

História da psiquiatria infantil: as conquistas do século XX



Leo Kanner (1894-1981)

Instalada em um enclave de disciplinas (psiquiatria geral, pediatria, neurologia, psicologia, pedagogia e sociologia), a psiquiatria infantil, cujas raízes históricas poderiam ser encontradas nas experiências educativas e pedagógicas dos séculos XVIII e XIX, precisou de um longo período para se firmar como disciplina médica.¹

Foi somente no século XX, com a realização do primeiro congresso internacional de psiquiatria infantil, ocorrido em 1937 em Paris, que a psiquiatria de crianças passou a ser confirmada como especialidade da medicina, propiciando a criação da primeira cátedra universitária dedicada ao ensino da disciplina na França.

Já na primeira década do século XX, começaram a ser utilizados testes psicométricos de inteligência, a partir dos estudos do médico francês Alfred Binet (1857-1911). Também se iniciaram os movimentos de higiene mental, baseados especialmente nos trabalhos do americano Clifford Whittingham Beers (1876-1943), um ex-interno de hospital psiquiátrico que publicara sua autobiografia em 1908, e passara a defender os direitos dos pacientes com transtornos mentais.

Além disso, o século XX foi marcado pela descrição de inúmeras novas formas de adoecimento mental acometendo a criança. A partir da descrição da demência precoce, denominação inicial para a esquizofrenia, feita por Kraepelin (1856-1926) em 1893, o italiano Sancte de Sanctis (1862-1935), publicara entre 1906 e 1909, uma série de artigos dedicados às formas precoces da doença, a que denominou demência precocíssima. Em 1908, o educador austríaco Theodore Heller apresentara o caso

de crianças com grave deterioração mental, a partir dos três anos de idade, denominando o quadro de “dementia infantilis”.

Ao longo da década de 20 surgiram, nos Estados Unidos, os primeiros centros de reeducação para delinquentes infantis e, na década seguinte, serviços especializados na orientação de crianças e de pais. Em 1943, Leo Kanner (1894-1981), psiquiatra de origem austríaca naturalizado americano, descrevera o “autismo infantil precoce”. Uma década antes, Kanner havia criado no John Hopkins Hospital, em Baltimore, o primeiro serviço de interconsulta psiquiátrica de crianças.²

O surgimento da psicanálise é, sem dúvida, outra marca importante do século XX. As descobertas de Sigmund Freud (1856-1939) acerca do funcionamento mental da criança, trouxeram contribuições significativas, influenciando a psiquiatria infantil ao longo de todo o século. Desenvolvimentos posteriores na teoria psicanalítica, ampliaram a compreensão do universo infantil, por meio dos trabalhos de Anna Freud (1895-1982), Melanie Klein (1882-1960), Bowlby (1907-1990) René Spitz (1887-1974) e Donald Winnicott (1909-1983).³

A partir dos anos 70, o surgimento de novos medicamentos psicofármacos, as pesquisas em neuroimagem, os avanços teóricos e o desenvolvimento dos sistemas de classificação diagnóstica, permitiram que a psiquiatria de crianças encontrasse seus próprios métodos e se afirmasse como importante área dentro da medicina.

Hoje, ela está presente em muitos países, como especialidade médica, na programação curricular de cursos de medicina ou em residências médicas em psiquiatria, beneficiando, com suas práticas e seu saber, crianças que padecem do sofrimento psíquico em vários lugares do mundo.

NESTA EDIÇÃO:
Pós-Graduação em Cirurgia ou ciências da cirurgia?

VEJA TAMBÉM:
Diretrizes para abordagem do tabagista: parte 1

Ética em pesquisa: o estudo “Tuskegee” na sífilis

Avaliação dos distúrbios da linguagem escrita na Clínica Fonoaudiológica

Medicina Baseada em Evidências: um outro enfoque

Lopes de Faria, uma vida dedicada à Anatomia Patológica

Prof. Antonio Carvalho de Ávila Jacintho
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
FCM, UNICAMP

Pós-Graduação em Cirurgia ou ciências da cirurgia?

O Curso de Pós-Graduação em Cirurgia, fundado em 1988, vem evoluindo nos últimos anos, procurando adaptar-se às novas determinações tanto da Capes como da Comissão Central de Pós-Graduação da Unicamp, sem, no entanto, perder a sua finalidade precípua de estimular a pesquisa em Cirurgia. A dedicação de sucessivos coordenadores, aliado ao esforço dos docentes orientadores, resultou na melhora do desempenho do Programa, que alguns indicadores qualificam como um dos melhores do Brasil. Do ponto de vista de produção científica, o Programa da Cirurgia da Unicamp publicou 196 artigos em revistas especializadas no último triênio, o que o coloca em terceiro lugar entre os Programas da Medicina III, ficando aquém, apenas, dos Cursos de Tocoginecologia da Unicamp e da Oftalmologia da Unifesp. Mais da metade desses artigos foram publicados em revistas de circulação internacional (Figura 1 - dados fornecidos pela Capes), numa distribuição semelhante e ligeiramente melhor do que o conjunto da Medicina III. Se considerarmos apenas as publicações em revistas de circulação internacional, tendo em vista que o corpo docente permanente do curso contou, nesse triênio, com 20 docentes em média, verificamos que a produção científica do Programa resultou em uma média de 1,78 artigos internacionais (PubMed no mínimo) por ano, por docente, que, segundo os critérios da Capes, é o desejável num curso com nota 5.

