



IMPRESSO ESPECIAL

9.91.21.7687-2 - DR/SPI

FCM / Unicamp

PODE SER ABERTO PELA EBCT



2175-2427

Breve história das ideias sobre o aborto - parte 2

Até essa época (século XIX), acreditava-se que cada espermatozoide continha um ser completo, que se limitava a crescer dentro do útero. Porém, em 1827, von Boar descreve o processo de concepção e dá argumento a campanhas, defendendo que a vida começa nesse momento. Pressionado, o parlamento inglês banuiu o aborto em 1869. Por sua vez, a *American Medical Association*, em dois relatórios (1857 e 1870), estabeleceu que essa prática era inaceitável. Na sequência, foi proibido por toda a parte.

O primeiro estado a liberalizar essa posição foi a União Soviética, em 1920: com a Revolução de 1917 deixou de ser considerado crime, tornando-se um direito da mulher. Processo inverso aconteceu em alguns países da Europa Ocidental, sobretudo naqueles que sofreram grandes baixas durante a Primeira Guerra. A França introduziu uma lei particularmente severa, não só na questão do aborto, mas também quanto aos métodos anticoncepcionais. A Alemanha nacional-socialista premiava as mães alemãs de muitos filhos. Com a ascensão do nazismo, o aborto tornou-se crime contra a nação, a ser punido com a pena de morte, apesar da tolerância com o infanticídio e o homicídio por razões eugênicas.

Após a Segunda Guerra Mundial, as leis continuaram bastante restritivas, com a exceção dos países socialistas, dos escandinavos e do Japão, que tem lei favorável ao aborto desde 1948, ainda sob a ocupação americana. No Brasil, o Código Penal em vigor data de 1940. Os anteriores, de 1830 e 1890, eram bem mais rigorosos nessa questão, não prevendo exceção para salvar a vida da mãe ou em caso de gravidez decorrente de estupro, conforme se tem hoje. Os

Estados Unidos, de uma posição completamente tolerante em 1800, passou para a posição oposta 100 anos mais tarde, quando era proibido, em qualquer época, em todos os Estados, a menos que em perigo de vida materno.

A partir dos anos de 1960, a mudança dos costumes sexuais, a nova posição da mulher na sociedade e interesses de ordem político-econômica, preconizaram tendências para uma crescente liberalização, que se acentuou na década de 1970 e, já em 1976, 2/3 da população mundial vivia em países que apresentavam leis menos restritivas. Nos EUA, a Sentença Federal de 1973, em processo por estupro, deu início à liberalização. A Suprema Corte indicou o período até a 18ª semana de gravidez para a interrupção voluntária.

Há casos de países que tiveram legislações liberais e voltaram atrás, como aconteceu com a Romênia, Bulgária e Hungria, por razões demográficas, e Israel, por motivos político-religiosos. A Polônia foi o primeiro país a voltar a ilegalizar o aborto, em 1998. Em maio de 2008, o Parlamento britânico rejeitou rebaixar o limite legal de 24 semanas estabelecido em 1990 (em 1963 eram 28 semanas). Este limite é baseado em provas científicas da viabilidade de sobrevivência extrauterina dos bebês, que aumenta a partir desta idade. Ainda, na mesma eleição norte-americana que elegeu Obama, foi rejeitado projeto de alterações na legislação dos Estados Unidos.

Profª. Dra. Clarissa W. M. Nogueira

DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA

GRUPO DE ESTUDO HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA SAÚDE

FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

Cem anos da descoberta da doença de Chagas

VEJA TAMBÉM:

Diagnóstico e manejo da forma indeterminada da doença de Chagas

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil - parte 2

Três anos de Avaliação de Competências Clínicas do Internato Médico

A comunicação no campo da saúde: evitando desentendimentos

FCM entrega Prêmio Adolfo Lutz a estudantes

Cem anos da descoberta da doença de Chagas

A doença de Chagas foi descoberta e descrita pelo médico sanitarista brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, que realizou um fato até hoje inédito na história da medicina: descrever o agente causal, o quadro clínico, a evolução, o tratamento e as medidas profiláticas dessa enfermidade infecciosa. Essa descoberta se deu em Lassance, um arraial às margens do rio São Francisco. Observando a infinidade de insetos hematófagos, denominados de "barbeiros" em decorrência de seu hábito alimentar, e que ficavam alojados nas paredes de pau a pique das moradias, Carlos Chagas decidiu examiná-los. Encontrou neles um novo parasita, que chamou de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a seu mestre, Oswaldo Cruz. Há cem anos, em 23 de abril de 1909, esse genial pesquisador verificou, pela primeira vez, a presença do mesmo parasita no sangue de uma menina de três anos, chamada Berenice e que apresentava sinais de uma infecção aguda por esse mesmo parasita.

As alterações de maior relevância em termos de morbimortalidade decorrente da enfermidade de Chagas estão associadas ao acometimento cardíaco. A cardiopatia chagásica crônica é a maior causa de morbidade da doença de Chagas, manifestando-se em cerca de 30% a 40% dos pacientes, na faixa etária entre 20 a 50 anos.

