

Novo presidente do CNPq enfatiza a comunicação dos cientistas com a sociedade

“Inovação se faz com pessoas. Os cientistas se comunicam pouco com a sociedade. É obrigação nossa falar com jornalistas. A atividade mais nobre de um cientista é pensar numa pergunta que está na fronteira do conhecimento. Precisamos sair de nossa zona de conforto e trabalhar com abordagens transdisciplinares”. Esta foi uma das falas do novo presidente do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Glaucius Oliva, que esteve no início de maio participando da abertura da 5ª Semana de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp.

O professor titular do Instituto de Física de São Carlos (IFSC) da USP fez, inicialmente, um resumo dos 60 anos do CNPq e apontou os avanços que a ciência brasileira tem pela frente: melhorar a qualidade e o impacto da ciência que se faz no Brasil, inserção da ciência na solução dos grandes problemas do país por meio de inovação, transferência de tecnologia e engajamento das empresas no esforço nacional de pesquisa e desenvolvimento (P&D) e uma maior internacionalização.

Uma das metas em estudo no CNPq é a concessão de 75 mil bolsas de estudos nos próximos quatro anos para alunos de graduação e pós-graduação estudarem no exterior. Segundo Oliva, a escolha será pelas 100 melhores universidades do mundo. Do mesmo modo, haverá o fluxo inverso. Universidades brasileiras receberão mais alunos e professores estrangeiros. “Vivemos na economia do conhecimento. Precisamos abrir as portas para a internacionalização, atrair professores de lideranças científicas internacionais e mandar os alunos para o exterior e, nesse fluxo, inovarmos e fazermos uma ciência mais pujante, competitiva e mais próxima daquilo que se faz no mundo”, explicou Oliva.

Para viabilizar a comunicação com a sociedade, o CNPq implantará um novo programa nacional de comunicação social já a partir da submissão do projeto de pesquisa. Em poucas linhas e numa linguagem acessível, o cientista deverá dizer para que serve o seu projeto, além de indexar no relatório final entrevistas concedidas e matérias publicadas sobre o tema na imprensa. “É dever do cientista comunicar o que é feito para a sociedade que nos financia e apoia. Por isso, as atividades de educação e divulgação científica serão estimuladas e reconhecidas. Vale fazer uma palestra na escola do filho ou receber alunos em seu laboratório”, explicou.

A ideia é colocar a ciência no cotidiano das pessoas, usando personagens de novela, quiz shows sobre temas científicos, olimpíadas de ciência, museus de ciência, revistas de divulgação científica. “Tudo isso vai ser explorado”, disse.

A 5ª Semana de Pesquisa é promovida pela Comissão de Pesquisa da FCM. O tema deste ano foi “publicações científicas”. Duas oficinas sobre construção, publicação e revisão de artigos científicos, coordenadas por Andrea Kauffmann-Zeh, editora senior por seis anos da revista *Nature*, foram programadas. Durante a semana, 153 trabalhos científicos foram apresentados em forma de pôsteres e os 14 melhores trabalhos foram premiados, nove com menção honrosa e cinco com custeio para participação em congressos nacionais.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:

Pesquisas mostram níveis de estresse de alunos de cursos noturnos e enfermeiros

VEJA TAMBÉM:

Diretrizes em câncer de vulva

Bioética e ortotanásia

Residência Médica da FCM

Consenso global sobre a responsabilidade social das escolas médicas

Pesquisas mostram níveis de estresse de alunos de cursos noturnos e enfermeiros

Carla avaliou 116 estudantes universitários do Centro Universitário Herminio Ometto (UNIARARAS). De acordo com a pesquisa, 53,4% desses estudantes apresentaram sintomas psicológicos exacerbados refletindo num alto nível de estresse. A pesquisa “Estressores do enfermeiro que atua no ambiente hospitalar”, de Maria Cecília, mostrou médio nível de estresse desses profissionais.

Duas pesquisas desenvolvidas no Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp demonstraram que alunos universitários que estudam à noite e enfermeiros que trabalham nos períodos diurno e noturno têm altos e médios níveis de estresse, respectivamente. Os dois trabalhos foram apresentados no “IV Congresso Internacional de Stress: Pesquisa e prática” ocorrido no mês de abril, em Campinas, e receberam os prêmios de melhores pôsteres na categoria jovem pesquisador.

