os outros hospitais de ensino que dependerão apenas do convênio para se manter. Salientou que o preço que o INPS paga por leito aos hospitais convenientes é três a quatro vezes menor do que o cobrado em seus próprios hospitais; assim sendo, é fundamental que no convênio sejam reformulados os níveis de pagamento, pelo menos equiparando-os aos que o próprio INPS cobra em seus hospitais que diz não visarem a lucros.

Uma das conclusões da mesa redonda foi que deve ser formada uma comissão para elaborar uma nova minuta padrão que sirva aos interesses da FMUSP e HC e que possa influir positivamente na realização de convênios com outros hospitais de ensino. O HC deve impor ao INPS as regras do convênio, apresentando ao mesmo uma minuta segundo seus interesses.

Para o HC o convênio não é fundamental já que recebe recursos bastantes elevados. Para termos uma idéia, em 1976 o orçamento programado deverá ser da ordem de 800 milhões de cruzeiros, maior que o orçamento da UERJ, o dobro do da UNICAMP e maior que o da Coordenadoria de Saúde de São Paulo.

Outra conclusão a que se chegou após as discussões foi que não dá para ser contra a essência do convênio; apenas devemos lutar para que, se o mesmo vier a ser realizado, o seja da melhor forma possível. É difícil se manifestar contra um convênio que tenta dar aos trabalhadores que produzem para o país, e que são assegurados pelo INPS, o atendimento no HC, dando prioridade aos indigentes em relação aos segurados, quando pelo menos os direitos devem ser iguais. Além disso já sabemos que o HC atende mais de 50% de segurados do INPS, sendo que com o convênio passaria a receber por serviços que na prática já presta.

Um aspecto importante que cabe ressaltar é o fato do HC ser um hospital público e a realização de convênios pelo INPS com este tipo de hospitais vai contra os interesses das empresas hospitalares privadas que visam a lucros, fato bastante positivo do ponto de vista sócio-econômico, que contribuirá para chegarmos à solução dos problemas de saúde do país que só virá em parte com a Institucionalização da Medicina.

Atualmente os departamentos da Faculdade estão enviando à superintendência do HC o parecer que lhes foi pedido sobre a minuta e, segundo consta, a maioria dos departamentos são favoráveis à idéia em si do convênio embora opinem que a adoção

do mesmo deva ser referendada pela Congregação da Faculdade.

É fundamental que todos os alunos da escola discutam o assunto e opinem a respeito para que o Centro Acadêmico possa encaminhar as propostas dos alunos numa possível comissão a ser criada para elaborar uma nova minuta.

REFERÊNCIAS

1. Programa de ação para o INPS — MPAS/INPS, 1975

2. Protocolo firmado entre o MEC/MPAS
3. Landmann, J. — Rev. Bras. Med. Vol 32; Março 1975/n.º 3
4. Aguiar, N. — XII Reunião Anual da ABEM, Ensino Médico e Previdência Social
5. Mello, C. G. — A Previdência Social e os hospitais de ensino. O Convênio INPS/UEG
6. Relatório final do 1.º Encontro de Hospitais de Ensino: Convênio MEC/MPAS Boletim da ABEM, n.º 54 — outubro, novembro e dezembro de 1975

Como vai a Clínica Médica

Durante este ano de 76, houve apenas uma reunião do Conselho Departamental, reunião esta onde ocorreu a posse da nova representação discente. No entanto, vários contatos individuais já foram realizados entre nós e integrantes da Clínica, de modo que, se ainda não conseguimos total atuação, muito terreno já se preparou e algumas coisas foram efetivadas.

O curso clínico do 1º semestre do 3º T, cuja organização está a cargo do Prof. Cossernele, foi estruturado com maior preocupação à respeito do aumento e distribuição da carga horária (com diminuição da carga da Preventiva).

O curso clínico do 1º semestre do 4º T está a cargo do Prof. Del Nero.

Em nossa conversa com os referidos profs., abordamos nossa preocupação sobre diversos pontos, como:

a) Incapacidade didática de muitos elementos escalados para ministrar aulas tanto teóricas como práticas.

b) ênfase demasiada em patologias raras, dificilmente encontradas na população, em detrimento de outras mais comuns e mais importantes para a formação básica.

c) o nº de diferentes professores que ministram um mesmo curso, ficando cada um encarregado de apenas 1 ou 2 aulas. Desta forma não existe acompanhamento da progressão da classe, nem a relação bilateral prof.-aluno que caracteriza o processo educativo.

d) a dificuldade do principiante em consultar a bibliografia e separar as filigranas do que é fundamental para o aprendizado.

Perguntada a opinião dos organizadores dos cursos, estes foram, no geral, concórdantes em que estes aspectos são de grande monta.

Para o Prof. Del Nero, estes pontos norteariam sua programação, cuidando inclusive, que os monitores das aulas práticas permaneçam fixos para um mesmo grupo durante cada curso, sendo que estes tem duração aproximada de 30 a 60 dias.

O sistema de apostilagem, sugerido por nós, foi recebido com grande entusiasmo por este prof. que aperfeiçoou a idéia propondo que um grupo de alunos gravasse as aulas, que uma vez transcritas, seriam submetidas a apreciação de quem as mi-

nistrou, levando consequentemente seu nome. O Centro Acadêmico encarregar-se-á da execução final das apostilas, inclusive com as ilustrações que forem possíveis.

Se os alunos do 3º ano também se dispuserem a praticar essa idéia, teremos ao final do ano toda a Clínica Médica apostilada em capítulos praticamente escritos pelos próprios professores.

Ambos os coordenadores afirmaram que a atual preocupação com a melhoria do ensino é muito grande e vem sendo meta da diretoria da escola. Colocam como fundamental a participação do aluno na programação e pedem para que mantenhamos uma apreciação e avaliação contínua, informando-os a respeito das falhas e apresentando sugestões.

No entanto, até agora tudo isto está no papel. A prática é que vai nos mostrar até onde a estrutura permite e realmente executada este aperfeiçoamento.

Depende de nós, exclusivamente de nós, cobrarmos, vigiarmos e insistirmos na referida preocupação com o ensino. Para isso, pedimos aos alunos que mantenham os representantes discentes informados de todos os problemas que ocorrem, bem como o diálogo direto com os professores.

O programa do Curso Experimental manteve-se praticamente o mesmo, sem as mudanças radicais que ocorreram no Tradicional. Pedimos aos alunos que tragam a nós os problemas que ocorram durante o curso.

Ainda no princípio do ano, o 6º ano clínico viu-se às voltas com uma escala de plantões considerada absurda. Apesar do clima de tumulto que ameaçou-se criar em torno do assunto, o problema acabou por se resolver em conversações amistosas entre o Prof. Emilio Mattar., Prof. Decourt, Prof. Fulvio, a preceptoria e alguns representantes discentes que conseguiram dissipar a atmosfera de desconfiança e instabilidade anteriormente criadas. A escala foi mudada, e o problema satisfatoriamente resolvido, apesar do CASE ter-se negado a atender o pedido da CM para suspensão das penalidades, tendo estas ficado apenas atenuadas.

