



## Carlos Chagas: o prêmio perdido

Se o sueco Alfred Nobel não tivesse travado uma batalha com sua própria consciência, ele seria eternamente conhecido como um homem difícil e inteligente, que construiu fortunas a partir da invenção da dinamite. Quis o destino que o empresário lesse seu próprio obituário, publicado por engano em um jornal. Nobel não gostou do que viu. Ele não queria ser lembrado como o causador de tantos infortúnios e por isto articulou uma estratégia para apagar a imagem negativa que detinha. Com a riqueza que acumulara ao longo de sua vida, em fins do século XIX viabilizou a concessão de uma premiação anual para indivíduos que tivessem contribuído para o bem da humanidade. A partir de 1901, o Prêmio Nobel passou a ser conferido àqueles que alcançaram importantes conquistas nas áreas de física, química, fisiologia, medicina, literatura e paz. A indicação de tão importante prêmio, em especial de Medicina, ocorreu pelo menos duas vezes para um brasileiro tão ilustre quanto injustiçado - Carlos Chagas.

Em 1907, o médico fora convidado a controlar a malária no norte de Minas Gerais, que dizimava operários da linha férrea Central do Brasil. Em meio aos trabalhos, o chefe da comissão de engenheiros apresentou ao cientista um inseto hematófago conhecido por “barbeiro” pela população local. Movido pela curiosidade, o pesquisador capturou alguns desses insetos, levou-os ao seu improvisado laboratório em um vagão de trem, pesquisou seu tubo digestivo e encontrou um parasita pertencente à espécie *Trypanosoma*. Para estudar sua capacidade de infecção em mamíferos, Chagas enviou alguns insetos infectados para Manguinhos, onde Oswaldo Cruz pôde comprovar o adoecimento de saguis após contaminação.

Em 1909, o médico consultou uma adoecida garota de dois anos e, ao pesquisar seu sangue ao microscópio, pôde encontrar o mesmo parasita analisado nos “barbeiros”. Aquele seria o primeiro caso

humano e a prova definitiva da existência de uma nova moléstia tropical.

O inusitado na descoberta dessa parasitose, que passou a ser conhecida por Doença de Chagas, está no caminho inverso de sua pesquisa, iniciada sequencialmente pelos estudos do inseto, do parasita que o infectava, da capacidade de infecção em animais e, por fim, da descoberta da doença humana. Elaborada por um mesmo pesquisador, tal sequência é ainda hoje inédita na medicina e por isso chamou particular atenção dos analisadores do prêmio Nobel.

Contudo, ventos contrários no Brasil selariam a sorte de Carlos Chagas. Nomeado chefe do Instituto Manguinhos, tal posição o tornou alvo de artimanhas políticas que minavam seu cargo e sua fama. Além disso, ao revelar ao mundo uma doença parasitária que atingia as camadas pobres da população, Chagas expunha a verdade nua e crua sobre as péssimas condições de saúde no interior do país. Nos acalorados debates nacionalistas da década de 1920 formaram-se dois pólos antagonísticos: o dos apaixonados defensores da resolução do drama rural e o dos que preferiam esconder os problemas nacionais aos olhos estrangeiros. No choque entre a ciência e a política, o clima gerado permitiu que alguns médicos confrontassem os achados de Chagas, desacreditassem a existência da doença ou o acusassem de antipatriótico, por expor a saúde pública do país dessa maneira.

Essa campanha contra Chagas, cujo ápice foi sentido entre 1922-23, coincidiu com a segunda indicação do médico ao Prêmio Nobel. Nela, o clima de incerteza e adversidade geraria consequências desastrosas para o país.