A doença descrita por Carlos Chagas, conhecida também como tripanossomíase sul-americana, possui distribuição geográfica característica, associada à distribuição geográfica de seu principal vetor. Os principais vetores domésticos são: *Panstrongylus megistus*, *Triatoma brazilienses*, *T. dimidiata*, *T. infestans*, *T. pseudomaculata*, *T. rubrofasciata*, *T. sordida* e *Rhodnius prlixus*. Estes são encontrados desde o Sul dos Estados Unidos até a Patagônia. São grandes e apresentam na fase adulta dois pares de asas. Atualmente, há mais de cem espécies de barbeiros que podem transmitir a doença de Chagas aos mamíferos (desde que contaminados com o protozoário *T. cruzi*), inclusive o homem. Os triatomíneos são encontrados normalmente nas áreas rurais, em galinheiros, nas frestas localizadas nas paredes das casas de pau a pique, em ninhos de pássaros e troncos de árvores.

O *T. cruzi* vive e se reproduz no intestino do "barbeiro". Depois que o inseto se alimenta do sangue do mamífero, ele defeca próximo ao local da picada. Em virtude de um anestésico presente na saliva do "barbeiro", o animal picado sente coceira, fazendo com que as fezes, que eventualmente estejam contaminadas por formas tripomastigotas do *T. cruzi*, entrem em contato com essa área de continuidade entre o ambiente externo e a circulação sanguínea. Assim, o *T. cruzi* pode penetrar na corrente sanguínea.

São conhecidas três fases da doença: fase aguda, fase latente (indeterminada) e crônica. A fase aguda pode ser totalmente assintomática e passar despercebida, mas numa minoria de casos a infecção manifesta-se com febre e sinais de doença infecciosa aguda. Na fase latente ou indeterminada, o parasita persiste no organismo, porém não há qualquer manifestação clínica da enfermidade crônica, sendo que na avaliação feita pelos métodos convencionais (anamnese e exame clínico, raio X de tórax, eletrocardiograma de repouso, estudo radiológico contrastado do esôfago e cólon) não são encontradas alterações próprias da doença. Entretanto, estudos prospectivos mostram

que, em período superior a dez anos de infecção pelo parasita, 24% dos indivíduos terão evoluído para a forma crônica determinada, ou seja, passarão a apresentar manifestações cardíacas ou digestivas próprias da doença de Chagas crônica.

As alterações de maior relevância em termos de morbimortalidade decorrente da enfermidade de Chagas estão associadas ao acometimento cardíaco. A cardiopatia chagásica crônica é a maior causa de morbidade da doença de Chagas, manifestando-se em cerca de 30% a 40% dos pacientes, na faixa etária entre 20 a 50 anos. Estes podem apresentar prognóstico e evolução variáveis, desde pequenas alterações eletrocardiográficas até a arritmia ventricular grave e insuficiência cardíaca, podendo evoluir para morte súbita. Ainda pode ser observado aumento global da área cardíaca, tendo como fatores a destruição direta do tecido muscular cardíaco em razão do parasitismo pelo *T. cruzi*, fibrose e autoimunidade.

O perfil epidemiológico da doença de Chagas mudou nas últimas décadas devido à introdução de medidas preventivas, já previstas pelo próprio Carlos Chagas e pelas mudanças do perfil etário da população brasileira, principalmente após a "Iniciativa do Cone Sul", adotada em 1991 pelos países da América do Sul onde essa enfermidade tinha caráter endêmico.

No Brasil, a introdução dessas medidas profiláticas, a partir da década de 40, coincidiu com a urbanização do país e avanços na medicina. Enquanto a primeira permitiu uma redução cada vez maior no número de infectados pelo *T. cruzi*, as duas últimas associaram-se ao aumento na sobrevivência dos brasileiros e, assim também, dos portadores de doença de Chagas, o que permitiu o surgimento de uma população idosa portadora da doença de Chagas, que hoje busca um suporte médico-social que lhe assegure envelhecer com melhor qualidade de vida.

Profa. Dra. Maria Elena Guariento

COORD. DO GRUPO DE ESTUDOS EM DOENÇA DE CHAGAS

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

Diagnóstico e manejo da forma indeterminada da doença de Chagas

A doença de Chagas, também conhecida como tripanossomíase sul-americana, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, foi descrita pela primeira vez pelo médico e pesquisador brasileiro Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas, no ano de 1909. A transmissão vetorial da moléstia, que responde pela maioria dos casos da infecção, está, habitualmente, associada a populações muito pobres que vivem nas áreas rurais do continente latino-americano em condições bastante precárias de moradia e de higiene. É comum que os indivíduos infectados, mesmo quando não tratados com drogas anti-*T. cruzi*, superem a fase aguda da doença e cheguem ao estágio crônico da mesma. Na fase crônica da moléstia, muitos não apresentam nenhuma manifestação relevante da enfermidade, denominada de forma indeterminada (FI). São considerados como portadores da forma indeterminada da doença de Chagas os indivíduos soropositivos e/ou com exame parasitológico positivo para *T. cruzi* que não apresentam quadro sintomatológico próprio da doença e apresentam eletrocardiograma de repouso, estudo radiológico de tórax, esôfago e cólon normais.^(D) Não são necessários outros exames complementares para a classificação do portador da FI:

a. Diagnóstico de doença de Chagas na fase crônica: sorologias - IFI / ELISA / HAI +

b. Diagnóstico da forma indeterminada da doença de Chagas: não apresentar sintomatologia própria da doença + apresentar eletrocardiograma de repouso, estudo radiológico de tórax, esôfago e cólon normais.