A recente mudança de nome do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia para Curso de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia tem como um dos objetivos principais estimular a entrada no Programa de profissionais da área da saúde, não cirurgiões, promovendo a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de pesquisa translacional.

As disciplinas do Programa vêm sendo atualizadas, privilegiando um núcleo central de preparação em metodologia dos trabalhos científicos, buscando aprimorar a formação do docente pesquisador que possa nuclear novos centros de pesquisa pelo Brasil afora.

No entanto, ainda temos bastante a melhorar. Por exemplo, a nossa produção de teses (55 ou seja 0,91 teses por docente, por ano, no triênio) apesar de superior à média da Medicina III (35 teses e dissertações) ainda é baixa. Seria desejável, também, que pudéssemos aumentar o número de alunos de iniciação científica com bolsa que participam das atividades de pesquisa do Programa, uma vez que estes serão os nossos próximos alunos de Pós-Graduação, qualificados durante a graduação.

No entanto, a nossa maior preocupação está nas novas regras da Capes no que se refere aos critérios de classificação das revistas. Como se pode ver pelos dados da Figura 2, embora mais de 50% das publicações dos docentes do Programa seja em revistas internacionais, o índice de impacto médio das revistas da nossa área ainda é baixo. Pior ainda, as revistas nacionais não têm índice de impacto, assunto esse que, acredito, mereceria uma discussão séria com a Capes.

Assim, se desejamos melhorar o nosso conceito na Capes, precisamos publicar melhor. Para isso precisamos melhorar a qualidade de nossos estudos clínicos, facilitando a sua aceitação por revistas de maior impacto. Para isso, consideramos importante a formação de um núcleo de Pesquisa Clínica em Cirurgia, nos moldes observados em outras Universidades do país e do exterior, que orienta e auxilia o pesquisador com os aspectos éticos, planejamento, organização, condução e análise de tais

estudos. Tal projeto se encontra em discussão nos fóruns da Faculdade.

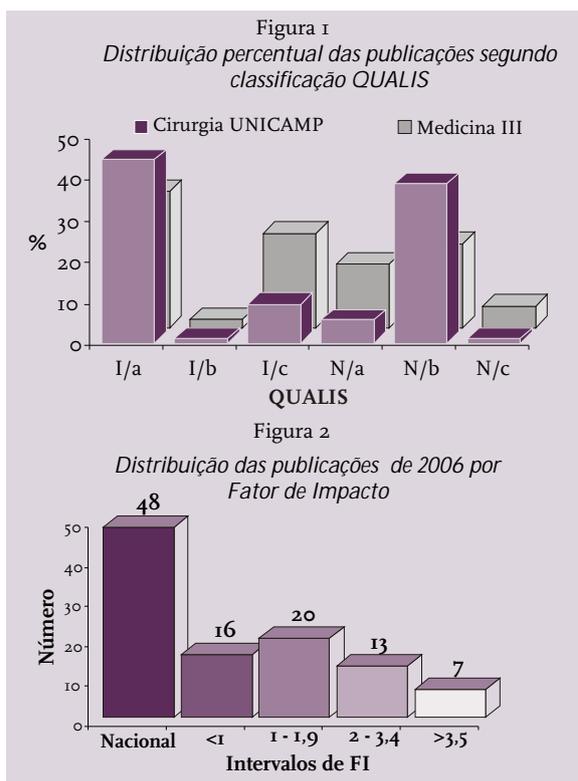
Por outro lado, é necessário estimular a cooperação entre pesquisa clínica e pesquisa básica dentro do nosso Programa, promovendo o desenvolvimento de pesquisa translacional, ou seja, aquela que transforma a descoberta da academia numa ferramenta de uso médico. Isto só pode ser feito por meio da associação, dentro do programa, com profissionais com competência nas áreas afins.

A recente mudança de nome do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia para Curso de Pós-Graduação em Ciências da Cirurgia tem como um dos objetivos principais estimular a entrada no Programa de profissionais da área da saúde, não cirurgiões, promovendo a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de pesquisa translacional. É intenção do Programa que não só alunos, mas também orientadores de outras áreas não cirúrgicas, básicas ou clínicas (genética, biologia, psicologia, educação e outras) sejam agregados ao Programa, promovendo a discussão, a integração e o surgimento de novas linhas de pesquisa atualizadas.