É isso aí gente. Com "jeitinho" nós chegamos lá. Vamos colaborar. A representante discente na Clínica Médica — Sonia (5º T)

Eleições para Congregação de Alunos do CAOC

Dia 25 de março próximo futuro será realizado as eleições para a Congregação de Alunos do CAOC, em todos os anos, com exceção do primeiro.

A porcentagem de representação é de 1 para 25 alunos; assim sendo, cada classe do Tradicional poderá eleger quatro membros e do Experimental, três.

A Congregação, órgão máximo deliberativo do CAOC, é encarregada de tomar as decisões que norteiam as principais atividades do Centro, sendo portanto importante uma participação efetiva e representativa dos alunos na mesma.

Todas as indícios importantes a serem tomadas devem ser discutidas previamente nas classes, antes de serem votadas. E para que isto seja feito da melhor maneira, será entregue previamente a ordem do dia e distribuídas matérias para estudo sempre que possível.

Todos os alunos interessados em ocupar o cargo de representante deverão se inscrever na secretaria do CAOC a partir de hoje.

O UNIVERSITÁRIO E O PROJETO RONDON

O Projeto Rondon surgiu em 1968, a fim de levar a áreas menos desenvolvidas, conhecimentos técnicos e científicos, diminuindo as diferenças sociais e acelerando o desenvolvimento. Seria uma integração entre universitários, universidade, comunidade e governo.

Atualmente, para atingir estes objetivos, as atividades do Projeto Rondon se divide em 5 programas:

- Operação Nacional: se realiza uma vez por ano no mes de janeiro.
- Campus Avançado: presença permanente de universitários e professores nos locais onde estão instalados.
- Interiorização e fixação de mão de obra: em áreas carentes de recursos.
- Estágio remunerado.
- Operação regional.

Teóricamente o Projeto Rondon é isto. Vamos ver como ele é na prática entrevistando alguns colegas que participaram da última operação e do campus avançado. São eles: Paulo Kubo (4.º T), que foi para Florianópolis (PI); Wilson (4.º E) que foi para Avelino Lopes (PI); Toshio (4.º E), que foi para Landri Sales (PI); Laura e Juarez (4.º T) que foram para o Campus Avançado da USP em Marabá (PA).

BISTURI: O que levou você a se inscrever no P.R.?

VILSON: Foram vários motivos: — Amigos meus que participaram-me aconselharam; curiosidade de ir a uma região trabalhar, onde, por iniciativa própria não iria; conhecer uma região viajando de graça; ver como me sairia com os conhecimentos médicos já adquiridos.

PAULO: Irmã foi. Gostou. Eu fui. Existe um certo idealismo de fazer algo pela população, que fura durante a atuação.

JUARES: Não queria ir para a Oper. Nacional por achá-la furada, e não ser um trabalho contínuo. Aí surgiu a oportunidade de ir para o Campus Avançado e como não tinha o que fazer nas férias, eu fui. Como iria um residente do HC, fui achando que seria uma oportunidade de aprender medicina.

LAURA: Ir para a Amazonia, conhecer um outro Brasil. Realizar um trabalho melhor que o da Op. Nacional. Tinha a impressão que o campus era organizado.

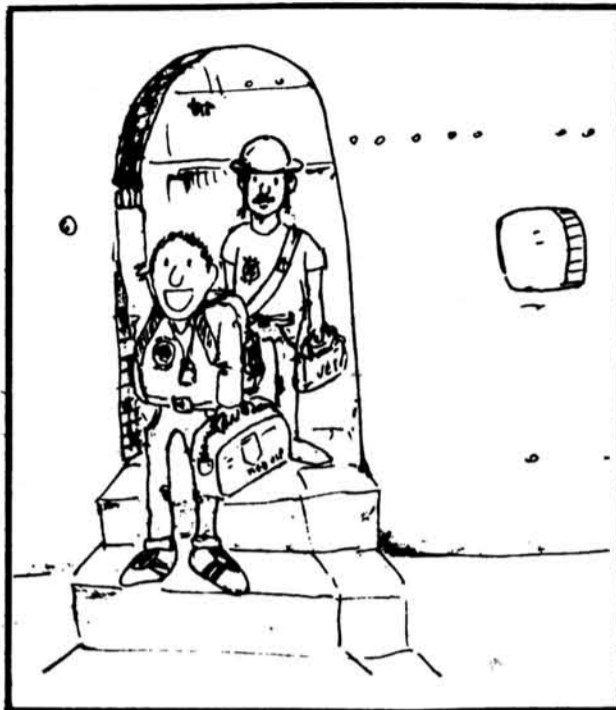
TOSHIO: Antes de entrar na faculdade, já tinha a idéia de ir para o Rondon. Ele me ofereceu a idéia de conhecer um estado diferente.

B: Qual a realidade encontrada lá? Foi a mostrada nos treinamentos?

V: Em julho mandaram uma equipe de reconhecimento. Nos prepararam para uma situação pior do que a que encontrei, o que foi bom.

P: Estava imaginando uma região bem pobre e encontrei uma cidade mais ou menos rica. Achava que havia poucos médicos, todos clínicos gerais. Cheguei lá, encontrei uns 20 médicos, incluindo especialistas. Acho que naquela cidade não precisa de Rondon.

J: Esperava encontrar um trabalho já em andamento. Não tinha a pretensão de dar atendimento médico, como um 3.º anista. Chegando lá, o trabalho planejado (cadastramento de saúde em uma cidade) já havia sido feito. Acabamos fazendo atendimento médico.



L: Não tivemos treinamento. As informações obtidas foram por nossa conta.

T: Esperava encontrar uma cidade pobre, mas pior do que a que vi realmente. As condições de saúde ditas no treinamento foram as realmente encontradas.

B: O que vocês fizeram lá?

V: Atendimento médico e palestras sobre educação sanitária, higiene, educação sexual, a pedido da cidade.

P: Nossa equipe de reconhecimento não fez nada. Tivemos de fazer os contatos nos mesmos. Descobrimos que estavam dando férias aos médicos de lá. Demos muito vermífugo, mas isto não adianta nada. Tentamos fazer algo em nível preventivo através de palestras. Demos um curso de doenças venéreas, na zona de meretrizes, porque elas merecem.

L e J: Atendimento médico e palestras.

T: Foram 10 dias de atendimento na cidade, e o resto na zona rural. Fazíamos exame parasitológico visando um futuro controle. Acho que medicina preventiva é difícil de se fazer, pois encontrei um povo refratário às nossas sugestões.

B: A inscrição para a Op. Nacional é feita em setembro, na Coordenadoria do Rondon. E vocês, Laura e Juarez, como se inscreveram para o campus avançado?

Não nos inscrevemos no Rondon e sim diretamente com o coordenador da área de medicina, do campus.

B: Em termos pessoais, valeu a experiência?

V: Valeu pela experiência de ficar como médico da cidade, pois onde estava, só aparecia um médico uma vez por semana.

P: Valeu, porque nos portamos como médicos e aprendemos muita coisa.

T: O fato de, como estudante, estar dando atendimento, valeu muito.