De acordo com a pesquisa “Análise de estresse e cronótipo em estudantes do período diurno e noturno” realizada pela doutoranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da FCM, Carla Parada Pazinato Andreoli, estudar e trabalhar são condições dos tempos modernos com forte tendência a aumentar. Estudar no horário noturno é uma oportunidade às pessoas que buscam qualificação profissional e que possuem o desejo de ocupar uma melhor posição no mercado de trabalho cada vez mais exigente.

Carla avaliou 116 estudantes universitários do Centro Universitário Herminio Ometto (UNIARARAS). A média de faixa etária foi de 24 anos. De acordo com a pesquisa, 53,4% desses estudantes apresentaram sintomas psicológicos exacerbados refletindo num alto nível de estresse. “Os resultados apresentados nos levam a sugerir algumas reflexões sobre a relação entre formação acadêmica e condições sociais e psíquicas dos alunos que trabalham e estudam à noite”, disse Carla.

Maria Cecília Pires da Rocha, enfermeira e doutoranda do programa de pós-graduação em Enfermagem da FCM, entrevistou 203 enfermeiros de um hospital de Campinas dos diversos turnos de trabalho, sendo 59,6% do turno diurno e 88,2% do sexo feminino com idade média de 39,6 anos. A pesquisa “Estressores do enfermeiro que atua no ambiente hospitalar” mostrou médio nível de estresse desses profissionais. O escore médio de estresse dos enfermeiros correspondeu a 2,6 da escala Bianchi de estresse modificada (EBEm).

A escala Bianchi de estresse foi construída e validada para avaliar o nível de estresse do enfermeiro hospitalar no desempenho básico de suas atividades. É autoaplicável e composta por 51 itens divididos em seis domínios que recebem uma pontuação com variação de 1 a 7. Os domínios são compostos por atividades envolvendo a assistência e o gerenciamento do cuidado. Com a sua utilização, pode-se verificar o domínio mais estressante para o grupo de enfermeiros ou para cada indivíduo e também avaliar as atividades mais estressantes. É um instrumento que auxilia na tomada de decisão para a implantação de estratégias de enfrentamento do estresse do enfermeiro hospitalar.

Os principais estressores apontados pela pesquisa foram a falta de recursos humanos para cobrir o plantão, a falta de material ou equipamento para prestar assistência e o trabalho com pessoal tecnicamente desqualificado. “De todos os motivos citados, a falta de recursos humanos foi a queixa mais constante e enfatizada pelos enfermeiros entrevistados durante a coleta de dados. É necessário, por parte da administração hospitalar, identificar os estressores presentes no trabalho do enfermeiro e favorecer a promoção de treinamentos para melhor capacitação e desenvolvimento de habilidades destes profissionais”, disse Maria Cecília.

As pesquisas foram coordenadas pela professora e enfermeira Milva Maria Figueiredo De Martino. Ela ministra uma disciplina na pós-graduação da FCM da Unicamp em enfermagem que tem como foco a ritmicidade circadiana do trabalhador em turnos, principalmente o enfermeiro. “Algumas queixas apresentadas por estes profissionais fizeram-me pesquisar as causas dos índices de estresse encontrados e sugerir medidas preventivas para que esse profissional possa ter uma qualidade de vida satisfatória no ambiente de trabalho”, disse Milva.

Carla Parada P. Andreoli
 Maria Cecília Pires da Rocha
 PROGRAMA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 FCM, UNICAMP

Diretrizes em câncer de vulva - parte 2

Estadiamento

Inicia-se com o exame físico geral, a palpação de linfonodos inguinais e supraclaviculares, o exame vaginal e o toque retal, eventualmente efetuado sob analgesia. O diagnóstico da lesão vulvar deve ser confirmado com biópsia. São rotineiros a colheita da citologia cervical oncológica e colposcopia, os exames hematológicos e raio-x do tórax. Na suspeita de invasão vesical ou retal, indica-se a cistoscopia e retossigmoidoscopia com biópsia. A realização de tomografia pélvica computadorizada, ressonância magnética e urografia excretora podem ser usadas para avaliar a possibilidade da doença metastática em linfonodos pélvicos ou para planejamento cirúrgico.