Estas são apenas algumas das novidades que procuramos incluir no nosso Programa. Acreditamos que possam contribuir, de alguma forma, para o desenvolvimento de pesquisa de alto nível, publicada em revistas de impacto internacional e resultando na formação de mestres e doutores que possam difundir as Ciências da Cirurgia em outros lugares do Brasil e do exterior.

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff-Silva

COORDENADOR DA SUBCOMISSÃO DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA CIRURGIA
FCM, UNICAMP



Diretrizes para abordagem do tabagista: parte 1

O tabagismo manteve-se como hábito glamorizado por décadas. Todavia, em meados de 1970, foi publicado o primeiro relatório oficial, afirmando que fumar contribui para o desenvolvimento de graves doenças.^{1(D)} Em 1988, um novo relatório concluiu que a nicotina presente no cigarro e em outros produtos do tabaco é uma droga que provoca dependência. A partir daí, o combate ao fumo e seus malefícios ganhou fôlego; além de abordagens preventivas, novas técnicas terapêuticas e farmacoterápicas efetivas foram desenvolvidas.^{2(D)} Paralelamente, tem havido uma conscientização crescente por parte dos profissionais da saúde e da população sobre os danos à saúde representados pelo tabagismo. Apesar disso, ainda há deficiências na abordagem e escassez de medidas de intervenção. Levantamento realizado em 2005 apontou que 10,1% da população brasileira de 12 a 65 anos é dependente de tabaco.^{3(A)}

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por quatro milhões de mortes/ano no mundo e 80 mil no Brasil.^{4(D)} A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante. Entre as 25 doenças relacionadas ao hábito de fumar, todas são causas de morte, sendo as principais: doenças cardiovasculares (43%), câncer (36%) e doenças respiratórias (20%).^{5(D)} Uma em cada três mulheres continua a fumar na gravidez.^{6(B)} O tabagismo materno é o principal fator de risco evitável de problemas perinatais.^{7(B)}

Dependência

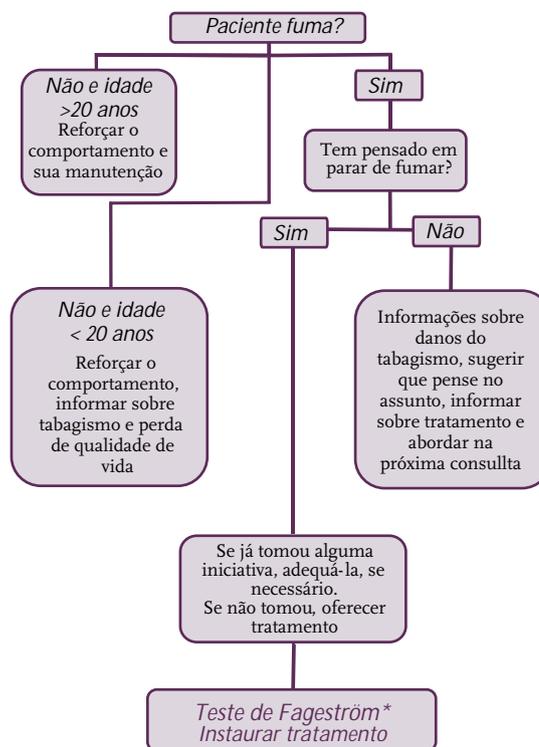
A dependência de nicotina apresenta três mecanismos para sua manutenção: o reforço positivo (devido à ação da nicotina na Área de Recompensa Cerebral, liberando dopamina e resultando em sensações prazerosas, bem como a ação nos receptores acetilcolinérgicos do tipo nicotínico tanto centrais como periféricos, proporcionando aumento da disposição, do estado de alerta e da atenção e redução do apetite); o condicionamento (desencadeado por estímulos ambientais e emoções positivas e negativas associadas ao ato de fumar) e o reforço negativo (manutenção do uso para evitar o desconforto proporcionado pelos sintomas da síndrome de abstinência, principalmente ansiedade, disforia, aumento do

apetite, irritabilidade e dificuldade de concentração).

Intervenção no tabagismo

- 1) Avaliar o grau de motivação do paciente para parar de fumar e adequar sua intervenção à motivação (transformar resistência em possibilidade, possibilidade em decisão, decisão em ação e oferecer auxílio para que a ação seja efetiva, disponibilizando estratégias de tratamento);
- 2) Avaliar a presença de comorbidades;
- 3) Rever as tentativas anteriores de parada e as razões de fracasso para não repeti-las;
- 4) Conhecer os temores do paciente (por exemplo ganho de peso; fissura) para orientá-lo;
- 5) Sugerir que o paciente marque uma data de parada.

O organograma abaixo serve de orientação:



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. Renata Cruz Soares de Azevedo

Profª. Dra. Marília Montoya Boscolo

Profª. Dra. Celina Matiko Higa

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
FCM, UNICAMP

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por quatro milhões de mortes/ano no mundo e 80 mil no Brasil.