J: Valeu, porque senti, como estudante, as deficiências do nosso ensino. E as minhas falhas. Senti a importância do trabalho do médico nessas comunidades.

L: Valeu, fundamentalmente, como estímulo para aprender tudo de medicina. Se formar com um conhecimento global da medicina, sem preconceitos contra certas especialidades.

V: Todos nós sentimos isto. Serve para todos.

B: Para a comunidade valeu a presença de vocês?

V: Enquanto estávamos lá, valeu. Mas não é um trabalho contínuo. Quando saímos não deixamos quase nada. É um trabalho de medicina curativa.

P: Não valeu. Em cidade que não tem nenhum médico é válido. Numa cidade que já tem médico não é válido.

L: Para a comunidade valeu, como atendimento individual, curativo. Como Medicina Preventiva, iniciamos um trabalho, que se for dada continuidade, pode dar resultado.

J: O trabalho assistencial sempre vai valer. Preventivo acho cedo avaliar se a população assimilou nossas palestras.

T: Sim. Deixando um grupo suporte bem orientado, fica alguma coisa. Mas só saberemos o resultado o ano que vem.

B: O que difere o Rondon das viagens do DPMS?

J: Em comum com o Rondon, vamos a uma área carente, que fazia o estudante ter contato com a realidade. Mas no DPMS, só o estudante lucra. A população só tem despesa com a gente.

V: Concordo com o Juarez. Acho o Rondon melhor que as viagens do DPMS. Mas estas viagens são úteis para um entrosamento maior dentro da escola. Delas deveria surgir um trabalho contínuo, e não ficar só na pesquisa.

T: No Rondon há uma aplicação prática dos levantamentos, o que não existe no DPMS. No Rondon você participa da elaboração do programa, no DPMS, os questionários já vem prontos.

B: Como vê a participação do estudante no aprimoramento do Rondon?

V: Continuar trabalhando com a coordenação, que oferece relatórios de 2 em 2 meses sobre o que está acontecendo na região. São abertos a novas sugestões. Se fazem, eu não sei.

T: Depois da primeira atuação, pode se inscrever como monitor. Aí, pode-se chegar até a coordenação. Como estudantes damos sugestões no relatório final.

J: A participação não existe dentro da estrutura de coordenação do campus, para o estudante. Não fomos convidados a discutir, mas acredito que a possibilidade existe.

No final da entrevista, todos se comprometeram a convidar elementos da coordenação da Fundação Rondon, para a realização de uma Mesa Redonda, contando com a participação da escola. Será realizada em agosto, mes que antecede as inscrições da Op. Nacional. Nesta ocasião teremos oportunidade de discutir mais profundamente sobre a Fundação Rondon.

Uma série de leis de fiscalização do uso de "tóxicos", aparentemente sensatas, aliadas a um rigoroso controle de preços de remédios, aparentemente sensato, está transformando a medicina brasileira, jogando-a de volta ao século passado.

A recente paralização de venda do "Tridione", pela Abbot, tal como ocorreu com a "Ritalina", "Zarontin" e "Phelontin", por outros laboratórios, é consequência lógica da política de remédios instalada pelo governo brasileiro há cerca de 10 anos.

Na última década, o CIP sempre concedeu aos medicamentos, reajustes muito inferiores à desvalorização da moeda, a tal ponto que todas as drogas antigas boas são vendidas a preços extremamente baixos, com margem de lucro pequena ou praticamente inexisten-

te. Para corrigir a distorção os laboratórios criam associações medicamentosas ou lançam novos produtos — mesmo que inferiores, do ponto de vista farmacológico — tentando, junto ao CIP, preços atualizados. São então montadas campanhas publicitárias que propagam os "novos remédios", em detrimento dos antigos. Comercialmente, é preferível vender um frasco de "novacilina", com margem de lucro de 6:1, do que vinte frascos de "antigocilina", com margem de lucro de 1:2:1.

Como se não bastasse a distorção introduzida pela política de preços, as leis de controle de "substâncias tóxicas" conseguiram acabar com diversas drogas de importância fundamental em neurologia e psiquiatria. Tudo se iniciou quando um produto anorexígeno do laboratório "W" foi desviado

COLUNA DA FARMÁCIA 1974 A Medicina inicia a volta ao século dezanove

Antonio Carlos Zanini



por uma formácia do interior do Brasil, para ser utilizado como bolinha. Descoberta a fraude por autoridades do governo, o referido laboratório foi fechado por algumas semanas, até que fosse comprovada sua inocência. Seus diretores imediatamente descobriram que o risco de manter o produto à venda não compensava o lucro.

A fiscalização severa e a punição demagógica foi alertando todos os laboratórios, a tal ponto que produtos fundamentais no tratamento de epilepsia e disfunção cerebral não são mais encontrados em nosso país.

Para piorar a situação dos doentes, conseguiu-se uma legislação tão severa e tão complicada em relação às farmácias, que a maioria prefere não vender drogas rotuladas como "potencialmente tóxicas". Afinal, é preferível deixar de ganhar

Cr\$ 0,60 por tubo de "Gardenal" vendido do que ter a farmácia fechada.

A situação tende a se agravar nos próximos anos, pois se não acreditamos que os políticos queiram estudar seriamente o assunto e a CEME não assumiu a responsabilidade de distribuir os remédios retirados do comércio.

Infelizmente, do ponto de vista social, a população não perceberá a falta dos remédios: poderá ser medicada com panacéias (associações medicamentosas) homeopáticas e, quem sabe em futuro próximo, com sais de brometo, tal como proposto por Locock em 1857. Em se mantendo a atual política, o Brasil conseguirá ser o primeiro país do mundo a voltar ao século XIX em terapia medicamentosa.

(Retirado da Rev. Ass. Med. Brasil. — vol. 21, n.º 6 — junho 1975)

RESIDÊNCIA: Conheça o seu futuro

Ao visualizarmos a Residência Médica (R M) no país nos deparamos com um quadro bastante caótico, que pode ser resumido nos seguintes pontos principais:

AS FALHAS DO ENSINO

Atualmente quase todos os recém-formados procuram de alguma forma fazer Residência. Esse estágio vem se transformando na prática no 7.º e 8.º anos curso médico, devido à má qualidade do ensino de graduação — há várias faculdades sem hospitais-escola, cujo corpo docente dedica um mínimo de tempo a atividade de ensino, e sobretudo, faltam definições dos objetivos do curso de graduação, de acordo com a realidade do país; essa falta de objetivos leva o ensino a se dar de maneira fragmentada pelas diversas especialidades de modo que ao terminar o curso, o novo médico não é nem especialista, nem generalista. O distanciamento entre o ensino e a realidade de saúde levam o recém-formado a buscar a Residência com intuito de ganhar um pouco mais de experiência para se lançar no mercado em condições de competir.

O MERCADO DE TRABALHO

As exigências do mercado de trabalho são o outro fator de peso que levam o novo médico a procurar fazer R M. O ênfase do mercado é o emprego do médico especialista e R M é encarada como um trampolim para a conquista de melhores empregos, numa perspectiva ainda de medicina liberal.

