

Ministro da Saúde anuncia campanhas nacionais contra hipertensão e sífilis

O ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha esteve no dia 1º de abril na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp para ministrar a aula magna para os alunos dos cursos de medicina, enfermagem, fonoaudiologia e farmácia. O tema da palestra foi “Que profissional de saúde o SUS necessita”. Ovacionado em pé por alunos, professores e funcionários da área da saúde, Padilha, formado em medicina pela FCM da Unicamp, foi homenageado pelo diretor da faculdade, Mario José Abdalla Saad, com um vídeo-depoimento colhido entre professores e amigos de turma.

Os entrevistados lembraram momentos marcantes da trajetória do atual ministro da Saúde, desde que entrou em 1986, aos 17 anos, na FCM. O professor Gastão Wagner, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, contou a história de quando foi entrevistado por Padilha, então repórter do jornal universitário “O Patológico”, de como conciliar política, ética e saúde. Seus amigos lembraram os momentos de seu envolvimento com o movimento estudantil e com a questão da saúde indígena. Outros professores contaram casos inusitados, como dele ter sido o único aluno a tirar nota 10 na disciplina de medicina interna, ministrada pelo atual diretor da FCM.

“O curso universitário desperta nas pessoas uma consciência social muito grande e isso é feito de tal maneira que as pessoas se envolvem em ajudar a resolver os problemas do país. Padilha foi um aluno exemplar, dedicado e carinhoso com os pacientes e hoje é um dirigente importante na área da saúde”, disse Saad.

O reitor da Unicamp, Fernando Ferreira Costa, parabenizou Padilha pela nomeação como ministro da Saúde e apresentou dados importantes sobre a Unicamp, reforçando a vocação da Universidade em formar líderes.

Na área da graduação, a Universidade inovou na criação do Profis, programa que

possibilitou a 120 alunos das escolas públicas de Campinas estudarem na Unicamp. Na área da pesquisa, o reitor da Unicamp destacou que metade dos 33 mil alunos da Universidade fazem pós-graduação e esta produção gera riqueza para o país.

Emocionado e ao mesmo tempo se sentindo à vontade, Padilha conversou de forma descontraída e animada com os convidados. Padilha aconselhou os alunos a aproveitarem as oportunidades e diversidades que a Universidade oferece, características que a distingue de outras universidades brasileiras.

“Parte de meu desempenho como aluno era porque eu gostava muito de ler e parte porque eu tinha boa memória. A partir da permanente relação com as diferenças, aprendi a lidar com convicções éticas e limites das pessoas. Isso foi decisivo para minha formação como pessoa, como médico e como dirigente”, disse Padilha.

O ministro da Saúde lembrou que o país está vivendo um novo momento da área da saúde. Até 2016 o Brasil será a quinta economia mundial e que o investimento em saúde representa, hoje, 8% do Produto Interno Bruto (PIB). Além disso, 34 milhões de brasileiros saíram da linha da pobreza nos últimos oito anos e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o maior programa de atenção básica do mundo.

Padilha aproveitou a vinda à FCM da Unicamp e anunciou duas campanhas do governo: a redução de sódio em refrigerantes e massas para auxiliar na diminuição de casos de hipertensão no país e o teste rápido para o diagnóstico da sífilis que atinge, a cada ano, 12 mil novos casos da doença.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:
Do impacto do diagnóstico à superação dos desafios: a mãe sendo-com a criança com doença falciforme

VEJA TAMBÉM:

Diretrizes em câncer de vulva

Comissão de Valorização Docente: Revigorando a missão educacional na FCM

Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida

Consenso global sobre a responsabilidade social das escolas médicas

Do impacto do diagnóstico à superação dos desafios: a mãe sendo-com a criança com doença falciforme

A doença falciforme é a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil e, embora tratável, ainda é incurável. O tratamento precoce aumenta a sobrevivência das crianças afetadas e melhora a sua qualidade de vida, contudo, a problemática que envolve o conviver com uma doença crônica está sempre presente. A família da criança com doença falciforme tem papel crucial no sucesso do tratamento. Geralmente, na primeira sessão de orientação genética, a criança tem cerca de dois meses de vida e, portanto, ainda não apresenta os sintomas da doença, os quais irão surgir por volta dos seis meses, quando começa a haver decréscimo da hemoglobina fetal. Até este momento, os pais ainda estão vivenciando a realização do desejo de ter um filho saudável. De repente, deparam-se com o diagnóstico de uma doença crônica, da qual eles são responsáveis e com uma série de informações sobre genes, células, oxigênio, dor, febre, baço. Além do mais, lhes dizem que eles têm que ser "especialistas" na doença de seu filho, pois disso dependerá a vida da criança, e que, apesar da complexidade da patologia, devem educar este filho como uma criança igual às outras, considerando limites, disciplina e demais esferas do seu existir.