Em virtude da conveniência da definição vigente de FI e, tendo em vista a evidente benignidade quanto à apresentação e à evolução clínica dos indivíduos classificados nessa forma, deve-se manter a mesma para fins de assistência aos portadores da doença de Chagas, tanto na rede pública quanto privada, assim como para estudos epidemiológicos.^{(D) 2,3(B)} A FI tem particular relevância por ser a apresentação de maior prevalência, além do evidente caráter benigno e do baixo potencial evolutivo da mesma, conforme ficou demonstrado em estudos longitudinais.^{(D) 4,5(B)}

Com relação à benignidade da FI, não se justifica a prática comum de solicitação de exames sorológicos para doença de Chagas na avaliação pré-admissional e nos exames periódicos realizados por instituições e/ou empresas públicas e privadas.^{(D) 2,6(B)} Quanto aos demais exames complementares, esses serão solicitados segundo as especificidades da atividade laboral que o indivíduo irá exercer. Também não se contraindica a prática de atividade física para os indivíduos portadores da FI. Para as atividades que requerem grande demanda de esforço físico e/ou estresse psicológico, poderá ser solicitada uma avaliação complementar adequada às mesmas. Não se justifica o afastamento, temporário ou definitivo, da atividade laboral para os indivíduos portadores da FI.^{(D) 2,6,7(B)}

A FI não interfere no manejo de doenças associadas e não justifica que sejam negligenciados o seguimento e o tratamento de enfermidades crônico-degenerativas que, eventualmente, possam estar presentes nessa condição.^(D) Os portadores da FI deverão ser atendidos, preferencialmente, nos serviços de Atenção Primária, recomendando-se a realização de consulta médica e eletrocar-

diograma de repouso uma vez por ano, a não ser que se suspeite de evolução da doença. Nesse caso, esses indivíduos poderão ser encaminhados para serviços de referência para uma assistência adequada. Em caráter individual, pode-se considerar o tratamento específico para o portador da FI.^(D)

O portador da FI, uma vez confirmada a sua condição, deverá ser informado e devidamente esclarecido, ressaltando-se a benignidade de seu quadro clínico, recebendo orientação para a não doação de sangue e órgãos.^(D) Os profissionais da área de saúde devem evitar qualquer prática que possa estigmatizar o portador da FI; os serviços de saúde devem oferecer espaço e recursos para esclarecimento e orientação da população quanto ao caráter benigno dessa forma. Recomenda-se, sempre que possível, a abordagem feita a partir de equipe multiprofissional.^(D)

Não existe restrição à atividade sexual dos portadores da FI. Em relação à gestante classificada nessa forma, recomenda-se atenção quanto à possibilidade de transmissão congênita. Também não se deve restringir a amamentação para as mulheres portadoras da FI, exceto em vigência de sangramento mamilar.^(D)

A avaliação do risco cirúrgico da FI é comparável ao da população em geral. Requer especial atenção o portador da FI submetido à imunossupressão, por causa do risco potencial do aparecimento de reativação da doença.^(D) Verifica-se a tendência a uma menor evolução para as formas determinadas, coincidente com o programa de profilaxia da transmissão do *T. cruzi*, instituído a partir de 1983.^(D)

Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência; B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência; C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Profa. Dra. Maria Elena Guariento

Prof. Dr. Eros Antônio de Almeida

DISCIPLINA DE MEDICINA INTERNA

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

O portador da forma indeterminada, uma vez confirmada a sua condição, deverá ser informado e devidamente esclarecido, ressaltando-se a benignidade de seu quadro clínico, recebendo orientação para a não doação de sangue e órgãos.

1. Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Relatório Oficial da 1ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas, Araxá, MG, 13-15 de dezembro de 1984. Rev Soc Bras Med Trop. 1985;18:46.

2. Guariento ME, Camilo MVF, Arruda AM. Working conditions of Chagas' disease patients in a large Brazilian city. Cad. S Pública. 1999;15(2):381-6.

3. Macedo V. Forma indeterminada da doença de Chagas. J Bras Med. 1980;38:34-40.

4. Macedo V. Indeterminate form of Chagas' disease. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1999;94(supl. 1):311-16.

5. Coura JR, Abreu LL, Borges-Pereira J, Willcox HPF. Morbidade da doença de Chagas. Estudo longitudinal de 10 anos em Pains e Iguatama, Minas Gerais, Brasil. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1985;80:73-80.

6. Oliveira Jr. WD. Forma indeterminada da doença de Chagas. Implicações médico-trabalhistas. Arq Bras Cardiol. 1990;54(2):89-91.

7. Dias JCP. The indeterminate form of human chronic Chagas' disease. A clinical, epidemiological review. Rev Soc Bras Med Trop. 1998;22(3):147-56.

8. Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde. Consenso brasileiro em doença de Chagas. Rev Soc Bras Med Trop. 2005;38(supl. III):14-15.