O estadiamento do câncer de vulva era previamente clínico. Pela alta taxa de falhas na avaliação linfonodal, o sistema de estadiamento foi alterado para cirúrgico, incorporando assim o *status* anatomopatológico dos linfonodos inguinais. O estadiamento proposto pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo 1988) adota como critérios o tamanho do tumor e invasão das estruturas perineais, o comprometimento linfonodal e metastatização a distância (TNM) correlacionaremos o estágio patológico com o estágio clínico.^{1(D), 2(B)}

Fatores associados ao prognóstico

O principal fator prognóstico no câncer de vulva é o status linfonodal. Na ausência de linfonodos comprometidos, a sobrevida em 5 anos é de 90%, diminuindo para 70% se comprometimento linfonodal unilateral e 25% se bilateral.^{3(B)}

Tratamento do câncer vulvar

O tratamento de eleição para o câncer de vulva é cirúrgico. Não existe um tratamento cirúrgico padronizado e a ênfase está em realizar um tratamento o mais conservador possível considerando o tamanho inicial da lesão e o *status* linfonodal.^{4(B)} Deve-se considerar, para indicação cirúrgica, o estado geral da paciente e o estadiamento clínico. Devido ao impacto psicossocial e das co-morbidades cirúrgicas na cirurgia radical, recomenda-se um tratamento conservador para lesões iniciais.^{5(B)} Nos estádios III e IV, o tratamento cirúrgico é complementado com radioterapia.^{6(B)} Devido a sua raridade e por acometer

principalmente mulheres idosas, não existem estudos suficientes para indicar um tratamento quimioterápico adjuvante padrão em doença avançada, embora o Grupo de Oncologia Ginecológica (GOG) está investigando a viabilidade de associar quimioterapia e/ou radioterapia neoadjuvante no câncer de vulva avançado.

Ressecção ampla da lesão

Consiste em exérese do tumor com margem de segurança (2 cm), tanto em termos de lateralidade como profundidade (tecido gorduroso). Caso haja indicação margens exíguas ou comprometidas, completa-se a cirurgia em segundo tempo.

Vulvectomy simples

Ressecção dos grandes e pequenos lábios, região clitoriana, e ressecção interna da região vestibular, com retirada do coxim gorduroso até o nível da aponeurose adjacente.

Vulvectomy radical

Ressecção da vulva, desde a região pubiana, sulcos genitofemurais e posteriormente o períneo, contornando o ânus sob forma da letra “W”; medialmente, envolve o vestíbulo vaginal, preservando-se o meato urinário se este não estiver comprometido, ressecção dos músculos bulboesponjosos e clitoriano, associado à linfonodectomia inguinal superficial e profunda bilateralmente.

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

A realização de tomografia pélvica computadorizada, ressonância magnética e urografia excretora podem ser usadas para avaliar a possibilidade da doença metastática em linfonodos pélvicos ou para planejamento cirúrgico.

1. Hopkins MP, Reid GC, Johnston CM, et al.: A comparison of staging systems for squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 47 (1):34-7,1992.

2. Bever MW, Bevers DCB, Wolf JK: *Gynecologic cancers in the M.D. Anderson Surgical Oncology handbook*. 30. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2003. p.445-490.

3. Hacker NF Vulvar Cancer. In Berek JS and Hacker NF. (eds) *Practical Gynecologic Oncology*. Edition 3, 2000 Williams & Wilkins 1994

4. Hacker NF, Van der Velden J: Conservative management of early vulvar cancer. *Cancer* 71 (4 Suppl):1673-7,1993.

5. Homesley HD, Bundy BN, Sedlis A, et al.: Radiation therapy versus pelvic node resection for carcinoma of the vulva with positive groin nodes. *Obstet Gynecol* 68 (6): 733-

Bioética e ortotanásia

O próprio conceito de morte mudou nesse período. Hoje é possível ressuscitar pessoas cujo coração parou e, através do diagnóstico de morte encefálica, nos depararmos nas UTIs com pessoas mortas, mas com o coração ainda batendo. Situações de terminalidade tornaram-se um dos principais desafios de nossos dias. Apesar de toda tecnologia médica disponível, como lidar com uma pessoa que está em processo de morrer?