Ser pais de uma criança com doença falciforme, devido ao curso imprevisível da doença, é uma tarefa altamente exigente, com sérias consequências práticas e emocionais. (...) Uma pesquisa relata que mulheres cuidadoras apresentam um senso maior de isolamento e solidão do que homens cuidadores e 80% das mulheres, em relação a 33% dos homens, afirmaram que sua família e trabalho tinham sido afetados.

Quando a doença é crônica e o doente é criança, uma série de mudanças, em decorrência do tratamento, pode afetar a família, criando a necessidade de ajustes no seu funcionamento. As famílias de crianças com doença falciforme, em sua maioria, são procedentes de famílias de baixa renda. Assim, não é difícil supor a transformação que se instala na vida de pessoas obrigadas a enfrentar uma situação como a da doença crônica na infância. Em relação à doença falciforme, as consequências psicosocioeconômicas para os pais são diversas, interferindo no humor, atividades diárias, vitalidade, sono, esperança e funcionamento cognitivo.

Ser pais de uma criança com doença falciforme, devido ao curso imprevisível da doença, é uma tarefa altamente exigente, com sérias consequências práticas e emocionais. Esta tarefa tem sido descrita como um fardo, podendo ser de dois modos: objetivo e subjetivo. O fardo objetivo inclui o manejo diário da doença, seu efeito nos outros aspectos da vida, as consequências financeiras, o fato de, diariamente, ser necessário administrar medicações ao seu filho (antibiótico profilático, ácido fólico, hidroxuréia), promover situações que minimizem os episódios de dor e agir apropriadamente quando estes acontecerem. Já o fardo subjetivo refere-se ao estresse que eles vivenciam quando lidam com seu filho doente, como por exemplo, ao sentirem-se impotentes em aliviar seus sintomas.

Uma pesquisa relata que mulheres cuidadoras apresentam um senso maior de isolamento e solidão do que homens cuidadores e 80% das mulheres, em relação a 33% dos homens, afirmaram que sua família e trabalho tinham sido afetados.

Trata-se de um estudo fenomenológico cuja proposta foi compreender o *sendo-com* a criança com doença falciforme na perspectiva da mãe. Foram entrevistadas 12 mães de crianças com doença falcifor-

me diagnosticadas na triagem neonatal, em seguimento no Centro Infantil Boldrini há pelo menos um ano. As entrevistas abertas foram realizadas no domicílio das mães e tiveram a seguinte questão norteadora: "conte-me como está sendo conviver com o seu (sua) filho(a) e a doença falciforme".

Os discursos maternos foram analisados à luz do referencial da pesquisa fenomenológica. O fenômeno se desvelou em três categorias temáticas: a doença tornando-se presente no cotidiano das mães, *sendo-com* o outro na dor e descortinando um novo universo. Este estudo possibilitou a compreensão de algumas facetas do *ser-mãe* de uma criança com doença falciforme e o vislumbrar de diversas perspectivas para um novo cuidar.

Ao adentrar no mundo dos sentimentos das mães de crianças com doença falciforme, apreendemos que, para compreender a experiência do outro, é necessário *estarmos-com-ele, junto-a-ele* para, *por-meio-dele*, descobrirmos o ser que se oculta. Dessa forma, os discursos revelaram a experiência singular do universo das mães de crianças com doença falciforme. Penetrar nesse mundo vivido nos encontros com as mães durante as entrevistas, lendo intencionalmente cada dizer, mergulhando em cada palavra e expressão, mostrou que o impacto da doença da criança para a família e todos os sentimentos que permeiam o co-existir com a doença independem da quantidade de informação técnica/científica que transmita-se dos conceitos de bom e de ruim.

Carmen Cunha Mello Rodrigues
MESTRANDA DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAEM
FCM, UNICAMP

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da FCM da UNICAMP. Área de Concentração: Enfermagem e Trabalho. Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem. Orientadora: Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Diretrizes em câncer de vulva - parte 1

O câncer de vulva é uma neoplasia rara e representa 5% das neoplasias ginecológicas. Nos Estados Unidos da América (EUA) estimou-se 3.460 casos novos e 870 óbitos pela neoplasia em 2008.^{1(D)} Evidências epidemiológicas sugerem que haja dois caminhos etiológicos na carcinogênese da vulva.