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil - parte 2

A necessidade crescente de órgãos doados, associada ao desperdício potencial do suporte às funções vegetativas em pacientes com morte encefálica, serviu com ímpeto para o desenvolvimento dos critérios para determinação de morte neurológica.

A determinação de morte com base em critérios cardiorrespiratórios foi afetada pelo avanço no campo dos transplantes de órgãos. Nos anos de 1960, a parada cardíaca era necessária para atestar a morte e permitir a subsequente obtenção de órgãos. Esta limitação restringia as oportunidades do sucesso dos transplantes, porque os órgãos precisavam ser rapidamente coletados e transplantados. A necessidade crescente de órgãos doados, associada ao desperdício potencial do suporte às funções vegetativas em pacientes com morte encefálica, serviu com ímpeto para o desenvolvimento dos critérios para determinação de morte neurológica.

Com o avanço no campo dos transplantes de órgãos, a comunidade médica necessitava de uma definição confiável de morte para que os tecidos do cadáver pudessem ser doados de forma ética antes do início da deterioração que acompanha a interrupção da circulação e respiração. Em 1968, um comitê *ad hoc* da Escola de Medicina de Harvard concordou em discutir a questão da definição de morte, estabelecendo dois propósitos: a) identificar o momento da morte em pacientes com suporte mecânico para realocar recursos dispendiosos para os vivos, assim como informar aos familiares se os pacientes estavam vivos ou realmente mortos; b) identificar pessoas mortas de quem órgãos vitais podiam ser obtidos de maneira ética para transplantes.

O *Informe* do comitê foi marco no desenvolvimento dos critérios de morte encefálica. Suas exigências eram quatro: ausência de responsividade cerebral; ausência de movimentos induzidos ou espontâneos; ausência de respiração espontânea, exigindo o uso de ventilador; ausência de reflexos do tronco encefálico e tendinosos profundos. O *Informe Harvard* também recomendou um eletroencefalograma isoeletrico, porém reconheceu não

ser obrigatório. Especificava ainda duas condições nas quais o diagnóstico de morte encefálica deveria ser excluído: hipotermia e intoxicação por drogas, ambas capazes de simular o estado de morte encefálica. Finalmente, recomendava exames durante o período de vinte e quatro horas, para revelar a persistência de tal condição.

Apesar das críticas, o *Informe* forneceu a estrutura essencial para permitir aperfeiçoamentos adicionais dos critérios encefálicos. Desde então, a morte encefálica tornou-se um conceito bem reconhecido, embora, com frequência, pouco entendido. De acordo com a Comissão para os Estudos dos Problemas Éticos na Pesquisa Comportamental Médica e Biomédica, morte encefálica é um quadro clínico num paciente portador de doença estrutural ou metabólica conhecida, de caráter completa e indubitavelmente irreversível, expressando falência total de todas as funções de todo o encéfalo, inclusive do tronco encefálico, quadro clínico este que persiste de maneira invariável por um período mínimo de seis horas.

Para compreender o conceito de morte encefálica é necessário entender os conceitos de morte do tronco encefálico e morte cerebral. Nesta, partes ou todo o tronco encefálico (mesencéfalo, ponte ou bulbo) e ainda o cerebelo podem funcionar, sendo chamada essa condição de síndrome apálica, estado vegetativo persistente ou morte neocortical. Já a morte do tronco encefálico é um conceito clínico: *implica um paciente irreversivelmente inconsciente, com apneia irreversível e perda irreversível dos reflexos do tronco encefálico*. Em decorrência disto, as definições médicas de morte encefálica diferem em todo o mundo.

Paulo Vítor Portella Silveira, Amanda Ambrósio da Silva, Ana Carolina Souza Oliveira, Anderson José Alves, Camila Renault Quaresemin, Cristiane de Moraes, Flávia Santos de Oliveira, Michelle Juliana Magalhães e Rodrigo Martins Alves

REVISTA BIOÉTICA 2009 17 (1): 61 75

Três anos de Avaliação de Competências Clínicas do Internato Médico

No mês de outubro, realizou-se a VI Avaliação de Competências Clínicas do Internato Médico para estudantes do 5º e 6º ano do Curso de Graduação em Medicina da Unicamp. A Avaliação de Competências Clínicas envolve, em média, 300 pessoas entre coordenadores de estação, avaliadores, funcionários e pacientes simulados, cada um com diferentes atribuições.

Coordenadores de estação:

Elaborar a questão da prova prática é um desafio para o coordenador de estação. Geralmente, a questão é elaborada por um grupo restrito de professores, responsáveis por escrever a questão, identificar todo o material necessário para a simulação do ambiente, elaborar o "check-list", pensando nos aspectos importantes a serem observados e suas respectivas pontuações.

Elaborar o roteiro do paciente simulado é tarefa que exige detalhamento, pois os coordenadores procuram identificar as possíveis situações que poderão ocorrer durante a consulta, para escrever o roteiro do paciente. Feito isso, é necessário realizar o treinamento dos pacientes simulados no dia da prova, de forma rápida e objetiva.