O período que se seguiu ao final da Segunda Grande Guerra tem sido chamado por muitos autores de “pós-modernidade”. Uma era de frustração das expectativas que o progresso não foi capaz de garantir. A promessa de que o mundo “científico e racional” seria um mundo de maravilhas, sem fome, guerras, miséria ou injustiça não se concretizou. Ainda assim, a ciência avançou muito nesse período. No campo da medicina, este é o período do surgimento das UTIs, da hemodiálise, dos respiradores artificiais, das drogas vasoativas, dos antibióticos, da melhora de técnicas de anestesia e cirurgia e dos transplantes.

Foi nessa época que alguns cientistas e pensadores, particularmente nos Estados Unidos, começaram a escrever documentos que viriam a se transformar nos fundamentos da bioética. Considera-se o texto fundador da bioética o livro “Bioética: ponte para o futuro”, do bioquímico e oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, publicado em 1971. Preocupado com os efeitos da poluição ambiental sobre a saúde das pessoas, este autor ponderou que se não adotássemos uma postura “bioética”, não teríamos futuro.

Em 1979, o filósofo Tom Beauchamp e o teólogo James Childress, no livro “Princípios de ética biomédica”, propuseram quatro princípios básicos que deveriam nortear o tratamento e as pesquisas com seres humanos: respeito à autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência. Nascia aí a chamada “bioética principialista”, até hoje importante norteadora das relações éticas no campo biomédico.

Assim, a bioética aparece como uma das principais propostas de paradigma para esses nossos conturbados tempos pós-modernos.

Com os grandes avanços da ciência médica, as principais causas de morte no início do século passado, as doenças infecciosas, foram sendo controladas e deram lugar às doenças crônico-degenerativas e neoplásicas. As pessoas passaram a morrer muito mais velhas. Havia uma expectativa de que todas as

doenças seriam superadas, inclusive a morte, que passa a ser vista como inimiga final a ser obstinadamente adiada, e finalmente vencida.

O próprio conceito de morte mudou nesse período. Hoje é possível ressuscitar pessoas cujo coração parou e, através do diagnóstico de morte encefálica, nos depararmos nas UTIs com pessoas mortas, mas com o coração ainda batendo. Situações de terminalidade tornaram-se um dos principais desafios de nossos dias. Apesar de toda tecnologia médica disponível, como lidar com uma pessoa que está em processo de morrer?

A busca pelo equilíbrio das intervenções médicas, o cuidado para evitar o frequente excesso de intervenções a “obstinação terapêutica”, prolongamento do sofrimento dos pacientes e familiares estes devem ser os objetivos do cuidado humanizado da terminalidade. Fundamentalmente, tendo em vista os princípios bioéticos, o respeito à autonomia do paciente e seus familiares, promovendo decisões suficientemente esclarecidas e compartilhadas; a utilização judiciosa dos recursos, encarados agora como paliativos, visando à beneficência, mas acima de tudo, nesta fase, à não-maleficência; e a justiça do acesso equilibrado aos inúmeros recursos disponíveis.

Precisamos exercitar nossa sensibilidade e nos perguntar sobre a finalidade do tratamento. Será que prolongar por mais algumas horas ou dias a vida de um paciente inconsciente, invadido por sondas e cateteres, com várias funções substituídas por equipamentos, é o objetivo do tratamento? Vamos conseguir mudar o destino final deste paciente? Vamos alterar a qualidade da vida que lhe resta para melhor?

É esta complexa reflexão, com um profundo efeito humanizador no contato entre o paciente, sua família e a equipe de saúde, que vai se tornar o fundamento para uma tomada de atitude que tem sido chamada em nossos dias de ortotanásia.

Prof. Dr. Flávio César de Sá

Prof. Dr. Venâncio Pereira Dantas Filho

PROFESSORES DO MÓDULO DE BIOÉTICA E ÉTICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

Residência Médica da FCM - parte 2

Na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp a residência médica teve início em 1966 com um programa de ginecologia. Gradativamente, outros programas foram sendo implantados.