Profa. Dra. Cristina Brandt F. Martin Gurgel  
GRUPO DE ESTUDOS HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FCM, UNICAMP

### NESTA EDIÇÃO:

*Considerações sobre problemas relacionados ao uso de drogas*

### VEJA TAMBÉM:

*Diretrizes em câncer de vulva*

*Acerca da bioética da beira do leito*

*Gestão de documentos arquivísticos digitais na FCM*

*CCAS analisa mortes por doenças cerebrovasculares em Campinas*

*Trabalho da FCM ganha prêmio Mario Mantovani em congresso internacional sobre trauma*

## Considerações sobre problemas relacionados ao uso de drogas

**A complexidade do fenômeno incluído na rubrica uso danoso de drogas abrange aspectos socioculturais, ideológicos, clínicos, jurídicos, familiares, de personalidade, de gênero, etários, entre outros.**

Tem havido, por parte de pais, educadores, profissionais da saúde, gestores e outros setores da sociedade brasileira, uma preocupação crescente com diferentes aspectos do uso de substâncias psicoativas (SPA) lícitas - álcool, tabaco, medicamentos - e ilícitas - maconha, cocaína, *crack*, *ecstasy*, entre outras.

As razões para preocupação não são poucas. A iniciação do uso dessas substâncias acontece aos 12 anos de idade em média no Brasil; prevalência de 12,3% de dependência de álcool; custos sociais e econômicos, considerando que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de SPA; 50% dos acidentes de trânsito são associados ao uso de bebidas alcoólicas; morbimortalidade decorrente do tabaco; transtornos mentais vinculados ao uso de substâncias psicoativas; associação com violência e criminalidade, além do sofrimento das pessoas envolvidas.<sup>1,7</sup>

A complexidade do fenômeno incluído na rubrica *uso danoso de drogas* abrange aspectos socioculturais, ideológicos, clínicos, jurídicos, familiares, de personalidade, de gênero, etários, entre outros. Isto implica em um entendimento plural da questão, não havendo lugar para disputas entre modelos e concepções que não tenham como finalidade a busca por estratégias de abordagens baseadas em evidências e, em última (e única) análise, o benefício das pessoas que sofrem com problemas decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas.

A despeito da profusão de problemas correlacionados ao uso de SPA e de iniciativas sérias, porém pouco articuladas e restritas, mantém-se um grande fracasso na construção de uma política nacional referente ao uso de drogas, na promoção de debates sérios e legítimos com relação à prevenção nos diferentes níveis e na criação de redes de assistência eficazes.

Embora ainda haja dados insuficientes no que tange aos fatores de risco para uso problemático de drogas lícitas e ilícitas, a relevância dos papéis genético, neuro-

biológico e sociocultural relacionados à dependência de SPA, a limitação de estratégias de tratamento farmacológico e não farmacológico, entre outras pendências, muito já se sabe acerca de alguns elementos constitutivos de uma abordagem potencialmente mais abrangente e efetiva.

Entre estes elementos abarcam-se: a clareza e honestidade nas abordagens preventivas; os dados que sustentam o dano grave do uso de drogas em idades precoces, com necessidade de estratégias específicas; a necessidade de sensibilização e capacitação de pais, educadores, profissionais da saúde e gestores na detecção precoce e intervenção ágil; a existência de serviços com estrutura adequada e capaz de se adaptar às necessidades da demanda que varia nesta população por causa do surgimento de novas drogas e diferentes padrões de consumo e presença de comorbidades físicas e psíquicas. Além disso, a construção de redes de atenção que funcionem nos diversos níveis de complexidade e permitam a interlocução entre serviços e a circulação de pessoas que necessitam de auxílio individualizado em momentos distintos de sua trajetória clínica e pessoal.

Esta lógica de abordagem não deve prescindir dos diversos saberes provenientes de serviços de mútua ajuda, estruturas vinculadas a serviços universitários, modalidades de atendimento em diversos *settings* como, por exemplo, Unidades de Emergência, Comunidades Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde e outros serviços de internação.

A partir disto, configura-se a urgência de uma política nacional que possa, de forma articulada, contemplar as diferenças socioregionais e subsidiar, avaliar e readequar iniciativas que sejam comprometidas com o bem estar dos pacientes e seus familiares.

Profª. Dra. Renata Cruz Soares de Azevedo

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA  
FCM, UNICAMP

1. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo, 2005.

2. Carlini EA e cols. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil. SENAD/CEBRID, 2005.

3. Organização Mundial da Saúde. The world health report 2000. Geneve: WHO, 2002.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/Ministério da Saúde. 2ª ed. Rev. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

5. Organização Mundial da Saúde. Report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneve, 2011.

6. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Allee E, Kotrla KJ. The association of psychiatric comorbidity and use of the emergency department among persons with substance use disorders: an observational cohort study. BMC Emergency medicine; 8: 17, 2008.