Os avaliadores de estação também tomam conhecimento da questão somente no dia da prova e, durante o treinamento realizado pelo coordenador de estação, a questão é discutida para que a avaliação seja padronizada. Este é um momento difícil para o coordenador da estação, pois é natural que existam divergências em relação à questão e, num tempo curto, torna-se necessário o empenho de todos os avaliadores envolvidos para minimizar vieses no "check-list".

Finalizada a prova, os coordenadores de estação apresentam aos alunos as expectativas de cada estação, permitindo que os mesmos façam uma autoavaliação do desempenho nas cinco estações percorridas. A cada ano, o grupo de coordenadores de estação se amplia, agregando novos professores que contribuem para a qualidade desta prova.

Avaliadores:

A principal dificuldade para a realização da Avaliação de Competências Clínicas é completar a lista de avaliadores. Nesta última prova, além de cinco

Departamentos da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) relacionados a grandes áreas médicas - Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia. Pediatria e Saúde Coletiva - houve a participação de professores e médicos dos Departamentos de Anatomia Patológica, Anestesiologia, Genética, Neurologia, Oftalmo/Otorrinolaringologia, Ortopedia, Patologia Clínica, Psicologia Médica e Psiquiatria e Radiologia.

Cabe, aqui, o nosso respeito a todos os avaliadores que participam desta prova prática, pois a dedicação destes faz a diferença para a qualidade do Curso de Medicina da Unicamp.

Pessoal de apoio e pacientes simulados:

É importante destacar, também, a atuação dos funcionários da FCM durante a prova prática. A cada ano que passa o número de interessados em participar aumenta e, infelizmente, não é possível atender a todos, pois cada um possui uma função específica e foi treinado para tal. Os funcionários atuam na coordenação dos corredores, coordenação de estação, distribuição dos alunos, auditório e controle geral do tempo de forma sincronizada para que a logística funcione dentro do previsto.

Os pacientes simulados são predominantemente estudantes dos cursos de Artes Cênicas, Enfermagem, Farmácia e Fonoaudiologia. Com a divulgação da prova prática na Universidade, é grande a procura de alunos de outros cursos, interessados em atuar como pacientes simulados. Hoje, contamos com um cadastro de, aproximadamente, 350 estudantes treinados, vindos dos mais diversos cursos.

Após três anos de realização da prova prática, entendemos que este método de avaliação é um importante instrumento que pode subsidiar ações relacionadas à qualidade do ensino médico, assim como outros que poderão surgir de acordo com a necessidade de cada módulo do currículo.

Dra. Silvia Maria Riceto Ronchim Passeri

COORDENADORA-PEDAGÓGICA DO
CURSO DE MEDICINA DA UNICAMP

Profa. Dra. Angélica Maria Bicudo Zeferino

COORDENADORA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
FCM, UNICAMP

A cada ano, o grupo de coordenadores de estação se amplia, agregando novos professores que contribuem para a qualidade desta prova. (...) Cabe, aqui, o nosso respeito a todos os avaliadores que participam desta prova prática, pois a dedicação destes faz a diferença para a qualidade do Curso de Medicina da Unicamp.

A comunicação no campo da saúde: evitando desentendimentos

Em nosso dia a dia, quantos erros não decorrem da falta de comunicação ou da falta de clareza na mensagem transmitida? Ou quantos problemas e discussões não são causados em razão dessa negligência? Esses ruídos, falhas na comunicação, ocorrem a todo o momento, e em qualquer lugar, e isso porque somos todos seres humanos altamente complexos. Afirma-se, inclusive, que a linguagem foi desenvolvida pela pura necessidade interpretativa da diferença, porém, há certas situações e lugares em que esses maus entendimentos devem ser evitados ao máximo, em virtude da repercussão de suas consequências. Tendo em vista essa questão, a professora Maria Júlia Paes da Silva, doutora em Enfermagem pela USP, discute a importância do cuidado com a comunicação desenvolvida nos ambientes da saúde, no livro "Comunicação tem Remédio", editado pela Editora Loyola, em 2006. Como fundamento da obra, a autora observa que, além de todo o conhecimento técnico-específico da área, o profissional de saúde deve saber também como se relacionar com os outros, tanto pacientes como equipe multidisciplinar, lembrando que ele tem como base de seu trabalho as relações humanas. Frente ao paciente, ele deve resgatar a função de entrevistador, atento a todas as formas de resposta, verbais ou não. Como um produtor consciente de linguagem e intérprete das mensagens enviadas por aquele, há que decifrar a mensagem e perceber seu sentido, para então formar um plano de ação coerente com as necessidades relatadas. Entre os profissionais da área, deve haver uma comunicação clara para que não haja desentendimentos nem erros de procedimento devido aos ruídos, de forma que é importante que todos na equipe se entendam e se façam entender.

Frente ao paciente, ele deve resgatar a função de entrevistador, atento a todas as formas de resposta, verbais ou não. Como um produtor consciente de linguagem e intérprete das mensagens enviadas por aquele, há que decifrar a mensagem e perceber seu sentido, para então formar um plano de ação coerente com as necessidades relatadas.