Com a regulamentação e a criação da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), os programas passaram a ser avaliados e vistoriados por essa comissão. Gradativamente, os vários programas foram sendo criados e hoje, a FCM da Unicamp, tem cerca de 500 residentes em 79 programas de residência médica, desde os programas básicos, como cirurgia, clínica, pediatria e tocoginecologia, bem como os programas das especialidades em cada área de atuação, como cirurgia torácica, vascular, plástica, gastroenterologia cirúrgica, pediátrica, urologia e outros. Na clínica médica, tem-se os programas das especialidades como alergia e imunologia, cancerologia clínica, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, pneumologia, reumatologia e outros. Além deste nível, há ainda os programas de áreas de atuação, como a ultrassonografia na tocoginecologia, cirurgia endovascular na cirurgia vascular, endoscopia digestiva e hepatologia na gastroenterologia, neurofisiologia na neurologia, diversas áreas da pediatria, psiquiatria da infância e adolescência e psicoterapia na psiquiatria, transplantes nas áreas que fazem transplantes de coração, fígado, rim, pulmão e medula óssea. A figura 1 mostra a evolução do número de bolsas para médicos residentes na FCM da Unicamp.

O período da residência médica é um tempo de grande dedicação por parte do médico, com uma grande carga de trabalho, por isso é chamado também de treinamento em serviço, em que em poucos anos ele se desenvolverá rapidamente no conhecimento e na prática da medicina em sua área de escolha.

É um “estado” de vida profissional onde deve ocorrer: dedicação integral e exclusiva; treinamento intenso, contínuo e permanente; desenvolvimento psico-

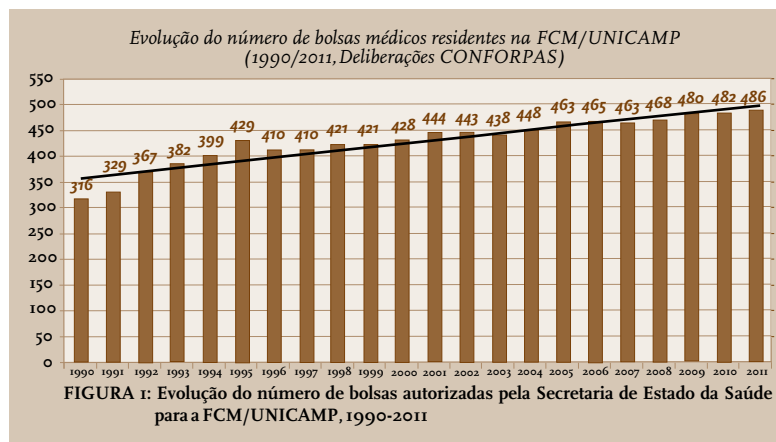
motor (treinamento); desenvolvimento cognitivo (ler, estudar, discutir, ouvir, observar e participar de reuniões); desenvolvimento humanístico (exemplos, convívio, dedicação desinteressada por retorno financeiro).

Hoje, por se tratar de curso de especialização ao nível de pós-graduação, os médicos residentes, ao término do período de treinamento, podem também ter um diploma como pós-graduação *lato sensu*, permitindo ter o diploma pelo MEC como especialista na área que escolheu e um diploma da pós-graduação. Para isso, deverão entregar um trabalho de conclusão de curso, obtendo então o seu certificado.

A residência médica é o melhor período na vida do médico, apesar de todo o esforço, tempo, responsabilidade, compromisso e dedicação que deverá ter. A residência médica é o melhor instrumento didático na formação de um profissional competente e idôneo, além de se tornar consciente de que no estudo está o seu aprimoramento.

Ninguém esquece este período da vida. Os que não o fizeram, provavelmente terão dificuldade em se inserir no mercado de trabalho. Os que o fazem, certamente terão oportunidade maior de poder exercer uma medicina segura, competente e atualizada aos seus pacientes.

A residência médica é o melhor período na vida do médico, apesar de todo o esforço, tempo, responsabilidade, compromisso e dedicação que deverá ter. A residência médica é o melhor instrumento didático na formação de um profissional competente e idôneo, além de se tornar consciente de que no estudo está o seu aprimoramento.



Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes

PROFESSOR LIVRE-DOCENTE DO DEPTO. DE CIRURGIA E
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA
(COREME) FCM, UNICAMP

Neusa de Fátima Zanotto do Carmo

ASSISTENTE TÉCNICO DE DIREÇÃO DA COREME
FCM, UNICAMP

Consenso global sobre a responsabilidade social das escolas médicas - parte 2

A escola médica deve se comprometer com um processo periódico de avaliação interna de qualidade e guiada por padrões definidos pela educação, pesquisa e assistência. (...) O cumprimento desse processo é uma parte essencial de uma escola socialmente responsável.