O primeiro tipo é frequente em mulheres com idade acima de 50 anos e é associado à desordem epitelial não neoplásica (VNED) como inflamação crônica ou líquen e apresenta como lesão precursora a neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) diferenciada. O segundo tipo é visto mais frequentemente em mulheres jovens e está associado à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), apresentando como lesões precursoras a NIV associada à HPV, também denominada de NIV usual.^{2(B)}

O tipo histológico mais frequente é o epidermóide (85%).^{1(D)} O câncer de vulva possui alta taxa de curabilidade quando diagnosticado em estádios iniciais. O principal fator de prognóstico é o *status* linfonodal influenciando significativamente na sobrevida das pacientes.^{3(A)} O diagnóstico na fase inicial, entretanto, ocorre em um percentual muito baixo das mulheres acometidas, pois em geral buscam os serviços médicos tardiamente e os profissionais demoram para realizar o diagnóstico.^{4(A)}

Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de vulva deve ser feito por biópsia. A biópsia deve ser realizada em qualquer lesão vulvar suspeita, seja sintomática ou assintomática, tais como: lesões confluentes; massas verrucosas; úlceras persistentes; áreas pruriginosas; alterações de cor, relevo e superfície.^{4(A)}

A biópsia deve ser realizada em cunha com anestesia local, envolvendo pele sadia e estroma subjacente. Não se deve retirar a lesão por completo, para não prejudicar o planejamento do tratamento definitivo.^{5(D)}

As lesões pré-invasoras podem ser assintomáticas sendo que, muitas vezes, seu diagnóstico somente poderá ser realizado por meio da minuciosa avaliação da vulva dirigindo a biópsia. A avaliação da vulva para dirigir a biópsia pode ser realizada com auxílio do colposcópico utilizando

ácido acético a 5%. Nas lesões invasoras, o prurido vulvar costuma ser o principal sintoma, podendo apresentar um "caroço" na virilha e sangramento nos casos com doença em estádios avançados. O local mais comum é o lábio maior (50%), seguidos pelo lábio menor (15% a 20%), clítoris e a glândula de Bartholin.^{6(B)}

Tipos histológicos

Incidência do câncer vulvar pelo tipo histológico:^{4(A)}

Epidermóide	86,2%
Melanoma	4,8%
Sarcoma	2,2%
Carcinoma Basocelular	1,4%
Glândula de Bartholin	
Escamoso	0,4%
Adenocarcinoma	0,6%
	1,2%
Adenocarcinoma	(0,6%)
Indiferenciado	(3,9%)

Como o carcinoma epidermóide é o mais prevalente, este protocolo será baseado neste tipo histológico. Em condições especiais serão particularizados os tratamentos para outros tipos histológicos.

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.

Dr. Luis Felipe Trincas Assad Sallum

Prof. Dr. José Carlos Campos Torres

Profa. Dra. Sophie Françoise Mauricette Derchain

DEPARTAMENTO DE TOCGINECOLOGIA

FCM, UNICAMP

Prof. Dr. Sérgio Carlos Barros Esteves

RADIOTERAPIA DO HOSPITAL DA MULHER (CAISM)

PROF. DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI, UNICAMP

Prof. Dr. Luiz Carlos Teixeira

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA CLÍNICA

FCM, UNICAMP

O diagnóstico na fase inicial, entretanto, ocorre em um percentual muito baixo das mulheres acometidas, pois em geral buscam os serviços médicos tardiamente e os profissionais demoram para realizar o diagnóstico.

1. American Cancer Society.: Cancer Facts and Figures 2008. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2008. Acessado em maio de 2008.

2. Stroup, A.M., Harlan, L.C., Trimble, E.L. Demographic, clinical, and treatment trends among women diagnosed with vulvar cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2008;108:577-83.

3. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al.: Assessment of current International Federation of Gynecology and Obstetrics staging of vulvar carcinoma relative to prognostic factors for survival (a Gynecologic Oncology Group study). *Am J Obstet Gynecol* 164 (4):997-1003; discussion 1003-4, 1991.

4. DiSaia PJ, Creasman WT. Clinical gynecologic oncology. 7th ed. St. Louis: Mosby, 2007.

5. FIGO. Staging Classifications and Clinical Practice Guidelines for Gynaecological Cancers. 2006.

6. Macnab JC, Walkinshaw SA, Cordner JW, et al.: Human papillomavirus in clinically and histologically normal tissue of patients with genital cancer. *N Engl J Med* 315 (17):1052-8, 1986.