A presente política de saúde tem por base a atuação do INPS e, atualmente, a tendência do INPS é congelar sua rede de hospitais próprios, derivando a assistência médica para a rede privada, através de convênios, financiamento de sua ampliação, etc. Obviamente a rede privada visa lucro, e, sendo o serviço especializado mais lucrativo e este que se expande em detrimento de outros proporcionalmente mais necessários, acentuando a disparidade existente entre o mercado de trabalho médico e as necessidades de saúde do povo. No momento a maioria dos atos médicos são feitos de maneira descentralizada e baseados na medicina liberal e privatizada, do que resulta muito difícil planificar a assistência médica, visto a resistência oferecida pela rede assistencial particular.

Presentemente a R M não atende sequer às necessidades de especialização do sistema de prestação de serviços, e os fatos apontados se devem à falta de um plano de saúde com condições de resolver os problemas da população, com médicos escalonados em diferentes níveis de atendimen-

to, com quantidades de cada tipo de profissional dependendo da demanda, bem como profissionais para-médicos e estruturas de atendimento também escalonadas — postos de saúde, hospitais gerais, hospitais especializados — e planos regionais de acordo com as moléstias, necessidade de saúde e de investimento em cada região. O sistema atual nem absorve as quantidades necessárias de certas especialidades, e, principalmente, não absorve o médico não especialista.

Um plano completo coordenaria inclusive os objetivos do curso médico e da própria Residência Médica.

A má qualidade das RR MM decorre basicamente da falta de definição de objetivos para a R M, deficiência na orientação didática e falta de condições materiais na maioria dos hospitais que oferecem o estágio.

Regulamentação da Residência Médica

Mesmo sem as diretrizes de um plano de saúde como o esboçado, é necessário que se regulem a R M no Brasil.

AS QUESTÕES TRABALHISTAS

Atualmente é comum a utilização do residente como mão-de-obra barata para tocar a rotina do hospital. Uma boa parte dos hospitais que oferecem R M pagam muito mal o serviço prestado pelo médico residente. Esta prática de exploração da mão-de-obra do médico chega ao ponto de, em vários hospitais se abrirem mais vagas para residentes que para médicos contratados, havendo inclusive casos de exoneração de médicos.

O problema da remuneração e garantias trabalhistas está em que a R M é paga sob forma de bolsa, e não como salário, sem vínculos trabalhistas, portanto analisando o aspecto legal do problema, vemos que, pela lei 3.999 de 15-10-61, estágios de especialização ou melhoria de tirocinio que excedam a 6 meses devem ser enquadrados na lei trabalhista, ou seja, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que regulamenta remuneração, pagamento de horas extras, horário de trabalho, férias, etc. Num consulta feita pela Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR) ao Ministério do Trabalho em 1969, sobre o salário mínimo do Médico Residente, este concluiu que é o mesmo mínimo atribuído ao profissional médico.

Apesar disto, a situação da remuneração do médico residente permanece a mesma, o que levou a Associação dos Médicos Residentes do Estado do Rio, através do Sindicato, a entrar com um dissídio coletivo de natureza jurídica contra todos os hospitais que possuem

R M e está se aguardando o julgamento.

A Residência como especialização regulamentada pelo MEC

Admitir que a R M fosse realmente uma complementação da graduação, seria admitir que o curso médico durasse realmente 8 anos, e fazer com que os 2 últimos anos arcassem com a responsabilidade de resolver todas as falhas do curso de graduação.

Assim, como definido pelo X Congresso Nacional de Médicos Residentes (agosto de 75) "A Residência Médica como um todo deve ser regulamentada como uma forma de especialização nos seus aspectos trabalhistas e de ensino."

Atualmente a maior parte das Residências se faz em hospitais não universitários, não sendo possível defini-la como pós-graduação. Ela é, porém, pré-requisito para admissão ao mestrado e doutorado, na maioria das Universidades.

Na realidade, a R M se enquadra como forma de pós-graduação "sensu lato" e deveria estar regulamentada por estruturas de ensino, portanto pelo MEC, que definiria seus objetivos, os vínculos trabalhistas e os critérios mínimos para sua prática. Seria interessante que o MEC deixasse claro os vínculos existentes entre os hospitais universitários e suas residências e as respectivas universidades.

No entanto, deixemos claro que enquanto não houver um plano nacional de saúde como o exposto, não haverá alterações fundamentais no caráter da R M, tampouco no curso de graduação, face os determinantes do mercado de trabalho e as distorções do atual sistema de atenção médica. Gqueoãe cmfp vbqz vbq

A Regulamentação pela VSP e as necessidades Básicas da Residência

A regulamentação pela USP não vai tocar no problema fundamental da Residência Médica e do ensino médico em geral. Ela pode trazer algumas vantagens para nós no que se refere à garantia de que um Programa de Residência e uma Coordenação Didática existam. Contudo não podemos esquecer de que com ou sem o "rótulo" USP serão os mesmos professores que organizarão a R M e será a mesma concepção de R M que vigora hoje que os orientará. A regulamentação pela USP seria também mais estável que pelo HC, já que o Regulamento do HC pode ser mudado a qualquer hora se assim o desejar o Governador do Estado.



O que é fundamental quando analisamos a questão do Ensino Médico (graduação e Residência), é a sua adequação à nossa realidade de saúde, e é fácil nos acomodarmos com explicações e denúncias do tipo "o nosso ensino está distante da realidade de saúde", etc. O que se faz necessário, a partir desta constatação é esmiuçar o problema: hoje, se tivéssemos todas as condições necessárias para estruturar o ensino de forma a atender a realidade de saúde, iríamos nos deparar com problemas sérios: Que ti-

po de medicina se faz necessária? Quais as necessidades de saúde de cada região do país? Respostas gerais como "é necessário Medicina Comunitária", ou "precisamos de médicos generalistas", não seriam suficientes.

É preciso então um estudo profundo e realmente detalhado das nossas condições e necessidades. Precisamos saber, por exemplo, quais são as áreas prioritárias para a implantação de um Plano de Saúde, que tipo de estruturas de atendimento e em que quantidade deveriam existir nas diferentes regiões, etc.

Desta forma, enquanto não se resolver este tipo de questão, o ensino médico como um todo não poderá sair do impasse que se coloca hoje.

E nós nisso tudo

Ao lado da luta pela Regulamentação da Residência no HC, devemos conhecer o trabalho que vem sendo feito pela ANMR, pelos sindicatos médicos, pelas Associações de Residentes estaduais, no sentido de encaminhar a questão da Residência. A proposta da ANMR já foi encaminhada ao MEC, mas há paralelamente, a atuação de outras entidades, que se possível "regulamentariam" de forma a manter o caos atual. Verificar formas de atuar conjuntamente com a ANMR, discutindo, divulgando e apoiando sua proposta de regulamentação seria o nosso papel.

E também procurar conhecer a realidade e as necessidades de saúde, através da pesquisa e do estudo. O DPMS vai iniciar uma série de estudos sobre o Sistema Nacional de Saúde e sua implantação. Venham participar.

ARNALDO — 4.º exp.