Dando continuidade ao artigo publicado no Boletim de abril de 2011, apresentamos alguns dos elementos que as escolas médicas devem desenvolver para assumir sua responsabilidade social, segundo o *Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools*.

1. Previsão das necessidades de saúde da sociedade

A escola de medicina não é uma instituição apartada da sociedade e nem tampouco se constitui como uma comunidade exclusiva, de forma que lhe influenciam os determinantes políticos, demográficos, epidemiológicos, culturais, econômicos e ambientais, os quais devem se somar, para atender as necessidades de saúde, os valores básicos de relevância, equidade, qualidade e aplicação responsável dos recursos.

2. Associação da escola médica com o sistema de saúde e outros grupos de interesse

A escola médica é fortalecida em seus programas de ensino, pesquisa e extensão quando se associa com as comunidades locais; diferentes categorias profissionais; produtores de políticas de saúde local, regional e nacional, e serviços de saúde de diferentes níveis e complexidades.

3. Adaptação às mudanças dos papéis profissionais dos médicos e outros profissionais de saúde

Em consonância com as necessidades que vão aparecendo na sociedade e com os ajustes necessários aos sistemas de saúde a escola médica produz um conjunto de competências consistentes com os valores do profissionalismo, que incluem, atualmente, ética, trabalho em equipe, competências culturais, liderança e comunicação.

4. Fomentar educação baseada em resultados

A escola médica deve oferecer ao estudante um contato precoce e continuado com experiências de aprendizagem na comunidade, para compreender os determinantes da saúde, adquirir habilidades clínicas apropriadas e identificar estratégias para solucionar problemas e promover saúde.

5. Criar governança responsável e responsiva da escola médica

A escola médica deve administrar eficientemente os recursos existentes para funcionar apropriadamente, bem como buscar novos recursos que lhe permitam assumir a responsabilidade social, garantir número adequado de docentes qualificados, infra-estrutura apropriada e capacidade de implantar/implementar novos serviços de saúde

6. Redefinir o escopo de padrões de educação, pesquisa e serviço de saúde

A excelência acadêmica é reconhecida como a capacidade de brindar programas de educação, pesquisa e assistência que

respondam da melhor maneira aos desafios da saúde, das necessidades da sociedade e que produzam impacto no campo da saúde. Em consonância com os princípios de responsabilidade social o alcance dos padrões deve refletir um contínuo de identificação de problemas, eleição de estratégias, processos administrativos, resultados e impacto na saúde individual e populacional.

7. Suportar mudanças permanentes da qualidade da educação, pesquisa e serviços

A escola médica deve se comprometer com um processo periódico de avaliação interna de qualidade e guiada por padrões definidos pela educação, pesquisa e assistência. Assim, deve-se utilizar sistemática e periodicamente o uso de instrumentos de avaliação institucional, de forma transparente, construtiva e aberta a todos os grupos interessados. O cumprimento desse processo é uma parte essencial de uma escola socialmente responsável.

8. Estabelecer mecanismos centrais de acreditação

As escolas médicas deverão ser acreditadas por uma agência reconhecida de acordo com os mecanismos estabelecidos em cada país e região, de maneira regular e prevendo mudanças entre os intervalos de avaliação. Deve se observar que a acreditação propicia a mudança institucional e, por isso, merece ser apoiada ativamente pelas autoridades acadêmicas e nacionais de saúde.

9. Equilibrar princípios globais com contextos específicos

Os princípios de responsabilidade social são universais e devem ser adotados em todo o mundo, uma vez que incrementam a capacidade de identificar e enfrentar os desafios do campo da saúde com: qualidade, equidade, relevância, inovação e uso apropriado de todos os recursos disponíveis. Todavia, a adaptação dos elementos da responsabilidade social aos contextos locais é essencial.

10. Definir o papel na sociedade

A escola médica deve assumir sua responsabilidade social equilibrando seus interesses e autonomia institucional com as demandas dos diferentes grupos de interesse e da sociedade civil. Este é um verdadeiro desafio.