Embora o ensino seja uma atividade essencial da cidadania acadêmica, não é suficiente nem exclusiva na avaliação e atribuição do mérito da atuação acadêmica do professor. É necessário demonstrar prática docente diferenciada.

Comissão de Valorização Docente: Revigorando a

Em todo o mundo tem ocorrido um aumento importante das demandas sobre o corpo docente em decorrência das múltiplas atividades necessárias para que a universidade produza ensino, pesquisa e extensão de qualidade. Em paralelo, o profissional que se deve formar, adequado ao que a sociedade necessita, precisa ser competente em dimensões que incluem atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, gerenciamento e educação continuada, buscando como resultado a melhoria das condições de saúde da população.¹⁻⁴

Para responder a este perfil técnico e humanístico complexo é necessária a aprendizagem embasada na melhor evidência científica, em diversos cenários clínicos ao longo da formação, com facilitação de um corpo docente ciente das novas demandas e preparado para seus múltiplos papéis.⁵

Para atender a este perfil, é necessário resgatar e valorizar a docência nos cenários de prática clínica em igualdade com a produção de conhecimento (pesquisa). Esta valorização só poderá ocorrer estabelecendo-se uma cultura institucional que reconheça a relevância do papel formador de profissionais de saúde com tal complexidade.

Embora o ensino seja uma atividade essencial da cidadania acadêmica, não é suficiente nem exclusiva na avaliação e atribuição do mérito da atuação acadêmica do professor. É necessário demonstrar prática docente diferenciada.

Na literatura internacional, ressalta-se a importância do *scholarship* (mérito acadêmico) das atividades docentes incluindo, além de pesquisa, atividades administrativas, assistenciais e de extensão, com maior valorização quanto mais embasada cientificamente, se for agregadora de conhecimento, de qualidade reconhecida pelos pares e tiver divulgação pública para que outros possam utilizar como plataforma para avançar o conhecimento.^{6,9}

Nos cursos da área da saúde, o professor clínico ou prático que ensina (clínico-educador) é essencial, juntamente com o pesquisador.

O reconhecimento do papel relevante do clínico-educador fez surgir propostas de categorias de atividades e critérios para identificar a evidência de atuação docente qualificada nas áreas de ensino, de currículo e avaliação, de administração do

ensino em comitês curriculares e atuação em orientação/mentoria.⁸

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp acompanha esta evolução. Há muito se discute a necessidade de valorização da prática docente de ensino na graduação e na pós-graduação (*sensu lato* residência médica, especialização, aprimoramento - e *sensu stricto*). E por ser uma unidade acadêmica com projetos pedagógicos alinhados com a nova demanda de formação para profissionais da saúde, o ensino, junto ao paciente em qualquer nível do sistema de saúde, assume destaque especial.

Entretanto, o reconhecimento da atuação qualificada de cada docente só é possível com adequada informação sobre suas diversas atividades. O relato detalhado das atividades acadêmicas, seguido de autorreflexão utilizando o *Portfólio do Educador*, é uma estratégia muito utilizada que permite a avaliação por pares e pelas instâncias cabíveis.^{10,11}

De qualquer forma, entende-se, na literatura correspondente, que falta consenso acerca da sua melhor utilização, reconhecendo-se a necessidade de desenvolver capacidade, infraestrutura e cultura institucionais para julgar e valorizar esta ampla atuação docente.

Utilizamos, rotineiramente, o Relatório de Atividades Docentes (RAD) para relato e avaliação de nossa atuação, onde descrevemos as atividades de ensino, pesquisa, extensão e administração, de forma similar aos modelos propostos na literatura internacional.

Esta avaliação é julgada por pares, em diversas instâncias, trazendo com frequência a discussão sobre a menor valorização dos professores que se dedicam prioritariamente ao ensino, em cenários e situações diversas, compatíveis com renovados projetos pedagógicos.

Em resposta aos crescentes debates e demandas sobre a valorização das atividades clínico-assistenciais, foi criada a Comissão de Valorização Docente (CVD) pela Portaria 040/2010. Seu objetivo é sugerir ferramentas e processos (critérios, normas e procedimentos) para valorizar a atividade docente-assistencial na FCM, acompanhando sua implantação e avaliando seu impacto.