1. Musk AW, DeKler NH. History of tobacco and health. *Respirology* 2003; 8:286-90.

2. Laranjeira et al. "Usuários de substâncias psicoativas" 2ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2005.

3. Carlini EA (sup), Galduróz JCF (coord.). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

4. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest, A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respirology*, 2005;10:63-69.

5. Centers for Disease Control and Prevention Cigarette smoking and health among adults. United States, 1993- MMWR 1994;43:925-30.

6. Roucourt S. Tratamento da dependência nicotínica durante a gravidez. *Psiquiatria na prática médica*, 2001.

7. Semenic S, Edwards N. Do canadian prenatal records support evidence-based practices to reduce maternal smoking? *J Obstet Gynaecol Can*, 2006.

Ética em pesquisa: o estudo “Tuskegee” na sífilis

Embora os participantes fossem submetidos a exames clínicos regulares, nada era informado a eles sobre estarem infectados pela sífilis. Também, durante todo o desenrolar do projeto, o SSP não apenas negou tratamento aos participantes como também impediu que outras agências o fizessem.

Em 1928, o diretor dos serviços médicos para o fundo “Julius Rosenwald”, uma instituição de caridade baseada em Chicago, procurou o Serviço de Saúde Pública (SSP) dos EUA com a finalidade de buscar alternativas para melhorar a saúde de afro-americanos do sul do país, pois um estudo recente da prevalência de sífilis entre trabalhadores negros havia mostrado que cerca de 25% dos indivíduos eram portadores da doença.

O SSP dos EUA e o fundo Rosenwald colaboraram inicialmente no tratamento desses indivíduos, porém durante a fase de implementação do programa sobreveio a Grande Depressão. O fundo Rosenwald foi duramente afetado e retirou seu suporte.

Durante este período, havia um debate ocorrendo nos círculos médicos sobre a possibilidade de variação racial nos efeitos da sífilis. O doutor Taliaferro Clark do SSP sugeriu que o projeto poderia ser parcialmente “salvo” com a condução de um estudo prospectivo sobre os efeitos da sífilis não tratada em seres humanos e sua sugestão foi acatada.

Nos estágios iniciais do projeto, o SSP contou com a participação do Instituto Tuskegee, com um histórico de serviços já prestados aos afro-americanos locais e, como retribuição, o Instituto recebeu dinheiro, treinamento para seus internos e emprego para suas enfermeiras. Adicionalmente, o SSP recrutou líderes religiosos negros, líderes comunitários e fazendeiros para encorajar a participação dos sujeitos.

Congresso investiga o assunto

Nessa época, os afro-americanos quase não tinham acesso a serviços médicos. Para muitos participantes, o atendimento prestado pelos médicos do SSP representou o primeiro exame clínico que eles haviam recebido durante suas vidas. Juntamente com os exames médicos gratuitos, alimentação e transporte eram oferecidos aos participantes, facilitando o recrutamento. Auxílio funeral foi instituído em troca da obtenção da permissão dos familiares para a realização de necropsias nos pacientes falecidos. Embora os participantes fossem submetidos a exames clínicos regulares, nada era informado a eles sobre estarem infectados pela sífilis. Também, durante todo o desenrolar do projeto, o SSP não apenas negou tratamento aos participantes como também impediu que outras agências o fizessem.

Em 1943, o SSP iniciou o uso da penicilina no tratamento da sífilis, excluindo sistematicamente deste benefício os participantes do estudo. A partir de 1952, o SSP começou a se valer dos departamentos locais de saúde para rastrear os sujeitos que haviam deixado seus condados de origem, co-participação que durou até o final do estudo nos anos de 1970, para evitar que os sujeitos fossem tratados.

O projeto só foi encerrado em 1972 quando Peter Buxton, um entrevistador sobre doenças venéreas e investigador do SSP que vinha tentando discutir oficialmente o assunto desde 1966, contou a história do estudo “Tuskegee” a um repórter da Associated Press e a história apareceu nas primeiras páginas dos principais jornais do país.^{1,2}

Em 1973, o senador Edward Kennedy criou um subcomitê no Congresso para investigar o assunto, resultando numa revisão completa das regulamentações de Saúde, Educação e Bem-Estar, envolvendo seres humanos.

Assim, o estudo “Tuskegee” na sífilis continua sendo um dos mais chocantes exemplos de pesquisa conduzida fora dos princípios básicos de conduta ética e a publicidade, acerca do estudo, foi um dos maiores fatores de influência na regulamentação da ética em pesquisa com seres humanos.



Prof. Dr. Sebastião Araújo
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
FCM, UNICAMP

1. Jones, J. (1981). Bad blood: The Tuskegee syphilis experiment. A tragedy of race and medicine. NY: The Free Press;

2. <http://www.tuskegee.edu/global/story>.