O QUE ESTA FAZENDO

A COORDENADORIA DE RESIDÊNCIA

No ano passado, quando do arquivamento do anteprojeto dos alunos para Regulamentação da Residência a CASE resolveu tomar a si o encargo didático da Residência, e foi formada uma comissão encarregada de padronizar a avaliação, conduta dos residentes e internos, programas, etc., bem como estimular em cada clínica ou departamento a formação de Comissões de ensino como havia sido feito na Cirurgia.

Posteriormente, com a paralização dos alunos por um dia, em outubro, esta comissão deixou de existir, para ser criada então uma Coordenadoria de Residência do HC (CDR do HC).

A proposta de sua criação foi feita pelo Prof. Canelas, da Neurologia e aprovada pela Congregação da FMUSP. Sua composição é a seguinte:

- Prof. Neme, como presidente
- Prof. Dario Berulini, da cirurgia
- Profa. Salma, responsável pelas áreas clínicas
- Dr. Seigo, como elemento do HC
- Prof. Leitão, da anestesia
- Precep. José Manoel, representante dos preceptores Resid. Marcos, representante dos residentes

A indicação dos professores foi feita pelo Prof. Lacaz e a dos alunos pelo Prof. Sampaio.

A Coordenadoria foi estipulada as seguintes funções:

- determinação da programação
- definir quanto à seleção dos candidatos
- definir o número de vagas
- avaliação e promoção dos residentes

Ela vem se reunindo frequentemente para estudar a situação atual do HC e para tanto solicitou aos Departamentos a programação e a indicação de elementos do departamento para ser o contato entre a Coordenadoria e o mesmo.

A programação já foi enviada e os elementos de contato ou assessores estão em fase de indicação.

Com a finalidade de ouvir um parecer dos próprios residentes de cada área ou departamento sobre a situação da Residência lá vigente, foram convocadas 4 reuniões, com os mesmos. A frequência foi muito baixa, sendo que dos residentes de pediatria, preventiva, ortopedia e laboratório o comparecimento foi zero.

Este fato foi atribuído ao momento da criação da Coordenadoria, fim de ano, época em que os alunos estão desmobilizados em relação ao problema.

Acredito que o fator mais preponderante é que a aspiração dos alunos à Residência possui um cunho muito individual, e uma vez

conseguido o ingresso na mesma, deixam de lutar pelos interesses dos futuros residentes, e mesmo pelos seus, pois a Coordenadoria se propôs a regularizar a situação da Residência, melhorando aspectos relativos ao aprendizado.

De qualquer forma, chegou-se à conclusão de que as áreas mais deficientes em termos de Residência são:

- Raio X
- Radioterapia
- Endoscopia
- Laboratório

Sendo que na área de Radioterapia não existem aparelhagens e os residentes fazem estágios fora do HC.

Nestes locais foi também concluído que não havia objetivos definidos, a programação não era cumprida, havia falha na orientação didática, principalmente no período vespertino.

A partir destes pontos, foi definido o objetivo da Residência, como sendo um estágio hospitalar, visando a especialização médica numa determinada área, com programação definida e orientação didática eficiente.

Atualmente o trabalho da Coordenadoria está sendo o de contactar com os assessores de cada área. Até o momento os indicados foram: Álvaro, da Radiologia; Zanini, do Laboratório Central e Marcos, da Radioterapia.

BIBLIOTECA

O NOSSO RECADO É O SEGUINTE:

A Biblioteca do CAOC está em fase de reorganização. São feitos empréstimos a todos os colegas da FMUSP, sendo que estamos fazendo fichas para os funcionários da Faculdade. A nossa Biblioteca possui mais de 1.000 livros dos mais variados assuntos: literatura, teatro, sociologia, filosofia, de muitos autores. A atualização destes livros é feita, em parte, anualmente, com a colaboração dos calouros.

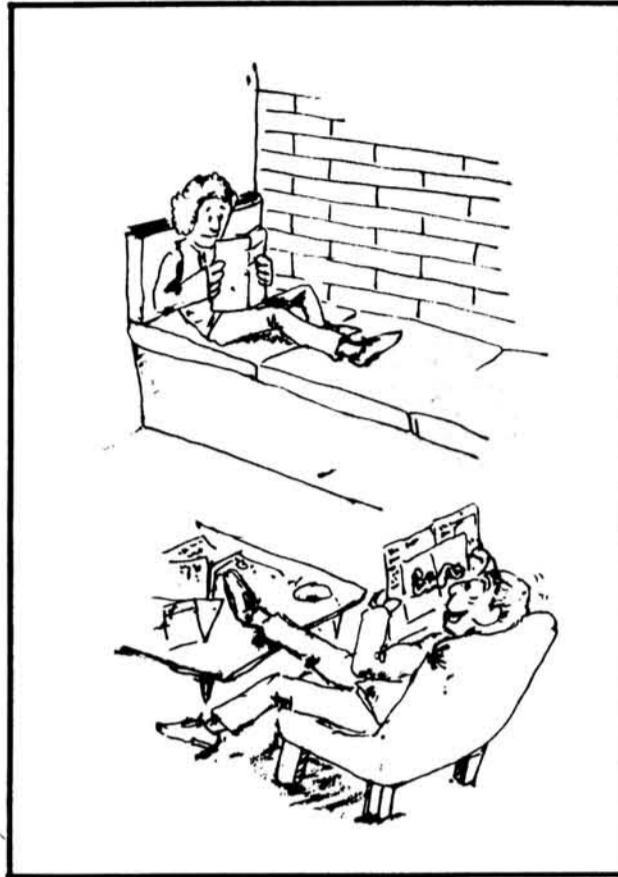
Portanto, você, calouro, procure trazer o quanto antes o livro de que ficou encarregado como parte do trote, tá? E venha atualizar e espalhar sua cuca com os livros que quiser retirar.

E você, veterano, que vem retirando há tempos livros de nossa Biblioteca, que tal pensar em devolvê-los? Afinal, há mais de cem (100) livros que ainda não foram devolvidos. Pense um pouco: a gente lê um livro uma, duas vezes e deixa o pobre esquecido na prateleira de casa. Aqui, na Biblioteca, ele é bem mais útil para uma porção de pessoas que também querem lê-lo. Cada livro é um amigo, ali, guardadinho, esperando o momento de bater um papinho com a gente; vê se libera o livro que está com você; colabore, pôxa! E venha também retirar livros novos.

Dos muitos livros à disposição estão os autores como Adonias Filho, Jorge Amado, Herman Hesse, e o atualmente muito badalado e premiado João Antônio.

