



## Historiadores da saúde fazem reunião na FCM

O Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde (GEHCsaúde) do Centro de Memória e Arquivo da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e a Rede de Pesquisa Interdisciplinar em História da Medicina e das Ciências da Saúde em São Paulo (RedeHiss) realizaram em dezembro, na FCM, a última reunião do ano, de caráter interinstitucional, para aumentar o conhecimento acerca da história das ciências da saúde.

Na abertura da reunião, as professoras Márcia Barros da Silva, do Departamento de História da USP e Maria Gabriela Marinho, do Centro de Engenharia e Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do ABC, fizeram uma apresentação sobre a RedeHiss e o trabalho desenvolvido por ela para a ampliação do campo da História da Medicina e da Saúde em São Paulo.

“Percebemos que há uma pulverização nas pesquisas da área de história das ciências da saúde e isso reduz as nossas forças para avançar nesse campo. A motivação inicial da rede é constituir esforço comum para fortalecer a articulação, troca, interlocução e intercâmbio da produção desses estudos. Nosso desafio é realizar um encontro internacional no final de 2012”, disse Gabriela.

O professor Everardo Duarte Nunes, do Departamento de Saúde Coletiva da FCM, falou sobre sua experiência no ensino das Ciências Sociais no curso de medicina da Unicamp. O professor André Motta enfocou a disciplina Medicina e Humanidades na Faculdade de Medicina da USP, onde ele é professor.

“Desde a criação em 2007, o GEHC saúde da FCM vem tentando se situar nesse enorme e abrangente espaço

chamado história, história das ciências e mais história da saúde. Para nós, é muito importante a presença de historiadores e não historiadores neste encontro”, disse Everardo.

A RedeHiss foi criada em 2008. Integra a RedeHiss pesquisadores da Faculdade de Medicina e FFLHC da USP, Instituto Butantã, Universidade Federal do ABC, Unicamp e outras Universidades. Participam da rede 210 membros espalhados pelo Brasil. As reuniões são mensais.

“Por haver uma proposta de criação de uma possível disciplina de história da saúde no curso de graduação em medicina da FCM e essa intersetorialidade entre as universidades é que propusemos que a última reunião desse ano da RedeHiss fosse na FCM”, explicou Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, doutorando do programa de Saúde Coletiva da FCM e membro da RedeHiss desde a sua fundação.

Após o encontro, houve o lançamento da tradução do livro “Civilização e Doença”, de Henry E. Sigerist. O texto de apresentação da edição brasileira foi escrito pelo professor Everardo Duarte Nunes. “O que acontece no limitado campo da medicina parece ter acontecido no mundo; em geral, a tecnologia venceu a corrida contra a sociologia. A era da máquina clama por ajustes sociais e econômicos no campo da medicina, e em todos os demais campos”. A edição é da Editora Hucitec.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E IMPRENSA  
FCM, UNICAMP

**NESTA EDIÇÃO:**

**Morbidade materna grave por aborto no Brasil**

**VEJA TAMBÉM:**

**Abordagem inicial do carcinoma bem diferenciado da tireoide de baixo risco**

**Acerca da bioética da beira do leito**

**Farmacovigilância: a segurança do paciente e o uso racional de medicamentos**

**Grupo de referência como perspectiva**

**Urologia e Enfermagem inauguram laboratório de urodinâmica**

## Morbidade materna grave por aborto no Brasil

**No estudo multicêntrico, do total de 9.555 mulheres, 2,5% apresentaram complicações secundárias ao aborto; dessas, 81,9% apresentaram condição potencialmente ameaçadora da vida, 15,2% *near miss* materno e 3% morte materna. A causa infecciosa foi mais frequentemente associada ao aborto inseguro dentre os casos de CPAV.**

O aborto ainda hoje se relaciona a altas taxas de morbidade e mortalidade materna. O *near miss* materno (NMM), que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) corresponde àquela mulher que quase morreu, mas sobreviveu a complicações durante a gestação, parto ou até 42 dias após o término da gestação, é entendido, atualmente, como importante marcador de saúde. Porém, pouco se sabe sobre a associação do *near miss* com o aborto.

O objetivo da dissertação de mestrado “Morbidade Materna Grave por aborto no Brasil” é avaliar a ocorrência do aborto espontâneo e induzido e da morbidade materna grave associada ao aborto, referida por mulheres em um inquérito populacional e avaliar a ocorrência de complicações maternas graves associadas ao aborto em um estudo de vigilância prospectiva de casos de complicações obstétricas graves em centros brasileiros de referência.

Um primeiro estudo foi realizado através da análise secundária da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) do Brasil de 2006, com informações de entrevistas sobre a experiência do abortamento espontâneo e induzido, fatores associados e complicações decorrentes do parto e aborto. Avaliou-se a ocorrência de morbidade materna grave associada ao abortamento e realizou-se análise múltipla por regressão logística para identificar os fatores independentemente associados com os dois tipos de aborto.

Nesse inquérito epidemiológico obteve-se uma prevalência de aborto espontâneo de 13,3% e de aborto induzido de 2,3% para todo o Brasil, estando ambos associados a um maior risco de morbidade materna grave. Os fatores relacionados ao maior risco de complicações foram a idade materna avançada e o baixo número de filhos e de partos. As complicações mais comuns foram as hemorrágicas e infecciosas.

Um segundo estudo de corte transversal multicêntrico, com vigilância prospectiva dos casos de condição potencialmente ameaçadora da vida (CPAV),

*near miss* materno (NMM) e morte materna (MM) avaliou as complicações obstétricas decorrentes do aborto, as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres, as condições de segurança do aborto e procedimentos médicos utilizados. Estimou-se a razão de prevalência ajustada pelo efeito de cluster do desenho e seus respectivos IC95%; uma análise múltipla por regressão logística foi utilizada para identificar os fatores independentemente associados à maior gravidade.