Avaliação dos distúrbios da linguagem escrita na Clínica Fonoaudiológica

Segundo dados do IBGE, 8,45 das crianças entre sete e 14 anos de idade ainda não sabem ler e escrever, mesmo estando matriculadas em escolas. Isso significa que de 24,8 milhões de crianças nessa faixa etária, 1,1 milhão não leem e nem escrevem, o que é considerado um dado alarmante se somado aos altos índices de analfabetismo prevalentes no Brasil. Nesse cenário, inúmeras crianças em idade escolar são encaminhadas todos os anos às clínicas (fonoaudiológica, psicológica, neurológica) com queixas de distúrbios ou atrasos de linguagem oral e/escrita. Muitas dessas queixas estão relacionadas às trocas na fala (dislalias, disartrias), dificuldades de aprendizagem em geral, dislexia, alterações no processamento auditivo, transtornos articulatórios, falta de atenção, falta de memória e outros.

Na verdade, essa situação denota que a concepção clínica, na área das dificuldades de leitura e escrita, tende a privilegiar todos os acontecimentos no processo de aquisição da linguagem, por parte da criança, como algo homogêneo e inerente ao funcionamento orgânico. Nos casos em que há alterações, tais diferenças são vistas como algo da ordem do patológico ou do desvio. Nesse sentido, a leitura e a escrita são entendidas como o domínio da grafia das letras e como a associação de grafema/fonema pela criança antes de a mesma proceder à focalização de sílabas e ao reconhecimento de palavras.^(A) Tal perspectiva, alinhada a correntes conhecidas como organicistas, enfatiza os aspectos gráficos da linguagem escrita.²

Na tentativa de conceber a linguagem e a sua aquisição como fenômeno complexo, outra perspectiva, dentro da qual nos inserimos, privilegia, por um lado, as características do objeto a ser apreendido e por outro, as práticas que possibilitam a sua aquisição, além dos fatores de ordem psicológica. Assim, concebe-se a escrita como produto e processo de cultura, relacionada a operações simbólicas que permitem aos seres humanos não apenas codificar e decodificar símbolos, mas também selecionar os sentidos pertinentes dentre os possíveis e operar com as diferentes funções da linguagem. A compreensão da escrita como objeto cultural leva à ideia de que a sua aquisição é um processo que envolve o conhecimento linguístico, o ambiente cultural, os aspectos psicológicos e a relação com as práticas. A aquisição da escrita pode ser assim

entendida como uma função do modo de participação dos indivíduos na cultura escrita.^{3(B)}

Do ponto de vista clínico, essa concepção de linguagem leva à compreensão do processo de aquisição como dinâmico e complexo. Assim, as trocas, as omissões, as substituições, as rupturas com o sistema não devem ser vistas, necessariamente, como indicadores de distúrbios, mas sim como parte do processo, como estados em que a criança opera sobre a língua, tentando entendê-la ou organizá-la de acordo com a relação que ela estabelece a cada momento com a cultura letrada. Isso significa compreender a linguagem como constituída nas relações sociais, sendo o espaço de constituição do sujeito, no qual conhecimento de mundo e do outro estão intimamente relacionados.

A partir dos pressupostos acima, o trabalho de acompanhamento de sujeitos com dificuldades de aquisição da linguagem (oral/escrita) na Clínica Fonoaudiológica tem como proposta a avaliação cuidadosa, visando a distinção entre as dificuldades de aquisição caso mais frequente, decorrente geralmente de condições desfavoráveis de acesso à linguagem e aqueles oriundos de fatores biológicos e fisiológicos, estes sempre em menor número.

Reconhecer isso implica em aceitar que o desenvolvimento linguístico não é linear, nem cumulativo e está sujeito a idas e vindas em um processo de objetivação da linguagem escrita pela criança em situações dialógicas e partilhadas. Esse fato implica em reconhecer que o erro é constitutivo do processo de acerto e que errar pode ser, dentro dessa concepção, a possibilidade de trabalho de reflexão do sujeito e de suas ações com/na/e sobre a língua(gem).^(C, D)

A. O processamento fonológico como habilidade necessária à alfabetização tem sido reforçada nos últimos anos, sustentando uma correlação positiva entre desempenho em tarefas de consciência fonológica e a aquisição da escrita.

B. Orton, (1937). Foi um dos precursores desta linha e influenciou uma série de pesquisas posteriores.

C. A noção de erro é aqui compreendida como indícios de reflexão da criança sobre a linguagem.

D. Dá-se o nome de atividade epilingüística ao trabalho reflexivo e de transformação elaborado pela criança, objetivando a linguagem e elaborando hipóteses de funcionamento para um dado momento de conflito em relação à linguagem escrita.