Os contos de João Antônio, escritos numa linguagem que lembra o Plínio Marcos, abordam a vida de personagens da baixa classe média, sub-empregados, leões-de-chácara, jogadores, etc. Sem colocar qualificativos, só podemos dizer que é um tipo de abordagem daquelas situações ainda não vistas em outros autores e, portanto, interessante da gente tomar conhecimento. Os livros são: "Leão-de-Chácara" e "Malagueta, Perus e Bacanaço"

Também procure, se ainda não o fez, conhecer os livros de Chico Buarque — "Fazenda Modelo", "Calabar" e o "Gota D'Água", escrito em conjunto com o Paulo Pontes. Aliás,



o Paulo Pontes deu uma entrevista n'O PASQUIM, nº 343, (que você também encontrará na Biblioteca) e escreveu a introdução do "Gota D'Água", explicando o espírito com que foi escrita a peça. Se puder, leia mesmo. Aqui vão trechos da entrevista:

"O que interessa a dramaturgia popular de hoje é deflagrar o debate que influem, às próprias autoridades, que não há possibilidade de um projeto nacional legítimo sem a participação do povo" "A partir de um determinado momento, a sociedade brasileira foi ficando complexa a um ponto que a cultura, posta à margem, passou a não ter mais capacidade de

pensá-la. Esse seria o centro da crise cultural brasileira de hoje. Além do problema da censura. Mas existe uma incapacidade de compreender o país no grau de complexidade que está vivendo. Isso passou a acontecer e não adianta a gente escamotear. O sinal para resolver é compreender que a situação ficou realmente mais complexa. Admito que foi a falta de debate, que forma as condições amesquinadoras em que se produzia a cultura. Mas a partir de determinado momento a realidade ficou complexa e passou-se a não compreendê-la mais. E o problema da censura foi a segundo plano. O primeiro plano passou a ser a nossa impotência" "Muito antes da peça existir, e essa foi a ambição de "Gota D'Á", que fosse a crítica da realidade. E não aquela coisa cômoda de ficar ao lado de determinado personagem por que este tem valor. Isso é coisa do romantismo. O bem e o mal é um troço maniqueísta. No seio das melhores correntes da vida brasileira há uma ânsia de maniqueísmo, não se pode viver sem um herói, um ídolo (...)" 'O PASQUIM é mestre nisso. Tem hora que eu penso que o grande responsável por todos os problemas do Brasil é o Adolpho Bloch. Tem hora que o Flávio Cavalcanti é o inimigo número um da sociedade brasileira. É essa de vilões e de mocinhos, é um produto da sociedade simples, bacharelesca e agrícola que existia nesse país" E para finalizar: "Tá fazendo uma dramaturgia — pra não dizer cultura brasileira, afinada com a complexidade da sociedade brasileira atual".

*** Os interessados em ajudar nas atividades da Biblioteca procurem-nos qualquer dia, na hora do almoço. Há muitas coisas para promover. Pretendemos manter o mural semanal e de atividades culturais, bem como o suplemento literário do Bisturi. Além disso, haverá as feiras de livros e discos e uma exposição de quadros e fotografias dos nossos colegas. Dia 10 haverá reunião para planejar estas e outras atividades. APAREÇAM! TÁ DADO O RECADO.

BIBLIOTECA DO CAOC

HUMOR

Departamento de Pesquisas Médico-Sociais

In.c.a.:do seu trabalho este ano, o D.P.M.S. vem divulgar as propostas discutidas até o momento, com a finalidade de convocar e orientar os interessados em fazer parte dos planos de trabalho elaborados, discriminados a seguir:

Além da habitual viagem na Semana Santa a uma cidade do interior do Estado — este ano será em Pariqueira-Açu (Vale do Ribeira), feito conjuntamente com o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, — pretendemos também conduzir um trabalho ao longo do ano, aqui mesmo na capital. Surgiram assim algumas idéias, dentro desta nova perspectiva, como:

1 Pesquisa em crianças na idade escolar, no sentido de fazer um levantamento das condições de saúde dessa população, com orientação

nos casos de deficiências ou lesões constatadas, e posterior seguimento dos mesmos ao longo de um período a ser estabelecido.

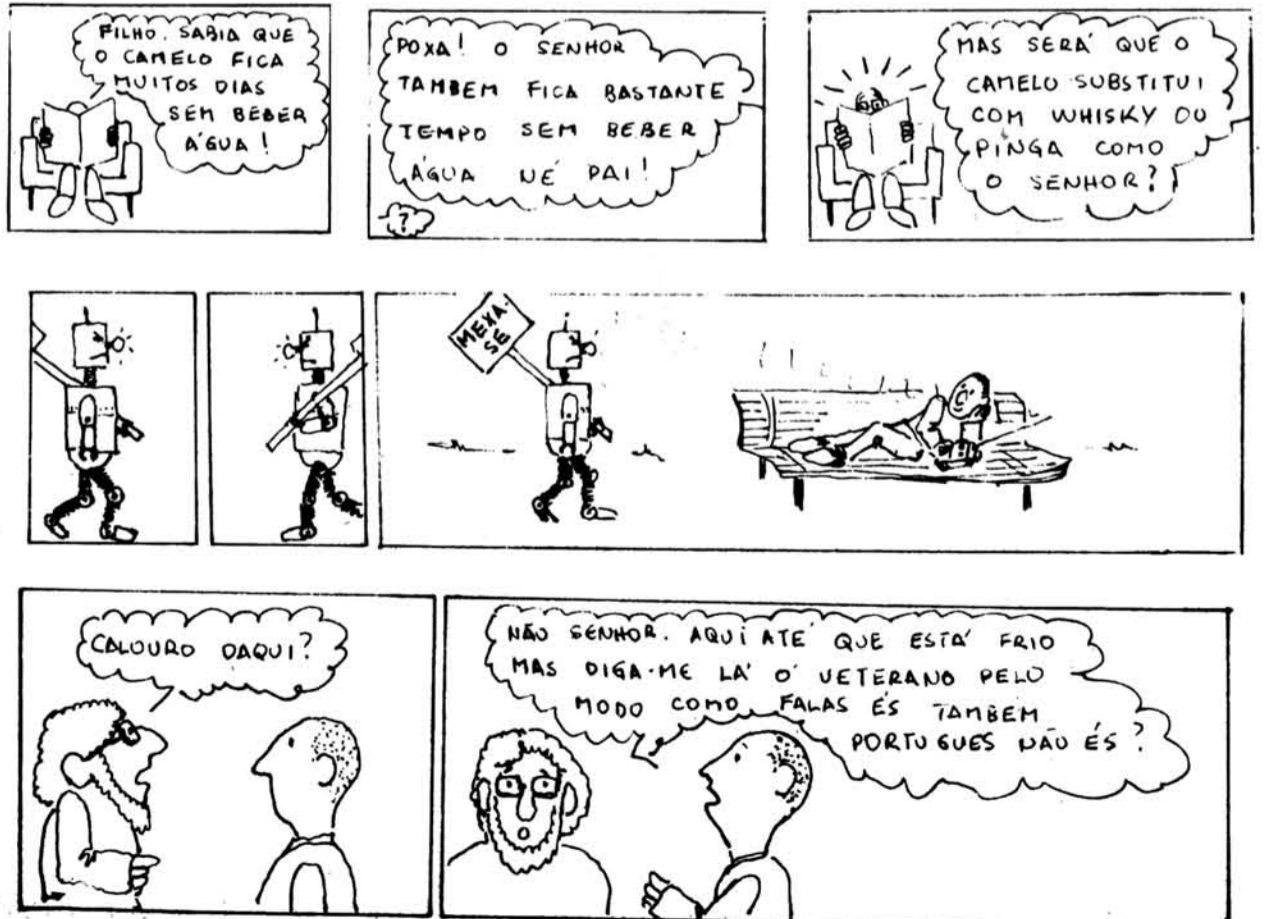
2) Pesquisa em Medicina do Trabalho, com estudo teórico da legislação vigente, e trabalho prático realizado em indústrias da capital (com sistemática semelhante à primeira proposta).