Na fase inicial de atividades, seus membros relataram a evolução das discussões deste tema em seus Departamentos, contrastando vivências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4. CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p. 38. [http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf]. Acesso em 10/03/2011

2. General Medical Council (GMC). Tomorrow's Doctors. Recommendations on Undergraduate Medical Education. London: GMC 2002

3. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMeds 2005 Framework. [http://rcpsc.medical.org/canmeds/bestpractices/framework_e.pdf]. Acesso em 10/03/2011

4. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Outcome project. Common Program Requirements: General Competencies. 2007

5. Hesketh EA, Bagnall G, Buckley EG et al. A framework for developing excellence as a clinical educator. Medical Education. 2001; 35: 555-564

6. Boyer EL. Scholarship reconsidered: priorities of the professoriate. San Francisco: Jossey-Bass; 1997

7. Glassick CE, Huber MT, Maeroff GI, Boyer EL. Scholarship assessed: evaluation of the professoriate. Special Report of Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. San Francisco: Jossey-Bass; 1997

com a literatura pertinente (alguns dos artigos estão citados neste texto). Identificaram-se inúmeras iniciativas e sugestões que poderiam ser canalizadas num esforço institucional da FCM.

O grupo reconhece que, apesar de ter um RAD bastante adequado para informar a atuação docente, é necessário conscientizar a comunidade sobre a responsabilidade de cada docente com o seu preenchimento. Assim, propôs-se oferecer ajuda aos docentes no preenchimento do RAD buscando a melhor forma de informar todas as atividades desempenhadas.

Também se entendeu a necessidade de cada docente utilizar o RAD como um instrumento de reflexão sobre sua atuação no período, seguido de uma proposta de atuação futura, em consonância com as missões do Departamento e da Unidade. Foi discutida a premência para promover debate, em cada Departamento, sobre as expectativas de desempenho docente-assistencial, com elaboração de um plano de trabalho coletivo de curto, médio e longo prazo.

Debateu-se a necessidade de buscar o alinhamento da avaliação das atividades entre as diferentes instâncias. Emergiu a demanda de revisão do cálculo de carga didática, que não parece refletir a carga horária de atividades de ensino exercidas por cada docente e pela unidade como um todo.

Salientou-se a importância de promover o amplo debate e reconhecimento do amplo espectro de atividades hoje exercidas na função docente e de se definir evidências de qualidade no seu desempenho.

Para cumprir objetivos tão abrangentes, é preciso dar os primeiros passos. Desta forma, as estratégias propostas pela CVD para implantação no 1º semestre de 2011 incluem:

- 1) Criação de um canal aberto e contínuo de comunicação com a comunidade acadêmica para receber sugestões de estratégias para valorização docente cvdfcm@fcm.unicamp.br;
- 2) Relato das atividades e propostas pelos meios de comunicação institucional e participação em reuniões de órgãos colegiados como convidados (CID, Congregação, CCD);
- 3) Preparação e divulgação do "Manual de Preenchimento do RAD" para

auxílio e melhor aproveitamento do RAD;

- 4) Disponibilização dos membros da CVD para apoiar o corpo docente na preparação do seu RAD valorizando, além das pesquisas, financiamentos e aulas, a supervisão de atividades docente-assistenciais, papéis de mentoria, posições de gestão e liderança dentro e fora da instituição, reconhecimento por prêmios e produção-disseminação de conhecimento também no ensino (produção de material didático, convites para congressos e eventos de divulgação das atividades de ensino, além da pesquisa);
- 5) Proposição de um novo modelo de Relatório, chamando-o de **Portfólio Docente**, que inclui reflexão e planejamento de atuação em consenso com os Departamentos e a FCM;
- 6) Apoio aos Departamentos para realização de discussões específicas sobre a valorização das atividades docente-assistenciais, com elaboração de plano de atuação de curto (6 a 12 meses), médio (18 a 36 meses) e longo prazo (3 a 5 anos);
- 7) Promoção do debate sobre a valorização das múltiplas atividades docentes junto às instâncias acadêmicas devidas, visando à compreensão do perfil de competências esperadas para exercício da docência universitária para formação de profissionais de saúde.

Outras propostas surgirão do debate amplo com a comunidade da FCM. A CVD fica à disposição para receber e amplificar as idéias que reflitam o desejo da comunidade docente, encaminhando e acompanhando as novas propostas.