Do ponto de vista clínico, essa concepção de linguagem leva à compreensão do processo de aquisição como dinâmico e complexo. Assim, as trocas, as omissões, as substituições, as rupturas com o sistema não devem ser vistas, necessariamente, como indicadores de distúrbios, mas sim como parte do processo(...)

1. Capovilla, A.G.S. & Capovilla, F.C. (2000). Problemas de Leitura e Escrita. Como identificar, prevenir e remediar numa abordagem fônica. Ed. Memnon. 2a. Edição.

2. Abaurre, MBM (1997) Cenas de aquisição da escrita. O sujeito e o trabalho com o texto. (Orgs.) Abaurre, M.B.M.; Fiad, R.S.; Mayrink-Sabinson, M.L. Ed. Mercado de Letras.

3. Orton, S (1937) Reading, writing and speech problems in children. London: Chapman Hall.

4) Vigostsky, L. S. Formação Social da Mente. São Paulo. Martins Fontes, 1984.

*Profª. Dra. Ivani Rodrigues Silva
Profª. Dra. Adriana F. de Laplane
Profª. Dra. Maria Cecília M. P. Lima
CEPRE/IEL, FCM, UNICAMP*

Medicina Baseada em Evidências: um outro enfoque

O Boletim da FCM trouxe a algumas edições atrás, nesta seção, um artigo do professor Nelson Filipe de Barros no qual o sociólogo abordava, dentre outros temas, a Medicina Baseada em Evidências (MBE). No texto, Nelson manifestava-se quanto às implicações que as idéias trazidas pela MBE têm para o conhecimento científico, bem como das implicações institucionais e ideológicas que o estudo da MBE pode ter quando fornece, por exemplo, as bases para as diretrizes médicas adotadas pelo Conselho Federal de Medicina. No artigo deste mês, alguns dos professores do módulo Medicina, Evidência e Decisão (MED), ministrado para os alunos do quarto ano do curso médico da Faculdade de Ciências Médicas, pretendem apresentar aos leitores do Boletim da FCM, algumas idéias e conceitos que mostram que a MBE pode ser vista, também, sob outro enfoque.

As evidências trazidas pelos estudos bem elaborados contribuem como argumento para o discurso médico. Esse discurso faz parte do diálogo com o paciente. O paciente busca o médico para ter acesso a essas informações “evidenciadas” e ele, o paciente, traz para esse diálogo o que é ser doente.

Como conceito e ferramenta, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) começou há mais de 20 anos, nos Estados Unidos, como tentativa de padronizar os procedimentos médicos diagnósticos e terapêuticos. Os objetivos visavam diminuir os custos que o atendimento médico e os processos judiciais acarretavam nos gastos da assistência médica naquele país. Ao buscar atender essa demanda, a MBE trouxe ferramentas auxiliares relevantes, que já eram conhecidas, há muito tempo, pelas ciências biomédicas.

Assim, entender a qual medicina nós nos referimos, quando falamos em MBE, bem como entender o que é evidência, são questões fundamentais neste momento. A MBE refere-se à biomedicina. Laín Entralgo define a biomedicina como um conjunto de disciplinas que faz a projeção do ser humano em dois grandes planos: o laboratorial anatomopatológico e o clínico epidemiológico. Desta forma, a partir deste conceito, a MBE abarca apenas uma parte da medicina. A reprodução do evento estudado é o estatuto principal dessas disciplinas. A palavra evidência, por sua vez, é frequentemente usada em diferentes situações e, por esse motivo, vem adquirindo diferentes significados. A raiz etimológica da palavra evidência vem do proto-indoeuropeu. O ramo hindu deu origem à palavra veda que, por sua vez, dá origem à ayurveda, da qual deriva o adjetivo ayurvédica. Em sequência, do grego, deriva uma outra palavra: *árgueia*, que significa “brilho” da qual derivam, entre outras, as palavras arguto, argenta, argumento, da qual se origina a palavra evidência.

Assim, *evidência* tem uma raiz comum com a palavra *argumento* e, com ela, divide significados semelhantes. O argumento e o discurso são conceitos complementares. O argumento, ao mesmo tempo em que complementa o discurso, contrapõe-se a ele. Na medicina e, certamente, em todas as ciências e profissões, existe um discurso. A forma como uma pessoa ou, no caso, o médico fala, é produto de sua formação, do lugar de onde fala, da posição da qual fala e da antecipação que ele faz daquilo que o interlocutor vai entender de sua fala. Essas são características do discurso. A palavra discurso tem a partícula *dis* que é a mesma que utilizada nas palavras *disúria*, *disfagia*, *dispnéia* e que pode ser entendida como dificuldade. Assim, o discurso poderá mostrar a dificuldade de um curso, no caso, as opacidades que existem quando se faz a exposição de uma idéia ou de ponto de vista. O argumento e a evidência são necessários para balizar o discurso.