7. Organização Mundial da Saúde. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Geneve: WHO, 2004.

## Diretrizes em câncer de vulva - conclusão

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.<sup>1(D)</sup> 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 a 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 mais jovens e está associado à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), apresentando como lesões precursoras a NIV associada à HPV, também denominada de NIV usual.<sup>2(B)</sup>

O tipo histológico mais freqüente é o epidermóide (85%).<sup>1(D)</sup> 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.<sup>3(A)</sup> 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.<sup>4(A)</sup>

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.<sup>4(A)</sup> 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.<sup>5(D)</sup> 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 colposcópio 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%), clitóris e a glândula de Bartholin.<sup>6(B)</sup>

### Seguimento após tratamento

Na literatura, não existem evidências de que o seguimento rotineiro de pacientes assintomáticas com exames de imagem é melhor do que solicitá-los apenas em paciente sintomática e orientado pelo sintoma. As pacientes deverão fazer: exame clínico-ginecológico com colposcopia e vulvectomia trimestral por dois anos e semestral até cinco anos. Após o seguimento diferenciado, todas deverão realizar anualmente os exames clínico-ginecológicos e outros exames de imagem serão solicitados de acordo com sintomas e/ou exame físico alterado. A citologia cervical oncológica deve ser anual.

### Conclusão

O tratamento do câncer de vulva necessita uma abordagem multidisciplinar e individualizada, assim as pacientes deveriam ser encaminhadas aos centros de tratamento de câncer ginecológico onde essa abordagem é disponível. O câncer de vulva é uma neoplasia rara entre as mulheres. Seu tratamento em fases iniciais tem melhores resultados tanto estético-funcionais como sobrevida global com elevado índice de cura. No entanto, tanto por questões culturais por parte das pacientes, como desconhecimento dos profissionais, o diagnóstico ocorre na maioria das vezes, em fase avançada da doença onde o prognóstico é pior e o tratamento mutilante.

#### 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 TOCOGINECOLOGIA, FCM, UNICAMP  
 Prof. Dr. Sérgio Carlos Barros Esteves  
 RADIOTERAPIA DO HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ  
 ARISTODEMO PINOTTI (CAISM), FCM, UNICAMP  
 Prof. Dr. Luiz Carlos Teixeira  
 DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA CLÍNICA, FCM, UNICAMP

*Na literatura, não existem evidências de que o seguimento rotineiro de pacientes assintomáticas com exames de imagem é melhor do que solicitá-los apenas em paciente sintomática e orientado pelo sintoma. As pacientes deverão fazer: exame clínico-ginecológico com colposcopia e vulvectomia trimestral por dois anos e semestral até cinco anos.*

Acesse:  
[www.fcm.unicamp.br/Diretrizes/d\\_n\\_c/ca\\_vulva/ca\\_vulva\\_Pagi.html](http://www.fcm.unicamp.br/Diretrizes/d_n_c/ca_vulva/ca_vulva_Pagi.html)



## Acerca da bioética da beira do leito - parte 4

**Cada inovação em ciência e tecnologia que almeja suprir necessidades legítimas de saúde traz o potencial de desafiar sanções vigentes. (...) De cada progresso tecnocientífico resultam adaptações de estratégias da beira do leito. A evolução do conceito de morte encefálica para possibilitar a doação de órgãos para transplante é um exemplo.**

Expandir a ciência dos fatos da ciência obedece a um direcionamento do tipo bumerangue, é impulsionado "com questões" desde o paciente, provoca um movimento do médico no espaço da medicina e retorna "com respostas" ao próprio paciente. Nesta dinâmica, as sociedades de especialidades filtram a literatura e através de comitês de profissionais, tão cientistas (neutros) quanto humanos (personalistas), deliberando sobre evidências por consenso ou por votação (a consideração de melhor evidência pode ter tido um número razoável de opositores), classificam dimensão de efeito (classe) e probabilidade de certeza (nível de evidência) da aplicação dos métodos clínicos e cirúrgicos. É um lado da moeda.