Eliana Martorano Amaral (Presidente); Neury José Botega, João Luiz Carvalho Pinto e Silva, Otávio Rizzi Coelho, Wilson Nadruz Júnior, Luis Roberto Lopes, Marilda Baggio Serrano Botega, Christiane Marques do Couto, Raquel Silveira Bello Stucchi, Ivan Felizardo Contrera Toro, José Luiz Tatagiba Lamas, Angélica Maria Bicudo Zeferino e Nelson Filice de Barros

PROFESSORES DA COMISSÃO DE VALORIZAÇÃO DOCENTE DA FCM, UNICAMP

**A FCM
acompanha
esta evolução.
Há muito se
discute a
necessidade de
valorização da
prática docente
de ensino na
graduação e na
pós-graduação.
E por ser uma
unidade
acadêmica com
projetos
pedagógicos
alinhados com
a nova
demanda de
formação para
profissionais da
saúde, o ensino
junto ao
paciente em
qualquer nível
do sistema de
saúde assume
destaque
especial.**

8. Simpson DE, Fincher RM, Hafler JP, et al. Advancing educators and education: defining the components and evidence of educational scholarship. *Medical Education* 2007; 41: 10029

9. Morahan PS, Fleetwood J. Do we really value what our faculty do? Our academic promotion process is out of alignment with the faculty jobs of today. *Academic Physician & Scientist*. 2009; Sept/Oct:7-8

10. University of Washington School of Medicine. Clinical educator portfolio. [http://medofa.wustl.edu/medofa/ola.nsf/WV/535EABFF4C9D73FE862572E30051984F?OpenDocument] Acesso em 10/03/2011

11. University of Wisconsin. Developing your educator portfolio. [http://www.mcw.edu/display/router.asp?docid=2546]. Acesso em 10/03/2011

As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida.

Normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida - parte 1

As técnicas de reprodução assistida (RA) têm o papel de auxiliar na resolução dos problemas de reprodução humana, facilitando o processo de procriação quando outras terapêuticas tenham se revelado ineficazes ou consideradas inapropriadas. As técnicas de RA podem ser utilizadas desde que exista probabilidade efetiva de sucesso e não se incorra em risco grave de saúde para a paciente ou o possível descendente.

O consentimento informado será obrigatório a todos os pacientes submetidos às técnicas de reprodução assistida, inclusive aos doadores. Os aspectos médicos envolvendo as circunstâncias da aplicação de uma técnica de RA serão detalhadamente expostos, assim como os resultados obtidos naquela unidade de tratamento com a técnica proposta. As informações devem também atingir dados de caráter biológico, jurídico, ético e econômico. O documento de consentimento informado será expresso em formulário especial e estará completo com a concordância, por escrito, das pessoas submetidas às técnicas de reprodução assistida.

As técnicas de RA não devem ser aplicadas com a intenção de selecionar o sexo (sexagem) ou qualquer outra característica biológica do futuro filho, exceto quando se trate de evitar doenças ligadas ao sexo do filho que venha a nascer.

É proibida a fecundação de oócitos humanos com qualquer outra finalidade que não a procriação humana.

O número máximo de oócitos e embriões a serem transferidos para a receptora não pode ser superior a quatro. Em relação ao número de embriões a serem transferidos, são feitas as seguintes determinações: a) mulheres com até 35 anos: até dois embriões; b) mulheres entre 36 e 39 anos: até três embriões; c) mulheres com 40 anos ou mais: até quatro embriões.

Em caso de gravidez múltipla, decorrente do uso de técnicas de RA, é proibida a utilização de procedimentos que visem à redução embrionária.

Pacientes das técnicas de RA

Todas as pessoas capazes, que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução, podem ser receptoras das técnicas de RA desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos sobre o mesmo, de acordo com a legislação vigente.

Referente às clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA

As clínicas, centros ou serviços que aplicam técnicas de RA são responsáveis pelo controle de doenças infectocontagiosas, coleta, manuseio, conservação, distribuição, transferência e descarte de material biológico humano para a paciente de técnicas de RA, devendo apresentar como requisitos mínimos:

1 - um diretor técnico responsável por todos os procedimentos médicos e laboratoriais executados, que será, obrigatoriamente, um médico registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição;

2 - um registro permanente (obtido por meio de informações observadas ou relatadas por fonte competente) das gestações, nascimentos e malformações de fetos ou recém-nascidos, provenientes das diferentes técnicas de RA aplicadas na unidade em apreço, bem como dos procedimentos laboratoriais na manipulação de gametas e embriões;

3 - um registro permanente das provas diagnósticas a que é submetido o material biológico humano que será transferido aos pacientes das técnicas de RA, com a finalidade precípua de evitar a transmissão de doenças.