Por fazer alusão a uma transmissão clara da mensagem, a autora elucida em que consiste a comunicação e nos convida a percorrer seus modos de transmissão, tanto verbais como não verbais. Entre definições e classificações de comunicação, linguagem e elementos de mensagem, exemplifica e fornece dicas de aplicação do conhecimento transmitido, numa escrita leve, hábil, clara e concisa, que dá margem inclusive a certas cenas de humor que retratam os desentendimentos, a inabilidade em passar e receber a mensagem e em perceber os sinais de receptividade da pessoa a quem nos dirigimos.

Sempre preocupada com a interpretação correta da mensagem, cita técnicas para que possamos ajudar o emissor com a expressão (transmissão), clarificação (entendimento) e validação (verificação) do que se pretende comunicar, com a justificativa de que, se não são todos que têm acesso a um entendimento de tal importância para uma boa transmissão, cabe aos que o possuem a tarefa de auxiliá-los a se expressar, passando segurança e evitando ambiguidades.

Ponto forte em seu texto, a comunicação não verbal projeta-se como grande fonte de informações sobre o emissor, servindo como ferramenta para se fazer entender, para perceber o que os outros estão nos transmitindo e que na maior parte das vezes informa bem mais que as palavras. Seus exemplos são: a *paralinguagem* (sons produzidos pelo aparelho fonador que não fazem parte do sistema sonoro da língua usada, como grunhidos de afirmação ou negação), a *cinésica* (linguagem do corpo, inclusive nos seus aspectos fisiológicos,

com pupilas dilatadas indicando aprovação e as contraídas indicando desaprovação), a *proxêmica* (uso do espaço, estabelecendo as distâncias entre as pessoas e considerando o respeito ao espaço do outro) e a *tacésica* (estudo do toque).

Com relação a este último, chama a atenção o fato de que "[...] pesquisas com pacientes graves, internados em UTI, indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco, chegando a diminuir quando os enfermeiros seguram as suas mãos".¹ Inclusive, uma das situações em que a autora recomenda o uso do toque em ambiente hospitalar como forma de comunicação é aquela em que "o paciente está com a consciência diminuída - lembre-se de que a audição é o último dos sentidos perdido pelo paciente".¹ De acordo com a autora, os resultados obtidos com a observação das diferentes formas de linguagem são sempre satisfatórios, colaborando com o desempenho do tratamento, devido não somente ao correto diagnóstico, como também à eficiência do processo pela validação da informação transmitida.

Para concluir, indica-se esta leitura, não apenas por ser bastante agradável, mas também pelo livro ser muito bem redigido e transmitir, de modo inequívoco, que o atendimento realizado com atenção, relevância, percepção, explicação e validação, são a essência do tratamento bem feito. Saber comunicar-se perfaz grande parte do processo de cura do paciente e para isto é preciso estar atento e disposto ao aprendizado, sobretudo em interações sociais cotidianas no campo da saúde.

Fernanda Godoy Falcão
Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Silva MJP. Comunicação tem Remédio. A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde. São Paulo, Editora Loyola: 2006 (4): 92-4.

FCM entrega Prêmio Adolfo Lutz a estudantes

Beatriz Amstalden Barros, Aline Cristina Regis, Paulo Alexandre Miranda Odoriss, Ximênia Mariama de Souza, Tássia Regina Yamanari e Carlos Eduardo Carrasco, alunos do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp receberam o Prêmio Adolfo Lutz, em cerimônia que ocorreu na noite de 7 de outubro, no auditório da FCM. O evento marcou o encerramento das atividades do 18º Congresso Médico de Estudantes da Unicamp (CoMAU), que contou, em sua abertura, na segunda-feira (5), com a presença do reitor da Unicamp, professor Fernando Ferreira Costa. Como premiação, os alunos receberam certificados, troféus e R\$ 500 reais, entregues pelos professores Gil Guerra Júnior, diretor-associado da FCM e Roger Castilho, do Departamento de Patologia Clínica. Os trabalhos contemplados com o Prêmio Adolfo Lutz, que tem por objetivo estimular a produção e divulgação de trabalhos científicos desenvolvidos na área de Saúde Pública, concorreram com outros 46, nas seguintes categorias: Pediatria, Cirurgia, Básica, Clínica, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva e Social. Eles já são finalistas de outro prêmio, o Lopes de Faria. Até o final de 2010, a Câmara de Pesquisa da FCM escolherá o ganhador dos R\$ 4 mil reais. O Prêmio Lopes de Faria, instituído em 1995, é uma homenagem ao professor-titular e médico patologista Lopes de Faria, que deu início, em 1965, ao Departamento de Anatomia Patológica da Unicamp. “Sinto que estamos sendo valorizados”, disse, durante a solenidade, Miquelline da Silva Almeida, aluna do 3º ano de Medicina da Unicamp, uma das organizadoras do CoMAU. Para ela, o momento é de honra e orgulho. “É importante saber que os esforços dos estudantes da FCM foram compensados”, afirmou.

Segundo Gil Guerra Júnior, diretor-associado da FCM, o Congresso representa uma oportunidade única para que os estudantes apresentem suas produções científicas, desenvolvidas durante o ano. Outro ponto destacado por Guerra Júnior, diz respeito à organização. “Ele é feito exclusivamente por alunos. Eles passam a ter uma experiência organizacional e na escolha de temas que não são frequentemente abordados em curso”, contou o também orientador do CoMAU.