A sociedade civil organizada, por sua vez, por meio de ações que também não necessariamente são de consenso, habitualmente determinadas por representação de maioria (Poder Legislativo, Conselhos de Classe), configura a convivência dos cidadãos na esfera da missão do profissional médico (há aborto legal e ilegal no Brasil, com percentuais de satisfação e insatisfação do brasileiro). É o outro lado da moeda.

Os esforços de simplificação da medicina e da sociedade para a complexidade da saúde/doença exigem do médico possuir múltiplos alicerces para se conduzir com coerência e tolerância perante impactos contraditórios. A relação médico-paciente sofre o efeito tanto das tentativas de "controle da natureza" - um fármaco que combate efeitos genéticos ou infecciosos, quanto de "controle dos homens" o tribunal, *sensu lato*. Desta plataforma tecnocientífico-ético-legal, a bioética da beira do leito ascende, qual Unidade de Terapia Intensiva (UTI), quando há necessidade de cuidados intensivos da relação médico-paciente e horizontaliza-se pelo valor na prevenção das possíveis complicações.

Cada inovação em ciência e tecnologia que almeja suprir necessidades legítimas de saúde traz o potencial de desafiar sanções vigentes. Operar um paciente com endocardite infecciosa já foi considerado ato de imprudência até que se verificou o benefício da eliminação do fator causal das "proibitivas" febre e insuficiência cardíaca.

Não fazer (o agora possível), passa para um potencial de negligência. De cada progresso tecnocientífico resultam adaptações de estratégias da beira do leito. A evolução do conceito de morte encefálica para possibilitar a doação de órgãos para transplante é um exemplo.

A linguagem da bioética da beira do leito coopera na expressão das proposições e contraposições e na decodificação como de beneficência e de não-maleficência da medicina (e não do médico). A beneficência subentende que há comprovada utilidade e eficácia com base em pesquisas e rotinas assistenciais. A não-maleficência lida com as perspectivas de danos durante a aplicação. Em tempos de carência de recursos, a não-maleficência aproxima-se do sentido de *primum non nocere* (deixar como estar é melhor do que arriscar uma piora no escuro) e em situação de pluralidade de recursos, a não-maleficência distancia-se da locução latina, pois lida com o grau de segurança da aplicação, entendendo-se que as imperfeições da medicina não permitem pretender iatrogenia-zero.

A beira do leito ensina que não se deve pretender que valores e vontades do paciente estejam absolutamente afinados com o estado da arte em medicina. Uma recomendação com ampla chance de sucesso clínico pode resultar não consentida, com permissão para a prática "menos beneficente". Por dificuldades no exercício da virtude da tolerância, por discussões sobre limites moralmente aceitáveis, pode irromper um contencioso à beira do leito. A pretensão do médico de manter a vida em risco deve comungar com a visão pelo paciente de um mínimo aceitável de qualidade da mesma. A questão capital é: o benefício líquido (dimensão do impacto real da aplicação da beneficência conceitual) é para quem e sob qual prisma de vida?

Max Grinberg

DIRETOR DA UNIDADE CLÍNICA DE VALVOPATIAS DO  
INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO  
PAULO - HCFMUSP  
REV. ASSOC. MED. BRAS. VOL. 56 N°. 6 SÃO PAULO 2010

1. Fletcher KE, Furney SL, Stern DT. Patients speak: what's really important about bedside interactions with physician teams. *J Gen Intern Med.* 2003;18(Suppl 1):232.

2. Grinberg M. Acaso da beira do leito, caso da bioética. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87:e257-e61.

3. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Medical Professionalism Project. *Lancet.* 2002;359(9305):520-2

4. Bean JR. A new professional paradigm: whence and whither. *J Neurosurg.* 2009;111(6):1113-8.

5. Alfandre D, Rhodes R. Improving ethics education during residency training. *Med Teach.* 2009;31(6):513-7.

6. MacKenzie CR. What would a good doctor do? Reflections on the ethics of medicine. *HSSJ.* 2009;5(2):196-9.

7. Jenkins J. New professionalism in the 21st century. *Lancet.* 2006;367(9511):646.

8. Lucey C, Souba W. Perspective: the problem with the problem of professionalism. *Acad Med.* 2010;85(6):1018-24.

## Gestão de documentos arquivísticos digitais na FCM

Cotidianamente, produzimos e utilizamos diversos formatos de arquivos digitais. A preservação de documentos arquivísticos digitais, bem como dos documentos em outros suportes, depende do cuidado e atenção dos produtores, receptores e órgãos de arquivo. Além disso, é dever da Unicamp, como órgão público, e de seus colaboradores, a gestão e a proteção dos documentos de arquivo, que são elementos de prova e informação, bem como instrumentos de apoio à administração, à cultura e ao desenvolvimento científico.

Cabe esclarecer de início que documento arquivístico é a unidade de registro de informação, qualquer que seja o formato e suporte (papel, meio digital ou outro), sendo produzido e/ou recebido por pessoa física ou jurídica, no decorrer de suas atividades e que mantém relação com os demais documentos. Os documentos arquivísticos têm como características principais a unicidade, a integralidade, a confiabilidade e a autenticidade. E o documento arquivístico digital é aquele documento que, além dessas características, foi originalmente gerado em meio digital (também denominado de *nato digital*), codificado em dígitos binários, produzido, tramitado e armazenado por sistema computacional. Portanto, o documento arquivístico digital é diferente de um documento que foi digitalizado, pois nesse caso se trata da reprodução em formato digital de um documento originalmente não digital.

No âmbito da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), a preservação documental é de responsabilidade do Sistema de Arquivos (SIARQ/Unicamp) composto pelo Arquivo Central e Protocolo Central, Conselho Consultivo, Comissão Central de Avaliação de Documentos (CCAD), além da Rede de Arquivos e Protocolos Setoriais. Desde 2006, a Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM) que já dispunha de Protocolo e Arquivo Setorial, conta com uma Comissão Setorial de Arquivos (CSArq), nomeada pela Diretoria da FCM, a fim de aplicar na Faculdade as orientações do SIARQ. Em 2008, foi criada a Comissão de Gestão e de Preservação de Documentos Arquivísticos

Digitais da Unicamp, visando assegurar a preservação das informações arquivísticas digitais, considerando os requisitos de autenticidade, confiabilidade e acessibilidade por longo prazo de guarda, exigidos para fins legais e informativos.

Como primeiro produto da Comissão de Gestão e de Preservação de Documentos Arquivísticos Digitais da Unicamp foi publicada a **Resolução GR nº 17/2011**, que “estabelece diretrizes e define procedimentos para a gestão, a preservação e o acesso contínuo aos documentos arquivísticos digitais”. Essa Resolução reforça a importância da adoção de critérios e ações institucionais para a Gestão Documental, aplicáveis independentemente da forma e do suporte físico em que os documentos são produzidos e armazenados.

Os documentos arquivísticos digitais de valor permanente, indicados nos Planos de Classificação e nas Tabelas de Temporalidade, são de guarda definitiva e, portanto, não poderão ser eliminados, mesmo no caso de se adotar qualquer forma de reprodução. A eliminação de documentos digitais de guarda temporária, desde que prevista nos instrumentos de destinação, só poderá ocorrer dentro dos prazos estabelecidos, em conformidade com os procedimentos legais e de forma irreversível, utilizando-se de ferramentas que sobrescrevam o espaço digital utilizado pelo arquivo. Além disso, outras ações de segurança deverão ser tomadas em relação aos documentos arquivísticos digitais como, por exemplo, garantir a manutenção e a atualização do ambiente tecnológico (*hardware e software*), com o objetivo de evitar a obsolescência tecnológica e a degradação do suporte.

Assim como no caso dos documentos convencionais, a preservação dos documentos arquivísticos digitais deve ser contínua, abrangendo desde sua produção até a destinação final.