Finalmente, como evidência está inserida na medicina e na ferramenta MBE? É interessante constatar que evidência, na linguagem da medicina, refere-se àquilo que foi demonstrado, é aquilo que é conclusivo. Neste contexto, seu significado nos remete aos valores que constituem as bases da biomedicina, fundamentados na busca da reprodução do evento. Essa é a evidência que buscamos, da qual fazemos parte a análise crítica e a validação das informações trazidas pelos diferentes estudos.

As evidências trazidas pelos estudos bem elaborados contribuem como argumento para o discurso médico. Esse discurso faz parte do diálogo com o paciente. O paciente busca o médico para ter acesso a essas informações “evidenciadas” e ele, o paciente, traz para esse diálogo o que é ser doente. O médico e o paciente fazem uma partilha na doença, a partilha do sensível de que fala Rancière e, a partir desse diálogo, em que o médico compartilha evidências e argumentos com o paciente que, por sua vez, poderá aceitá-los ou não, é que ele, o paciente, passa a normatizar a sua vida, como diz Canguilhem.

Não faz parte dos objetivos da MED, enquanto disciplina (pioneira no ensino médico no país) que procura estimular/reforçar o espírito crítico da informação biomédica que o aluno recebe. Na sua proposta pedagógica, o módulo MED não propõe, não estimula e não orienta o uso das evidências biomédicas para impor condutas ou procedimentos para o paciente.

Outro fato importante apontado pelo professor Nelson é aquele que fala das formas como a biomedicina tornou-se a prática oficial de diferentes países. Haroche mostra que o Estado, quando fala por meio de normas ou de leis, tem por objetivo a intercambialidade, isto é, tratar a todos de forma indistinta. Esse tratamento faz com que todos sejam transparentes, isto é, possam ser vistos de uma mesma forma e possam ser fiscalizados, ao mesmo tempo em que serve para identificar quem merece a censura ou penalização. O discurso das leis é assim e se aplica a qualquer forma em que o Estado vier a se manifestar.

O curso que é oferecido na FCM que aborda a Medicina Baseada em Evidências e que não por acaso se chama Medicina, Evidências e Decisão, estimula no aluno a análise crítica, isto é, estimula nele o seu individualismo, para aceitar ou recusar os argumentos que lhe são oferecidos, tanto pela biomedicina como pelas outras ciências.

Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Prof. Dr. Ricardo de Lima Zollner

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

FCM, UNICAMP

José Lopes de Faria, uma vida dedicada à Anatomia Patológica

No primeiro dia de janeiro de 2009, aos 91 anos de idade, faleceu o fundador do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. O professor José Lopes de Faria formou-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 1941, tendo sido assistente voluntário daquela Faculdade em 1942 e 1943. Vindo a São Paulo, frequentou voluntariamente o serviço de Anatomia Patológica da Escola Paulista de Medicina, ingressando logo após como assistente no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O ano de 1954 foi particularmente importante para o professor Lopes porque, neste ano, fez estágio no mundialmente conhecido Instituto de Patologia da Universidade de Freiburg, Alemanha, no serviço do professor Büchner, onde desenvolveu pesquisas relacionadas com a fisiopatologia do choque por meio do modelo experimental do colapso ortostático em coelho.

Voltando ao Brasil, Büchner escreve uma carta ao então diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em que, num dos trechos diz: “O professor Lopes demonstrou em suas pesquisas uma sutilíssima capacidade no terreno da morfologia e da patologia experimental”. Em outra carta, endereçada ao professor Richter, diz: “O professor Lopes é um cientista e um professor de escola superior de primeira (até na ponta dos dedos)”.

A vocação e o talento de Lopes de Faria para Anatomia Patológica se manifestaram desde os tempos de estudante na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Publicou, no decorrer de sua carreira, mais de 80 trabalhos, sendo cerca da metade em revistas estrangeiras. Realizou cinco teses e várias monografias. É autor de livros didáticos, destacando-se a *Anatomia Patológica Geral* com três edições e a *Anatomia Patológica Especial* com duas edições. Em seus trabalhos constam

pesquisas originais no campo da hanseníase, esquistossomose, aneurismas dissecantes, alterações morfológicas no choque e aterosclerose.

Em 1965, iniciou as suas atividades na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, onde fundou o Departamento de Anatomia Patológica. Chefe de Departamento rigoroso, conseguiu, em pouco tempo, projetar a Unicamp no cenário da Patologia nacional. Foi também diretor-associado da FCM, no período de 1967 a 1969 e diretor, no período de 1972 a 1976. Transmitiu aos seus assistentes conhecimentos fundamentais em Anatomia



Patológica e sempre incentivou a pesquisa básica ou aplicada, o que permitiu a todos os discípulos desenvolver, em bases sólidas, uma área especializada da Anatomia Patológica.