Um dos contemplados com o Adolfo Lutz, Carlos Eduardo Carrasco, é aluno do terceiro ano de Medicina. Ele dedicou grande parte de seu tempo para que o trabalho pudesse ser concluído. Para Carrasco, que passou suas férias na FCM e o carnaval no Instituto Médico Legal (IML), receber o prêmio foi uma surpresa. “É muito agradável poder ganhar com um trabalho que durou vários meses para ser concretizado. Eu acho que o prêmio, por si só, já é uma coisa boa. Significa que alcancei resultados”, disse, com o troféu nas mãos, o autor de “Acidentes fatais de motocicleta: um sério problema de saúde pública”

O trabalho de Carrasco foi realizado de 2001 a 2007. Nele, o estudante analisou quais as lesões que levaram a óbito vítimas de acidentes com motocicletas. Outro ponto pesquisado pelo estudante foi o de como preparar os serviços de saúde para receber os acidentados mais adequadamente. Os dados de sua pesquisa apontam que, em 2007, os acidentes com motocicletas chegaram a representar 11% de todos os que ocorreram na cidade de Campinas. “Foi um período em que aconteceram mais mortes: 67”, diz o aluno da FCM.

A pesquisa de Carrasco também traz um dado que não deve deixar de ser considerado. A cada dez acidentados, sete morrem de trauma cranioencefálico. “Daí a importância do trabalho. Mostrar esses resultados para se chegar a uma melhora no atendimento atualmente prestado nos

hospitais”, conta o estudante vencedor na categoria Medicina Preventiva e Social, cujo trabalho foi orientado pelo professor Gustavo Pereira Fraga.

Na cerimônia de premiação, o professor Roger de Castilho, representou a professora Sara Saad, da Câmara de Pesquisa da FCM. Para ele, o CoMAU faz com que o estudante ganhe visibilidade e seja valorizado. “É um instrumento de incentivo”, disse. Castilho já participou de várias edições do CoMAU. Um de seus trabalhos, sobre disfunção celular em situações que simulam o infarto cardíaco, já ganhou premiação no evento, que está em sua 18ª edição. O próximo CoMAU será realizado em outubro de 2010.

Premiados

Categoria: Pediatria

Trabalho: Associação entre Síndrome de Turner, presença de cromossomo Y e Tumor Gonadal

Autora: Beatriz Amstalden Barros, 4º ano

Orientador: professor Gil Guerra Júnior

Categoria: Cirurgia

Trabalho: Aumento da resposta contrátil intestinal in vitro à metacolina no modelo experimental de gastroquise

Autora: Aline Cristina Regis, 3º ano

Orientador: professor Lourenço Sbragia Neto

Categoria: Básica

Trabalho: O veneno bruto da aranha *Phoneutria nigriventer* altera a expressão de proteínas da barreira hematoencefálica e a permeabilidade desta

Autor: Paulo Alexandre Miranda Odoriss, 3º ano

Orientadora: professora Maria Alice da Cruz Höfling

Categoria: Clínica

Trabalho: Avaliação de fatores de risco para fratura de quadril em mulheres idosas

Autora: Ximênia Mariama de Souza, 3º ano

Orientadora: professora Maria Elena Guariento

Categoria: Ginecologia e Obstetrícia

Trabalho: Avaliação do processo de implantação de um programa de rastreamento de estreptococo do grupo B na gestação

Autora: Tássia Regina Yamanari, 3º ano

Orientadora: professora Eliana Martorano Amaral

Categoria: Medicina Preventiva e Social

Trabalho: Acidentes fatais de motocicleta: um sério problema de saúde pública

Autor: Carlos Eduardo Carrasco, 3º ano

Orientador: professor Gustavo Pereira Fraga

Os trabalhos contemplados com o Prêmio Adolfo Lutz, que tem por objetivo estimular a produção e divulgação de trabalhos científicos desenvolvidos na área de Saúde Pública, concorreram com outros 46 (...) Eles já são finalistas de outro prêmio, o Lopes de Faria. Até o final de 2010, a Câmara de Pesquisa da FCM escolherá o ganhador dos R\$ 4 mil reais.

Hélio Costa Júnior
ASCUM, UNICAMP

NOTAS

*Interdisciplinaridade e ação social. Estes foram os temas da 7ª Semana de Fonoaudiologia da Unicamp, evento acadêmico organizado pelos alunos do curso de fonoaudiologia da Unicamp. A abertura oficial aconteceu em setembro, no auditório da Faculdade de Ciências Médicas (FCM). A novidade da 7ª Semana de Fonoaudiologia da Unicamp é a premiação de trabalhos científicos inscritos. No total, 26 pesquisas foram selecionadas e quatro concorreram ao prêmio final.