*Os documentos arquivísticos têm como características principais a unicidade, a integralidade, a confiabilidade e a autenticidade. E o documento arquivístico digital é aquele documento que, além dessas características, foi originalmente gerado em meio digital (também denominado de nato digital), codificado em dígitos binários, produzido, tramitado e armazenado por sistema computacional.*

*Felipe Almeida Vieira*

*Ivan Luiz Martins Franco do Amaral*

CENTRO MEMÓRIA E ARQUIVO, FCM, UNICAMP

*Emilton Barbosa de Oliveira*

COMISSÃO SETORIAL DE ARQUIVOS, FCM, UNICAMP

*Fábio Rodrigo Pinheiro da Silva*

ARQUIVO CENTRAL DO SISTEMA DE ARQUIVOS DA UNICAMP

## CCAS analisa mortes por doenças cerebrovasculares em Campinas

**As taxas de mortalidade observadas em Campinas ainda são superiores as de países como Canadá, França e Estados Unidos, México e Chile. Entretanto, são menores que as taxas verificadas no município de São Paulo e no Brasil. Moradores dos distritos Noroeste e Sudeste de Campinas têm 50% maior risco de morrer por doenças cerebrovasculares do que moradores dos distritos Leste e Norte, aponta a pesquisa.**

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 lançou o Boletim nº 47 sobre mortalidade por doenças cerebrovasculares no município de Campinas. Os dados referem-se ao segundo semestre de 2010 e mostram o perfil destes agravos que se constituem na principal causa de morte entre moradores de Campinas, com 30% dos óbitos.

Em 2010, cerca de metade do total de mortes ocorridas no município de Campinas foram provocadas por doenças cardiovasculares e câncer. As doenças cardiovasculares responderam por 29,2% das mortes. As doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares também conhecida por acidente vascular cerebral (AVC) foram responsáveis por dois terços das mortes desse grupo. A obesidade, o tabagismo, o sedentarismo e a hipertensão são as principais causas.

Segundo dados do boletim, o risco de morrer por AVC cresce muito com o aumento da idade. Homens com idade entre 45 a 54 anos têm um risco de 44,7 por 100 mil habitantes. Essa taxa sobe para 1.363,1 óbitos por 100 mil habitantes acima dos 75 anos de idade. A cada 100 mortes, nessa faixa etária, 1,4 são por doenças cerebrovasculares. Analisando a tendência de risco de mortalidade por AVC em Campinas nas últimas três décadas, os pesquisadores do CCAS observaram um declínio importante de 55% entre 1980 e 2010.

“A taxa vem caindo em média 1,82 pontos por ano nos homens e 1,19 nas mulheres. Isto se deve ao controle da hipertensão arterial e dos avanços no tratamento dos pacientes”, disse Ana Paula Belon, pesquisadora do CCAS.

As taxas de mortalidade observadas em Campinas ainda são superiores as de países como Canadá, França e Estados Unidos, México e Chile. Entretanto, são menores que as taxas verificadas no município de São Paulo e no Brasil. Moradores

dos distritos Noroeste e Sudeste de Campinas têm 50% maior risco de morrer por doenças cerebrovasculares do que moradores dos distritos Leste e Norte, aponta a pesquisa.

Isto se deve, de acordo com os pesquisadores, às diferentes condições de vida e exposição aos fatores de risco. Segundo o inquérito ISACamp 2008 realizado pelo CCAS, tabagismo, sedentarismo e hipertensão, que são fatores de risco ao AVC, são mais prevalentes na população com menor nível de escolaridade. O número de casos de obesidade entre mulheres é maior no grupo de menor escolaridade. No entanto, nos homens, essa tendência é inversa. Os moradores de áreas de Campinas com condições de vida mais precárias têm probabilidade 61% maior de morrer por AVC.

“É necessário avançar com a efetividade dos programas para a redução de tabagismo, do sedentarismo e da obesidade, especialmente voltados aos segmentos sociais mais vulneráveis no sentido de promover a redução das desigualdades sociais em saúde. Para a população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) também são fundamentais ações que foquem no tratamento de hipertensos e pacientes com AVC”, explicou Marilisa Berti Barros, coordenadora do CCAS.

A publicação do boletim do CCAS é uma parceria entre o Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM e a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Os dados completos do boletim e a versão em PDF estarão disponíveis na página do CCAS no site da FCM.