Resolução CFM nº 1.957/2010 publicada no Diário Oficial da União de 06 de janeiro de 2011, Seção I, p.79.

Profª. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

Consenso global sobre a responsabilidade social das escolas médicas - parte 1

Em dezembro de 2010 foi publicado o relatório que aponta dez áreas em que as escolas médicas em todo o mundo devem atuar para assumir sua responsabilidade social. O objetivo deste artigo é apresentar as diferentes áreas e discuti-las, mas antes, porém, vamos explorar algumas das características desta produção. A motivação para a realização do trabalho de construção de um consenso foi identificar os principais campos de atuação das escolas médicas, para obter impacto no desempenho dos sistemas nacionais de saúde e na saúde das populações. Sabe-se que uma das inspirações deste trabalho é o Relatório Flexner, que apontou respostas para as principais questões das escolas médicas no início do século XX, como a formação mais efetiva e científica de profissionais da medicina.

Com esse consenso de 2010 buscou-se construir um conjunto de diretrizes para os desafios que se colocam às escolas médicas neste início de século XXI, como: aumento da qualidade, equidade, relevância e efetividade dos cuidados em saúde prestados; reduzir os conflitos entre as prioridades sociais e as dos profissionais; redefinir os papéis dos diferentes profissionais da saúde nas equipes de trabalho e providenciar evidências sobre o impacto do trabalho médico na saúde das pessoas.

Embora o resultado tenha sido divulgado em 2010, quando o relatório Flexner completou um século de existência, os trabalhos tiveram início dois anos antes com a criação do *International Reference Group*, constituído por 130 diferentes instituições internacionalmente reconhecidas pelo envolvimento com o ensino médico, regulamentação profissional e produção de políticas de saúde. Uma vez constituído o grupo, teve início o trabalho de construção do consenso seguindo as orientações da técnica Delphi, em três fases: coleta de opiniões dos membros do grupo, encontro para construção do consenso e fase de divulgação com a publicação do relatório em inglês, francês, espanhol e outros.¹

A inspiração no Relatório Flexner e a utilização da técnica Delphi demonstram as diferenças na forma da produção de conhecimento construída ao longo do século XX. Enquanto na década de 1910 um especialista foi contratado para construir um relatório técnico e, para isso, adotou as visitas em *locu* como forma de coletar informações, na década de 2010 vários especialistas foram contatados para construir um consenso técnico, por meio das etapas da técnica Delphi, que expõe os principais consensos e conflitos de um

campo do conhecimento. Pode parecer pequena a diferença na forma e, também, no conteúdo, mas a resultante é significativamente distinta, na medida em que entre o relatório e o consenso existe, pelo menos, uma centena de especialistas trabalhando, sistematicamente, juntos.

Além disso, é bem possível que, em termos de duração da influência, o consenso seja bem menos duradouro que o relatório, pois o trabalho em rede produz rapidamente processos de implantação, avaliação, implementação e substituição. Dessa maneira, é possível que em pouco mais de uma década seja necessário revê-lo, sobretudo, em relação as atuais e futuras necessidades e desafios sociais; as prioridades da educação, pesquisa e serviços em saúde; a governança e parceria com outros diferentes grupos sociais; as formas de avaliar o impacto e a performance das escolas médicas.

Para finalizar essa primeira parte, listo abaixo as dez áreas identificadas como de consenso, para que as escolas médicas atuem com o fim assumir sua responsabilidade social, e que serão discutidas no próximo número do Boletim:

1. Previsão das necessidades de saúde da sociedade;
2. Associação da escola médica com o sistema de saúde e outros grupos de interesse;
3. Adaptação às mudanças e dos papéis profissionais dos médicos e outros profissionais de saúde;
4. Fomentar educação baseada em resultados;
5. Criar governança responsável da escola médica e responsiva;
6. Redefinir o escopo de padrões de educação, pesquisa e serviço de saúde ofertados;
7. Suportar mudanças permanentes da qualidade da educação, pesquisa e serviços prestados;
8. Estabelecer mecanismos centrais de acreditação;
9. Equilibrar princípios globais com contextos específicos;
10. Definir o papel na sociedade.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

A motivação para a realização do trabalho de construção de um consenso foi identificar os principais campos de atuação das escolas médicas, para obter impacto no desempenho dos sistemas nacionais de saúde e na saúde das populações.