3) Pesquisa sobre o Sistema de Atenção Médica.

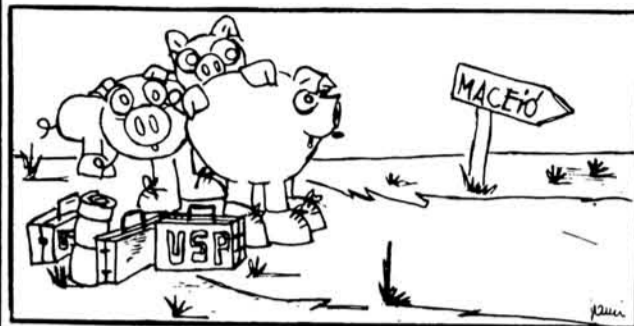
4) Estudo teórico sobre o Sistema Nacional de Saúde e Medicina Comunitária.

Além dessas quatro propostas básicas, esperamos que epossam surgir outras no decorrer das reuniões.

O que se faz necessário no momento é uma planificação mais detalhada dos trabalhos a serem realizados; para isto, convocamos uma reunião de todos os interessados em colaborar e colaborar conosco, para a próxima sexta-feira, dia 12 de março, às 12,30 horas, no DPMS. Contamos com a presença de alunos já experientes de outros trabalhos junto ao DPMS, e dos calouros motivados para este tipo de atividade.



ECEM - Encontro científico de estudantes de medicina



O ECEM foi criado em 1969 por um grupo de estudantes do norte do país, com incentivo do Ministério da Educação.

A sua criação ao que parece foi motivada após os acontecimentos de 67-68, principalmente no Rio e São Paulo, pretendendo-se com isto descentralizar o movimento estudantil do sul do país, que na época tinha maior influência no movimento de estudantes no Brasil. Pensou-se que com sua criação iria ocorrer um fortalecimento das posições de áreas do próprio governo, veiculadas pelos estudantes de Medicina do Norte e Nordeste do país.

Os objetivos estatutários na época refletiam apenas a intenção de impulsionar o desenvolvimento científico, através do Encontro, onde estudantes de todas as escolas médicas do país apresentassem trabalhos científicos por eles realizados. Devido ao difícil acesso, ao desinteresse das entidades de alunos e tipo de encontros que eram realizados no norte do país, as escolas significativas do Rio, São Paulo, RGS e outros Estados não participavam ou quando o faziam eram com delegações pequenas e inconstantes.

Em 1972, quando da realização do VI ECEM em Mato Grosso, é que com a participação dos alunos do Rio, foram rediscutidos os objetivos e estatutos do ECEM. Acrescentou-se como obrigatório a realização de três mesas-redondas onde deveriam se discutir aspectos médico-sociais e científicos, e conseguiu-se trazer o ECEM para Curitiba.

Nossa escola até 1974 vinha participando do Encontro com uma média de 5 a 10 pessoas no máximo, sem que o Centro Acadêmico ou o pró-

prio D. C. se preocupassem em divulgá-lo e participar da organização do mesmo, auxiliando na preparação de nossa delegação e discutindo previamente o que iria ser debatido no ECEM.

Somente no ano passado é que o CAOC e D. C. participaram mais diretamente, embora ainda com deficiências quanto à organização dos preparativos aqui na escola. Não se debateu previamente os temas das mesas-redondas e a escolha destes foi feita com reduzida representatividade, bem como não se divulgou a contento o ECEM na escola.

Este ano o ECEM vai ser em Alagoas (em julho) conforme decidido no ECEM passado em Petrópolis, e o Centro pretende, junto com o D. C., divulgar ao máximo e com antecedência tudo o que for possível a respeito.

Ainda não sabemos se este ano vai haver reuniões prévias de delegados, pois a comissão executiva de Alagoas ainda não se manifestou a respeito embora tenhamos enviado cartas solicitando parecer sobre a questão.

Durante as férias foram feitas reuniões com alunos de Jundiá, Campinas, Santo Amaro, Paulista e Santa Casa, visando a levantar os temas que seriam interessantes de serem abordados nas mesas-redondas e como organizar melhor o Encontro.

As nossas sugestões foram as levantadas pela Delegação de nossa escola que compareceram no ECEM em 75, ou seja, mesas-redondas sobre a situação do ensino médico e da Pesquisa Científica no Brasil e um painel sobre Sistema Nacional de Saúde. Também sugerimos que os delegados e os CAs fizessem uma pesquisa levantando as condições do Ensino Médico no Estado de São Paulo.

Nossa intenção é, montada essa pesquisa, e antes do ECEM, debater em mesas-redondas as questões de Ensino e Residência Médica, e apresentar os resultados da nossa pesquisa posteriormente à Reunião da Associação Brasileira de Escolas Médicas (ABEM).

Solicitamos sugestões para o encaminhamento dessas idéias e de outras que possam surgir. Todos os interessados devem se dirigir ao Departamento Científico e falar com Afonso (3.º T).

AAAOC

Aulas. Começa tudo outra vez.

Como sempre, no início, todas as atenções se voltam para os calouros. CALOURIADA, treinos e treinos para a SANTA-PAULI-MED.

Comenta-se que o Volley masculino este ano vai ser diferente; o Atletismo, Remo e Rugby treinarão mais pra manter suas constantes vitórias; o Basquete masculino tem Wlamir Marques; o Volley feminino se recuperará na Inter-Med e assim tudo e todos se nutrem com novas esperanças para as competições que virão.

Um balanço de 75 dá um saldo positivo apesar dos desastres na MAC-MED.

Num trabalho iniciado em 75, com apoio de todos os atletas, diretores de modalidades, Diretoria 75 e agora 76 da AAAOC, uma equipe forte, consciente e entusiasmada traz, para Maio, de volta a nossa Revista Caveira. Desta vez, temos certeza, para ficar.

Novas sugestões e esperanças estão aí pra terminar a construção de nosso Ginásio que pra alguns já se tornou um sonho impossível. Nada é impossível desde que você consiga imaginar.

Em 76 esperamos vencer novamente a Santa-Pauli-Med e Inter-Med. Obter bons resultados, como em 75, no LAAUSP, FUPE e CUP. É a MAC-MED que já foi vencida outras vezes nas mesmas condições desproporcionais de agora.

Assim a Diretoria-76 da AAAOC e colaboradores que começou o ano trabalhando e vencendo

pretende continuar nesse ritmo nos treinos, jogos e torcida.

Os horários dos treinos serão praticamente os mesmos do ano passado:

ATLETISMO: (masc. e fem.) — 2.a, 4.a e 6.a (a partir das 17:00 hs. C.U.)

BASQUETE: masculino — 3.a e 5.a (12:00 hs.) feminino — 3.a (17:30 hs.) 6.a (12:00 hs.)