*Edimilson Montalti*  
ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS,  
FCM, UNICAMP



## Trabalho da FCM ganha prêmio Mario Mantovani em congresso internacional sobre trauma

Thiago M. Zago, aluno de medicina da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp recebeu o prêmio SBAIT EDIÇÃO 2011 “Professor Dr. Mario Mantovani” pelo trabalho *Trauma hepático: experiência no tratamento de 748 casos*. O prêmio foi entregue pela Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT) em agosto durante a abertura do XIII Congresso Brasileiro das Ligas do Trauma (CoLT) e IV Encontro Nacional da Enfermagem do Trauma, ocorrido em Vitória, ES. Em sua primeira edição, o prêmio é uma homenagem ao médico da Unicamp Mario Mantovani, um dos pioneiros no ensino da cirurgia do trauma no Brasil, falecido em 2010.

De janeiro de 1990 a dezembro de 2010, 748 pacientes foram admitidos com trauma hepático no Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. O estudo teve por objetivo avaliar os aspectos epidemiológicos, a morbidade, o tratamento e resultados do tratamento trauma hepático. Foram excluídos deste estudo todos os pacientes com menos de 14 anos de idade e pacientes operados em outros serviços e transferidos posteriormente.

Segundo a pesquisa, o mecanismo de trauma mais frequente foi o trauma penetrante em 461 dos pacientes ou 61,6% dos casos e o trauma fechado ocorreu em 288 pacientes ou 38,4% dos casos. De acordo com o grau de lesão hepática, no trauma fechado foi observada uma predominância dos graus I e II e no trauma penetrante, uma predominância do grau III. O tratamento não-operatório foi realizado em 25,7% dos pacientes com trauma hepático contuso. Entre os procedimentos cirúrgicos a sutura foi realizada com maior frequência em 41,2% dos pacientes. A morbidade relacionada ao fígado foi de 16,7%. A taxa de sobrevivência para pacientes com trauma hepático fechado foi de 73,5% e no trauma penetrante de 84,2%. A mortalidade no trauma complexo foi de 45,9%.

“Na região estudada, observou-se uma diminuição na incidência de trauma hepático penetrante. O tratamento não-operatório vem sendo adotado com maior

frequência nos traumas contusos. A morbidade foi elevada e a mortalidade maior em traumas contusos e em lesões hepáticas complexas”, disse Zago.

Zago ganhou transporte aéreo e hospedagem para participar do Congresso Panamericano de Trauma, que será realizado em Assunção, Paraguai, em novembro deste ano. Na mesma noite, o professor Gustavo Fraga também foi homenageado pela sua contribuição na realização do XIII CoLT.

Este congresso foi a primeira versão internacional do evento, que contou com três palestrantes internacionais: Kenneth Mattox, de Houston, Texas; Raul Coimbra, de San Diego, Califórnia e Antônio Marttos Jr., de Miami, Flórida, todos dos Estados Unidos, além de 54 palestrantes do Brasil. Outro recorde do encontro foi o número de inscritos: 1.040, o que garantiu ao CoLT Vitória o recorde de público entre todas as versões anteriores.

Ao longo do evento, temas importantes no tratamento ao paciente traumatizado foram abordados, como a inovação tecnológica que a telemedicina vem promovendo nos Estados Unidos. Além disso, foi abordado o cuidado do paciente traumatizado no *Home-Care*, uma nova modalidade que vem ganhando cada vez mais espaço, já que são muitos os pacientes sequelados em decorrência do trauma no país.

A organização do evento contou com a participação das cinco ligas acadêmicas do Estado do Espírito Santo: Liga Acadêmica de Cirurgia e Atendimento ao Trauma do Espírito Santo (LACATES), Liga de Atendimento Integrado ao Traumatizado (LAIT), Liga de Ortopedia e Traumatologia do Espírito Santo (LOT-ES), Liga Acadêmica de Atendimento ao Trauma e Emergências Médicas (LATEME) e a Liga Acadêmica Capixaba de Cirurgia (LIACC).