Este Consenso construído por representantes de 130 diferentes instituições de ensino médico não deixa dúvida que a escola médica deve assumir sua responsabilidade social. Assim como, não aponta atalhos e cobra trabalho árduo e continuado para que não haja espaço para a realização de “reformas sem mudanças”.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

NOTAS

*A Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp premiou no dia 12 de maio os melhores trabalhos apresentados durante a 5ª Semana de Pesquisa da FCM, evento que reuniu pesquisas de alunos de pós-graduação e de iniciação científica. Inicialmente, apenas cinco trabalhos seriam premiados, mas devido a qualidade e pontuação das pesquisas, 14 foram contemplados, 10% do total de trabalhos inscritos. Os cinco primeiros trabalhos receberam uma ajuda de custo para participação em um congresso nacional a critério do pesquisador. Os demais receberam uma menção honrosa. “Esse ano nós enfatizamos as apresentações dos trabalhos. Cada trabalho foi avaliado por quatro avaliadores. Dois pares antes da apresentação e dois pares durante a exposição. O nível foi muito bom para todos. O prêmio é um estímulo para o aluno. Além disso, todos os trabalhos estão publicados em forma eletrônica e podem ser incluídos no currículo de cada participante”, explicou o neurologista e coordenador da Câmara de Pesquisa da FCM, Fernando Cendes.

Os cinco trabalhos premiados foram:

- *Atividade antitumoral de derivados do nitroestireno: mecanismos in vitro de morte em células do tumor ascítico de Ehrlich*, de Andrana Karla Calgarotto, da área de Farmacologia;
- *FMNL1 expression in cell of MDS patients and their CD4:CD8 T-cell ratios*, de Matheus R. Lopes, da área de Fisiopatologia Médica;
- *Obesidade diminui sinais de saciedade através da s-nitrosação na via de sinalização da insulina*, de Carlos Kiyoshi Katashima, da área de Clínica Médica;
- *Conhecimento, atitudes e práticas dos detentos, dos funcionários do presídio e da rede pública de*

saúde de Hortolândia, SP, sobre tuberculose e HIV/Aids, de Sérgio Ferreira Júnior, da área de Saúde Coletiva;

- *Estudo da participação de IL-17 na paracoccidiodomicose humana: efeito do tratamento com IL-17 e IL-23 sobre a atividade fungicida e capacidade migratória de neutrófilos*, de Munir Regini Paião, da área de Ciências Médicas.

A ordem dos trabalhos premiados não representa classificação.

A menção honrosa ficou para os seguintes alunos: André Lisboa Rennó, Andrea Moro Caricilli, Cláudia Oliveira Facure, Fernanda G. Fraga, Gustavo Jacob Lourenço, Jaíra Ferreira Vasconcellos, Mariana Lazarini, Márcia E. Morita e Marina Coelho Gonzales.

- *Pesquisa realizada com 500 crianças de Campinas para saber a que tipo de som elas estão expostas constatou que 29% delas se queixam de perda de audição e 10% nunca passaram por exame de audiometria. Chiado, zumbido e apito no ouvido foram outras queixas relatadas pelas crianças entrevistadas. Para 90% das crianças entrevistadas, quem coloca o som alto são pais, irmãos e familiares que ouvem no carro ou em casa. Os dados foram levantados pela pesquisadora e fonoaudióloga da Unicamp Keila Knobel e apresentados para professores da rede pública e privada de Campinas. De acordo com a pesquisa, desde muito cedo as crianças estão expostas a ruídos que levam a perda auditiva induzida por níveis de pressão sonora elevada (Painpse). O som produzido por brinquedos e livros educativos eletrônicos, por exemplo, podem chegar a até 110 decibéis. Shows, festas, rodeios, fogos de artifício, músicas muito alta em igrejas são outros fatores que contribuem para a perda

auditiva, principal causa de surdez nos Estados Unidos. Além da intensidade, a predisposição genética e o tempo de exposição são fatores determinantes.

“Trabalhadores expostos ao ruído de 85 decibéis estão seguros durante 8 horas. A cada cinco decibéis a mais, o tempo que ele pode ficar seguro exposto ao ruído cai pela metade. Festas, shows, concertos, carnaval e fogos de artifício têm 110 decibéis. Uma pessoa poderia ficar exposta por 15 minutos. Mas um show não dura menos que uma hora”, explica Keila.