Premiados

Primeiro lugar
Autores: Mariana Mendes Bahia, Gisele Lourenço, Izabella dos Santos, Tânia Michele Costa, Marina Padovan, Ana Paula Roza, Bruna Souza Rodrigues
Orientadora: Profa. Dra. Elenir Fedossi
Título do trabalho: "Triagem fonoaudiológica junto a escolares - Caracterização e intervenção"
Instituição: Curso de Fonoaudiologia, FCM, IEL, Unicamp

Segundo lugar
Autores: Renata de Lima Ramos e Profa. Dra. Regina Yu Shon Chun
Título do trabalho: "Comunicação Suplementar e/ou alternativa: o grupo no acompanhamento fonoaudiológico de sujeitos afásicos não fluentes"
Instituição: Curso de fonoaudiologia, FCM, IEL, Unicamp

Autores: Fga Amanda Ballarin Dias, Fga Cíntia Najla Fahl e Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Título do trabalho: "A importância da fonoaudiologia para o desenvolvimento da linguagem da criança surda: relato dos pais e dos próprios sujeitos"
Instituição: Curso de Aprimoramento, Cepre, FCM, Unicamp

Terceiro lugar
Autores: Fga Mayla Myrina Bianchim Monteiro, Profa. Dra. Rita de Cássia Ietto Montilha e Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire
Gasparetto
Título trabalho: "A leitura e escrita de pessoas com baixa visão: estudo exploratório"
Instituição: Curso de Mestrado Profissional Desenvolvimento Humano e Reabilitação/ Depto. Desenvolvimento Humano e Reabilitação, Cepre, FCM, Unicamp

EVENTOS DE OUTUBRO

Dia 2

*III Curso de Reciclagem Procedimentos para realização de quantificação de carga viral para HIV₁ e contagem de subpopulações linfocitárias e genotipagem
Horário: das 9 às 17 horas
Local: : Auditório da FCM

De 2 a 30

*Exposição: "Parto com prazer", do fotógrafo Marcelo Min
Local: Espaço das Artes da FCM
Horário: das 8h30 às 17h30

Dia 7

*2º Fórum de gestão de documentos da FCM
Local: Salão Nobre da FCM
Horário: 8h30 às 12h30

Dia 14

*49º Seminário Técnico Normas Técnicas da ABNT/CB-09
Local: Auditório da FCM
Horário: das 8 às 18 horas

Dia 19

*25 anos de CIPA/Unicamp e XVII Sipat - Unicamp e VIII Sipat Funcamp
Local: Auditório da FCM
Horário: das 9 às 17 horas

Dias 20 e 21

*V Congresso Científico dos Estudantes de Enfermagem - Saberes e práticas na saúde e enfermagem. Homenagem póstuma à professora Maria Cecília Puntel de Almeida
Local: Auditório da FCM
Horário: das 9 às 17 horas

Dia 22

*VII Semana de Engenharia Mecânica da Unicamp
Local: Auditório da FCM
Horário: das 17 às 20 horas

Até o fechamento desse Boletim, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer. Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor
 Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
Vice Reitor
 Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca
Departamentos FCM
Diretor
 Prof. Dr. José A. R. Gontijo
Diretor-associado
 Prof. Dr. Gil Guerra Júnior
Anatomia Patológica
 Prof. Dr. Luciano de Souza Queiroz
Anestesiologia
 Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga
Cirurgia
 Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo
Clinica Médica
 Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho
Enfermagem
 Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas
Farmacologia
 Prof. Dr. Gilberto De Nucci
Genética Médica
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
Medicina Prev. Social
 Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos
Neurologia
 Prof. Dr. Anamarli Nucci

Oftalmo/Otorrino
 Profa. Dra. Keila Monteiro de Carvalho
Ortopedia
 Prof. Dr. Mauricio Etchebehere
Patologia Clínica
 Prof. Dr. Roger Frigério Castilho
Pediatria
 Prof. Dr. Gabriel Hessel
Psic. Médica e Psiquiatria
 Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo
Radiologia
 Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta
Tocoginecologia
 Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto
Coord. Comissão de Pós-Graduação
 Profa. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes
Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários
 Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes
Coord. Comissão Ens. Residência Médica
 Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira
Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
 Profa. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos
Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem
 Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas
Coord. do Curso de Graduação em Farmácia
 Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
Coord. Câmara de Pesquisa
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
Presidente da Comissão do Corpo Docente
 Profa. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra
Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)
 Profa. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz
Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)
 Profa. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela
Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)
 Prof. Dr. Fábio Bucarechi
Assistente Técnico de Unidade (ATU)
 Carmen Silvia dos Santos
Conselho Editorial
 Prof. Dr. José A. R. Gontijo
História e Saúde
 Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho
 Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda
Tema do mês
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
 Profa. Dra. Iscia T. Lopes Cendes
 Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Bioética e Legislação
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
 Prof. Dr. Sebastião Araújo
Diretrizes e Condutas
 Profa. Dra. Laura Sterian Ward
Ensino e Saúde
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
 Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos
 Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas
 Profa. Dra. Nelci Fernalti Hoehr
Saúde e Sociedade
 Prof. Dr. Nelson Filice de Barros
 Prof. Dr. Everardo D. Nunes
Responsável Renata Seixas B. Maia
Jornalista Edimilson Montalti MTB 12045
Equipe Cláudia Ap. Reis da Silva, Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza Coelho Borges, Marcelo Henrique Fonseca
Projeto gráfico Ana Basaglia
Diagramação/ Ilustração Emilton B. Oliveira
Revisão Maria Rita B. Frezzarin
2.000 exemplares - distribuição gratuita
Sugestões jornalrp@fcm.unicamp.br
Telefone (19) 3521-8049
 O Boletim da FCM é uma publicação mensal da Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)