1. A técnica Delphi é utilizada para construir consensos, para isso cumpre etapas em um processo sucessivo. Na primeira, depois de selecionados os sujeitos, geralmente especialistas na área, é enviado o instrumento de coleta de dados, em geral com questões semi-estruturadas, a partir do qual todos devem emitir suas considerações e enviá-las de volta aos pesquisadores, em um período determinado. A segunda etapa inicia-se com a organização de todo material recebido e uma pré-análise, com definições de categorias que apontem continuidades e rupturas no discurso dos diferentes especialistas sobre o tema, para então ser re-enviado para todos os que participaram da primeira etapa. Outra vez o material é retornado aos pesquisadores que finalizam o processo com a construção do consenso, a partir da análise final das categorias identificadas e debatidas entre os especialistas.

NOTAS

*No dia 1 de abril aconteceu no anfiteatro do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) a primeira reunião do Grupo de Cuidados Paliativos (GCP) da área da saúde da Unicamp. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida. O grupo de cuidados paliativos do Caism em neonatologia atua desde 2002 e o em oncologia desde 2008. Em setembro de 2010, a Comissão Mista de Especialidade (CME), formada por representantes do Conselho Federal de Medicina, da Associação Médica Brasileira e da Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, emitiu parecer favorável para a criação da área de atuação Medicina Paliativa. No final do ano passado, o grupo de cuidados paliativos do Caism

procurou o diretor da Faculdade de Ciências Médicas, Mario José Abdalla Saad, para discutir a criação do ensino sistematizado de cuidados paliativos na faculdade. Este ensino já acontece para os residentes da pediatria e tocoginecologia do Caism, alunos da fonoaudiologia e aprimorandos da fisioterapia. Podem participar do GCP todos os profissionais da área da saúde que tenham interesse em organizar o serviço da instituição. "Acreditamos que em uma atividade que lida com pacientes em final de vida e seus familiares, a participação por escolha própria é muito mais adequada do que quando é feita por indicação. As pessoas precisam estar motivadas para trabalhar nesta área", disse a médica Jussara de Lima e Souza, coordenadora do grupo de cuidados paliativos em neonatologia do Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti (Caism). Os profissionais da área da saúde da Unicamp interessados em participar do grupo podem entrar em contato pelo e-mail jussaraneio@yahoo.com ou pelo telefone (19) 3521-9307.

EVENTOS DE ABRIL

Dia 7

*Dia Mundial da Saúde

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: Depto. de Enfermagem e Superint. do Hosp. de Clínicas (HC) da Unicamp

Dia 8

*Colação de grau da turma de Pedagogia da PUC-Campinas

Horário: das 19 às 23 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: SGC Eventos e Formaturas

Dia 15

*Encerramento do Programa de Iniciação Científica Jr

Horário: das 9 às 12 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp

Dia 29

*Colação de grau da turma de Análise de Sistemas e Serviço Social da PUC-Campinas

Horário: das 19 às 23 horas

Local: Auditório-5 da FCM

Org.: SGC Eventos e Formaturas

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo 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. Mario José Abdalla Saad

Diretora-associada

Profa. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Patrícia Sabino de Matos

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Enfermagem

Profa. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Profa. Dra. Iscia Lopes Cendes

Medicina Prev. Social

Profa. Dra. Marilisa Berti de Barros

Neurologia

Prof. Dr. Fernando Cendes

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Profa. Dra. Helena V. Wolf Grotto

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

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Prof. Dr. Stephen Hyslop

Coord. Comissão de Aprimoramento

Profa. Dra. Maria Cecília M.P. Lima

Coord. Comissão de Ensino a Distância

Prof. Dr. Luis Otávio Zanatta Sarian

Coord. Câmara de Pesquisa

Prof. Dr. Fernando Cendes

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental

Prof. Dr. Fernando Cendes

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Profa. Dra. Lilian Tereza Lavras Costallat

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)

Profa. Dra. Lucia Helena Reily

Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)

Prof. Dr. Gil Guerra Junior

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Carmen Sílvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad

História e Saúde

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

Tema do mês

Prof. Dr. José Barreto C. Carvalheira e subcomissões de Pós-Graduação

Bioética e Legislação

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Profa. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Prof. Dr. Wilson Nadruz

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Renata Seixas B. Maia

Jornalista Edmilson Montalti MTB 12045

Equipe Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Rafael Gonzales, Sara Araujo Fedre.

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/Ilustração Emilton B. Oliveira,

Revisão: Anita Zimmermann

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