A perda auditiva é lenta e progressiva. A lesão ocorre na cóclea, uma região muito delicada do ouvido que, uma vez danificada não se regenera, nem mesmo com cirurgia. No caso das crianças, não há parâmetros para medir o tempo de exposição a que elas estão suscetíveis, uma vez que a via auditiva da criança ainda está em processo de maturação e é diferente da do adulto, explica a fonoaudióloga.

“Descobrimos que mais de 40% dessas crianças já estiveram a menos de dois metros da explosão de rojão, conhecidos por causar trauma acústico. Descobrimos também que elas não gostam de som intenso. As crianças tapam os ouvidos, relataram os pais. Mas isto cria um hábito e elas associam o som alto à diversão, à alegria e ao entusiasmo e levam para a adolescência”, explica Keila.

Ainda de acordo com a pesquisa, que foi coordenada pela professora Maria Cecília Pinheiro Lima, do Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação (Cepre) da FCM da Unicamp, a perda auditiva, mesmo leve, causa dificuldades no aprendizado. Por isso, o foco é na prevenção e na conscientização de pais e educadores.

“Não é de espantar que adolescentes ouvem o som no

último. Não temos como brigar com eles. Temos que construir um currículo onde o professor inclua o tema em aulas de ciência, física e química. As crianças, conscientes, podem cobrar mudanças de atitudes dos pais”, diz Keila.

EVENTOS DE MAIO

Dia 4

* *I reunião científica multidisciplinar*
Horário: 12h30
Local: Anfiteatro Paulistão

Dia 6

* *Saúde Coletiva ao meio-dia*
Horário: 12h30
Local: Anf. Depto. de Medicina Preventiva e Social da FCM

* *Abertura da 5ª Semana de Pesquisa da FCM com a participação de Glaucius Oliva, presidente do CNPq*
Horário: 14 horas
Local: Auditório-5 da FCM

De 9 a 12

* *Semana de Pesquisa da FCM*
Horário: das 9 às 17 horas
Local: Salão Nobre e Espaço das Artes

Dia 11

* *Lançamento do Boletim 36 Mortalidade por neoplasias*

Horário: 14 horas
Local: Anfiteatro 1 da FCM

Dias 12 e 13

* *Fórum de coordenadores de pós-graduação em Saúde Coletiva*
Horário: das 9 às 17 horas
Local: Auditório da FCM e Sala da Congregação

Dias 12 a 20

* *Semana Brasileira de Enfermagem*
Horário: das 9 às 12 horas
Local: Anfiteatro do HC e auditório da FCM

Dia 14

* *VI Jornada de neuroreabilitação na infância e na adolescência*
Horário: das 8 às 18 horas
Local: Auditório da FCM

Dia 17

* *Diálogos universitários*
Horário: das 18h às 23h30
Local: Auditório da FCM

Dia 23

* *Seminário da Disciplina de Políticas Públicas do Mestrado de Saúde Coletiva com a participação de Helvécio Miranda Magalhães Jr., do Ministério da Saúde*
Horário: das 14 às 17 horas
Local: Auditório da FCM

Dia 25

* *Dia Mundial da Tireoide*
Horário: das 14h30 às 17h
Local: Anfiteatro do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp

* *Encontros mensais GEDoCh*

Horário: 11h30
Local: Anfiteatro Departamento de Clínica Médica

Dia 26

* *Aniversário do Cepre*
Palestra "Os desafios da pesquisa qualitativa no Brasil" com Maria Cecília de Souza Minayo
Horário: 9 horas
Local: Auditório da FCM

* *Conferência educação a distancia e educação baseada em competências na saúde*

Conferencista: Janet Grant
Horário: 10 e 14 horas
Local: Salão Nobre da FCM

Dia 27

* *INCT obesidade e diabetes*
Atividade: Nutrição e qualidade de vida com alunos do ensino fundamental de Campinas
Horário: 14 horas
Local: Anfiteatro I e arenas do prédio de Habilidades

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 Dalgalarroondo
Radiologia
 Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta
Tocoginecologia
 Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto
Coord. Comissão de Pós-Graduação
 Prof. Dr. José Barreto C. Carvalho
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 (CIPEP)
 Prof. Dr. Gil Guerra Junior
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. 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. Carvalho e subcomissões de Pós-Graduação

Biótica 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