*De janeiro de 1990 a dezembro de 2010, 748 pacientes foram admitidos com trauma hepático no Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. O estudo teve por objetivo avaliar os aspectos epidemiológicos, a morbidade, o tratamento e resultados do tratamento trauma hepático.*

*Foram excluídos deste estudo todos os pacientes com menos de 14 anos de idade e pacientes operados em outros serviços e transferidos posteriormente.*

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS,  
FCM, UNICAMP

## EVENTOS DE AGOSTO

### Dia 2

\* *I Seminário regional sobre doença de Chagas*  
 Horário: das 9 às 17 horas  
 Local: Anfiteatro do Hospital de Clínicas da Unicamp

\* *Saúde coletiva ao meio-dia*  
 Horário: 12 horas  
 Local: Anfiteatro do Departamento de Medicina Preventiva e Social

### Dia 3

\* *Workshop controle glicêmico: participação do pâncreas endócrino*  
 Horário: das 8h30 às 17h30  
 Local: Auditório da FCM  
 Org.: Dep. De Anatomia, Biologia Celular, Fisiologia e Biofísica do Instituto De Biologia

### Dia 9

\* *Reunião com os funcionários da DGA*  
 Horário: das 14 às 17h  
 Local: Auditório da FCM  
 Org.: DGA da Unicamp

\* *4ª reunião do grupo de estudos em enfermagem em*

*cuidados paliativos da Unicamp*  
 Horário: 14h30  
 Local: Departamento de Enfermagem da FCM

\* *Dia Nacional e Latino Americano de Conscientização sobre Epilepsia*  
 Horário: 14 horas  
 Local: Sala da Congregação da FCM

### Dias 12 a 16

\* *IX Semana de Fonoaudiologia*  
 Horário: das 9 às 17 horas  
 Local: Auditório da FCM  
 Org.: Curso de graduação em Fonoaudiologia, FCM, IEL

### Dia 14

\* *Abertura da Exposição Lugares*  
 Artista: Maria Jordão  
 Horário: 11 horas  
 Local: Espaço das Artes da FCM

### Dias 16 e 17

\* *Jornada de toxicologia e toxinologia clínica*  
 Horário: das 18 às 22 horas e das 8 às 18 horas  
 Local: Auditório da FCM  
 Org.: Centro de Controle de Intoxicações

### Dia 21

\* *I Simpósio de Medicina de Família e Comunidade*  
 Horário: 18 horas  
 Local: Anfiteatro 1 da FCM  
 Org.: Programa Saúde da Família

### Dias 22 e 23

\* *Curso de capacitação para orientação familiar em hemoglobinopatias*  
 Horário: das 9 às 17 horas  
 Local: Auditório da FCM  
 Org.: Cipoí

### Dias 27 a 30

\* *Semana do Idoso*  
 Horário: manhã e tarde  
 Local: Salas de espera dos ambulatórios do Hospital de Clínicas e anfiteatro  
 Org.: Serviço Social do HC

### Dia 30

\* *Descerramento do quadro do Prof. Dr. José Antonio Rocha Gontijo na galeria da FCM*  
 Horário: 8h30  
 Local: Saguão da Diretoria da FCM  
 Org.: ARP e Diretoria da FCM

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo site [www.fcm.unicamp.br](http://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 Dalgalarrrondo  
 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. Lillian Tereza Lavras Costallat  
 Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)  
 Profa. Dra. Ivani Rodrigues Silva  
 Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPEP)  
 Prof. Dr. Gil Guerra Junior  
 Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (CCI)  
 Prof. Dr. Eduardo Mello De Capitani  
 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. Carvalheira e subcomissões de Pós-Graduação

Bioética e Legislação  
 Prof. Dr. Carlos Steiner  
 Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá  
 Prof. Dr. Sebastião Araújo  
 Diretrizes e Condutas  
 Prof. Dr. Luiz Roberto Lopes  
 Prof. Dr. Marco Antonio de C. Filho  
 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 Eliana Pirotobom  
 Jornalista Edmilson Montalti MTB 12045  
 Equipe Edson Luis Vertu, Felipe Diniz Barbosa  
 Projeto gráfico Ana Basaglia  
 Diagramação/Ilustração Emilton B. Oliveira, Thamara G. Vialta  
 Revisão: Anita Zimmermann  
 Sugestões [boletim@fcm.unicamp.br](mailto:boletim@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)