BEISEBOL: 4.a e 5.a ... (17:30 hs. na Atlética), sábados (14:00 hs.) no São Paulo Beisebol Club

FUTEBOL: Campo — 3.a e 5.a às 12:00 hs. Salão — 4.a e 6.a às 12:00 hs.

HANDEBALL: 2.a e 4.a às 12:00 hs.

JUDO: todas as noites ... 20:00 hs. (KURACHI)

NATAÇÃO: (masc. e fem.) de 3.a a 6.a às 12 hs.

POLO: 3.a a 5.a às 12:00 hs.

REMO: todos os dias de manhã e à tarde na C.U.

RUGBY: 2.a, 4.a e 6.a às 12:00 hs.

TENIS DE CAMPO: masculino — 4.a e 6.a às 12:00 hs. feminino — 5.a às ... 12:00 hs.

TENIS DE MESA: (masc. e fem.) todas as tardes na Associação de Funcionários do HC.

VOLLEY: feminino — 2.a (12:00 hs.) e 6.a (17:30 hs.) masculino — 3.a, 5.a e sábados às 12:00 hs.

XADREZ: todas as noites na FMUSP. **ELZINHA E VARUJAN**

Curso Unificado (1.º ano)

Até o ano de 1975 os alunos podiam ingressar em dois cursos da FMUSP, ora fundidos: o Tradicional e o Experimental.

O curso Tradicional dava ênfase à medicina curativa, mantendo um sistema passivo de aulas (aulas teóricas); suas disciplinas eram isoladas e o sistema didático previa uma integração horizontal das matérias; a nível de graduação, o curso tradicional voltava-se para temas de medicina especializadas. O Experimental objetivava dar uma visão de medicina comunitária, usando de um sistema ativo de aulas (seminários). Era previsto para o curso uma integração vertical das disciplinas; essas disciplinas se dispunham em conjuntos e, para coordenar o curso, havia uma comissão de orientação didática centralizada. Na formação a nível de graduação, os temas voltavam-se à medicina geral.

Em 1975 foi proposta e aprovada pela Congregação da Faculdade a unificação dos cursos Tradicional e Experimental. Para tanto, foi criada uma Comissão de Fusão dos cursos, que ficou

encarregada de estudar os currículos de ambos os cursos e elaborar um currículo único, que vigorará a partir de 1976 para os primeiros anos.

Posteriormente foi criada a Coordenadoria de Graduação, órgão responsável pelo ensino na Faculdade, que vem estudando o currículo unificado com a finalidade de adaptá-lo nas condições, sejam materiais ou de professores para ministrar o curso.

Esta coordenadoria, presidida pelo prof. Flávio Pires de Camargo, está dividido em quatro (4) áreas de responsabilidade, a saber:

— Área básica, correspondente ao primeiro ano, cujo coordenador designado é o prof. Douglas Zago, da Histologia do ICB;

— Área pré-clínica, correspondente aos 3.º, 4.º e 5.º semestres, coordenada pelo prof. Cesar Timolaria, titular e chefe do Departamento de Fisiologia do ICB;

— Área clínica, correspondente aos 6.º, 7.º e 8.º semestres, coordenada pelo prof. Eduardo Marcondes, titular e chefe da Pediatria;

— Internato, correspondente ao 5.º e 6.º anos,

coordenado pelo prof. Sebastião Sampaio, titular do Departamento de Medicina Tropical e Dermatologia.

Com a finalidade de acompanhar o desenrolar do processo de fusão, realizamos entrevistas com os professores responsáveis por cada setor anteriormente citado, bem como com professores de alguma forma relacionados com o processo de unificação dos cursos.

Para o curso básico foi designado como coordenador geral o prof. Douglas Zago, da Histologia do ICB e ex-coordenador de Histologia do curso Experimental. Os alunos do primeiro ano da fusão serão divididos em dois grupos que receberão as mesmas aulas, porém em períodos diferentes. Isso ocorrerá para resolver o problema relacionado com a concentração dos alunos em uma só turma, cujas consequências mais notáveis são a carência de espaço físico e a quantidade de material didático que se tornariam insuficientes. Esta divisão de alunos não terá caráter seletivo ou intencional — será meramente baseado na ordem alfabética. Por enquan-

to, apenas o 1.º semestre está definitivamente estruturado. Segue-se, abaixo, as matérias previstas para o primeiro ano:

- Bioquímica
- Estatística Básica
- Ciências Sociais
- Ciências Morfológicas:

Anatomia Humana Geral, Citologia, Histologia, Embriologia Geral

— Educação Física I.

ÁREA PRÉ-CLÍNICA — A área pré-clínica, correspondente aos 3.º, 4.º e 5.º semestres, está constituída dos blocos (conjuntos de disciplinas) relacionados abaixo, com alguns dos prováveis coordenadores:

- Patologia Geral — Prof. Thales de Brito
- Tegumentar
- Locomotor
- Sistema Nervoso Autônomo — Prof. Cesar Timolaria
- Hematologia
- Imunopatologia
- Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos — Prof. Núbio Negrão
- Cardiovascular e Respiratório — Prof. Mauricio Rocha e Silva
- Urinário — Prof. Gerhar Malnic

— Digestivo — Prof. A. A. Laudana

— Reprodução, Endocrinologia, Metabolismo e Nutrição — Prof. Armando de Aguiar Pupo.

Segundo o prof. Cesar Timolaria, o curso será ministrado aos 180 alunos numa única turma, o que o prof. reconhece, poderá ocasionar problemas em relação ao número de salas e laboratórios para as aulas. Quanto ao número de docentes ele considera satisfatório.

Como vemos, o sistema de curso adotado para esta parte seguirá os moldes do curso Experimental, com a introdução do bloco Tegumentar, e a divisão do bloco de Nervoso em duas partes — S.N. Autônomo e S.N. Central e Periférico, sendo que esta última modificação foi feita devido a problemas de carga horária.

A coordenação dos atuais 2.º, 3.º, 4.º e 5.º anos do Experimental serão as mesmas dos anos anteriores. O curso Tradicional não possui coordenadores, embora o prof. Mário Shiroma, membro da Coordenadoria de Graduação, tenha menciona-

do que, provavelmente, serão designados coordenadores para as turmas restantes do curso.

O prof. Cesar tem a opinião de que a fusão dos cursos é conveniente, tendo inclusive colaborado na elaboração do curso quanto à disposição dos blocos. Particularmente acha que, teoricamente, o Tradicional leva vantagem em certos aspectos em relação ao Experimental, pois permite uma melhor assimilação das matérias pelos alunos. Ressalta, contudo, que, na prática, os dois cursos podem ser considerados iguais e só se poderá verificar qual dos dois realmente é melhor daqui a alguns anos, comparando os médicos formados por ambos. Acredita que a unificação solucionará alguns problemas, tais como eventuais desavenças entre os alunos e resistência por parte de alguns professores quanto ao curso Experimental, surgidos quando da criação do mesmo em 1968.

No próximo número do Bisturi, publicaremos informações sobre o curso clínico (6.º, 7.º e 8.º semestres) e Internato (5.º e 6.º anos).