Como professor, foi estimado por todos que tiveram o privilégio de serem seus alunos, sendo homenageado quase que todos os anos pelos formandos. Carinhosamente, os assistentes o chamavam de “homenageado crônico”. A atuação e a dedicação ao ensino de graduação foram tão marcantes que a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp instituiu o “Prêmio Lopes de Faria” aos alunos

que se destacam durante o curso de Medicina. Aposentou-se compulsoriamente e, em 1987, foi agraciado como professor emérito. Mas, graças ao espírito dinâmico e sempre voltado ao trabalho, continuou ativo no Departamento ainda por vários anos.

Tendo ingressado, como aluno, na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em 1964, tive o privilégio de acompanhar toda a trajetória do professor Lopes de Faria no Departamento de Anatomia Patológica. Privilégio maior, entretanto, foi ter sido seu discípulo e imensamente grato pelo conhecimento que me transmitiu.

Prof. Dr. Athanase Billis
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
FCM, UNICAMP

Em 1965, iniciou as suas atividades na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, onde fundou o Departamento de Anatomia Patológica. Chefe de Departamento rigoroso, conseguiu, em pouco tempo, projetar a Unicamp no cenário da Patologia nacional.

NOTAS

*O Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS), do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, acaba de lançar o Boletim 42 com dados sobre as desigualdades da mortalidade entre homens e mulheres no município de Campinas. Apesar de se observar desde 2000 uma diminuição das desigualdades de mortalidade entre os sexos, graças à queda das taxas de morte dos homens, o risco de óbito dos homens ainda é 1,8 vezes superior ao das mulheres. Na faixa etária de 15 a 29 anos, a taxa de mortalidade dos homens é 6 vezes superior à das mulheres. De acordo com os dados do Boletim, a população masculina em Campinas é menor que a feminina. Enquanto no primeiro ano de vida há 103 meninos para 100 meninas, na faixa de 35 a 59 anos há 92,5 homens para 100 mulheres, razão que declina para 69,7 aos 70 anos de idade. Na população de 80 anos ou mais, existem apenas 55 homens para cada 100 mulheres. Dos óbitos que ocorrem entre os homens, 25,1% acontecem antes dos 50 anos de idade e 42,1% após os 70 anos, ao passo que, nas mulheres, estes valores são respectivamente 14,9% e 61,1%.

Das causas específicas de mortalidade apresentadas no Boletim, os homens têm um risco 4,4 vezes maior de morte por causas externas que as mulheres; 2,2 vezes mais chances de desenvolverem doenças do aparelho digestivo; 1,8 vezes de terem doenças respiratórias e 1,7 vezes de apresentarem problemas cardiovasculares. Os pesquisadores observaram, também, que os homens apresentam um risco de morte 13 vezes superior para doença alcoólica do fígado comparado ao das mulheres; 12 vezes superior para os homicídios e para o câncer de laringe e 5 vezes maior para os acidentes de trânsito e para o câncer de esôfago.

“Verificamos que o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a maior exposição à violência e aos riscos no trabalho são os principais determinantes na diferenciação entre os perfis de morte de homens e mulheres”, comenta a professora Marilisa Barros, coordenadora do CCAS. O excesso de óbitos decorre ainda, de acordo com a pesquisadora, do fato de que os homens procuram menos os serviços de saúde, referem menos doenças, aparentam ter menor percepção de sinais e sintomas e resistem em assumir que estão doentes.

“Os resultados do Boletim apontam a necessidade de compreender melhor as causas dos comportamentos de saúde dos homens, bem como a criação de programas de saúde que

priorizem a população masculina, buscando reduzir a profunda desigualdade de padrão de saúde que persiste entre os sexos no município de Campinas”, conclui Marilisa.

EVENTOS DE JANEIRO

Dias 15 e 16

*

Local: Auditório da FCM

Horário: 14h30

Dia 16

* *olação de grau da XXVIII turma do curso de Enfermagem*

Local: Auditório da FCM

Horário: 14h30

Dias 28 a 30

* *Recepção dos novos médicos residentes*

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Salão Nobre da FCM

Org.: Coreme

Dia 29

* *Colação de grau da IV turma do curso de Fonoaudiologia*

Local: Auditório da FCM

Horário: 19 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. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM**Diretor**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Maria Leticia Cintra

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Profa. Dra. Sandra C. B. Costa

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. Benito P. Damasceno

Oftalmo/Otorrino

Ortopedia

Patologia Clínica

Pediatria

Psic. Médica e Psiquiatria

Radiologia

Tocoginecologia

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Coord. Comissão de Aprimoramento

Coord. Câmara de Pesquisa

Coord. do Centro de Investigação em

Pediatria (CIPED)

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia

Experimental

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em

Reabilitação (CEPRE)

Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Conselho Editorial

História e Saúde

Tema do mês

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 Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável Silvia Motta CONRRP 237

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson

Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin,

Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza

Coelho Borges

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação Ilustração Emilton B. Oliveira

Revisão Maria Rita B. Frezzarin e Elaine de Fátima

A. Corradello

1.500 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)