No estudo multicêntrico, do total de 9.555 mulheres, 2,5% apresentaram complicações secundárias ao aborto; dessas, 81,9% apresentaram condição potencialmente ameaçadora da vida, 15,2% *near miss* materno e 3% morte materna. A causa infecciosa foi mais frequentemente associada ao aborto inseguro dentre os casos de CPAV. Os critérios de manejo foram mais importantes no aborto inseguro para os casos de NMM e MM.

Na análise multivariada, associaram-se à maior gravidade algumas condições maternas prévias (anemia falciforme e talassemia, baixo peso e neoplasias), necessidade de transferência ou encaminhamento para hospital de referência, cicatriz uterina prévia e presença de alguma demora no atendimento.

No Brasil, o aborto é responsável por uma pequena porcentagem das complicações da gestação, porém as gestações terminadas em aborto apresentaram maior risco de complicações mais graves que aquelas terminadas em parto. Portanto, há maior risco dessas complicações evoluírem, desfavoravelmente, para *near miss* materno ou morte materna.

Danielly Scaranello Nunes Santana  
Prof. Dr. José Guilherme Cecatti  
DEPARTAMENTO DE TOCOGINECOLOGIA  
FCM, UNICAMP

# Abordagem inicial do carcinoma bem diferenciado da tireoide de baixo risco - parte 2

A suspensão da levotiroxina (meia-vida plasmática de aproximadamente sete dias) por quatro semanas geralmente é suficiente para se atingir os níveis de TSH desejados.<sup>1-3(D)</sup> Uma alternativa, disponível atualmente, é a utilização do rhTSH para elevação do TSH sem a indução de hipotireoidismo. Infelizmente, o custo do rhTSH ainda é relativamente elevado para nosso país e não é ressarcido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto este custo não diminuir, não podemos propor seu uso rotineiro embora o custo-benefício do uso de rhTSH seja bastante favorável quando considerado qualidade de vida do paciente.<sup>4(B)</sup> O achado de tecido remanescente em grande quantidade na PCI para avaliação de remanescentes em leito tireoidiano, com valores de captação acima de 5% a 10%, obriga a considerar nova abordagem cirúrgica.<sup>5-7(B)</sup> Os achados da PCI diagnóstica, juntamente com os dados clínicos, laboratoriais e anatomopatológicos, são utilizados para o cálculo da dose ablativa de <sup>131</sup>I, que pode variar de 100 a 300 mCi (3700 a 5550 MBq).<sup>8(B)</sup> A realização de PCI após a dose terapêutica de <sup>131</sup>I (cinco a dez dias após a dose) é fundamental, buscando aproveitar a maior sensibilidade de detectar metástases relacionada à maior dose administrada.<sup>9(B)</sup> Pacientes com microcarcinomas ou tumores de baixo risco talvez pudessem prescindir de tireoidectomia total e também da radioterapia com <sup>131</sup>I pós-operatória, rotina de tratamento do CDT. Ainda não há estudos prospectivos randomizados com avaliação comparativa de ambos tratamentos e, mais importante, ainda não existe outra metodologia para acompanhar estes pacientes.

As dosagens periódicas de Tg e a PCI com <sup>131</sup>I, que são fundamentais para o atual sucesso terapêutico no CDT ao possibilitarem detecção de restos tumorais ou de recidiva (local ou à distância), não são possíveis quando existe parênquima tireoidiano remanescente. Talvez valores de corte da Tg, específicos para cada paciente ou novos ensaios de Tg, mais sensíveis, exames ultrasonográficos ou outros métodos de seguimento possam, no futuro, ser úteis no acompanhamento destes pacientes. Mas, enquanto tais métodos não existirem e não forem comparados com os atuais para mostrar sua efetividade, continuamos indicando a tireoidectomia total para todos os pacientes em que se opta pela cirurgia.

Ora, uma vez indicada a tireoidectomia total, estes pacientes devem receber radioiodoterapia se houver tecido iodocaptante remanescente já que almejamos eliminar qualquer resto tireoidiano que possa interferir com as dosagens de Tg no seguimento. Quando não há tecido iodocaptante remanescente, não é recomendada a dose terapêutica com <sup>131</sup>I, pois não há estudos que demonstrem benefício nestas situações e, certamente, haverá uma incidência maior de efeitos agudos e crônicos da radiação, já que a dose terapêutica será intensamente captada por outros órgãos alvo, como as glândulas salivares, o estômago, os rins, a bexiga, o trato gastrointestinal e o plexo coróide.

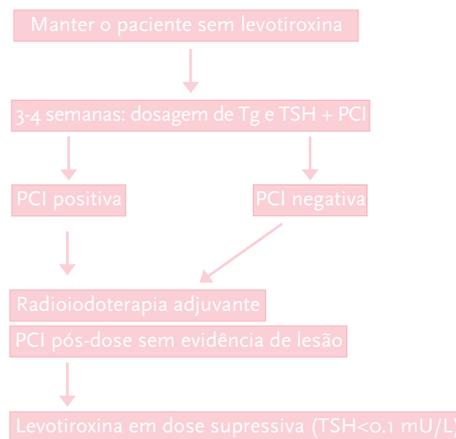
## Terapia supressiva com levotiroxina

Pacientes tireoidectomizados necessitam de tratamento com hormônios tireoidianos para toda vida para evitar hipotireoidismo e para diminuir ou evitar o efeito do TSH em induzir crescimento tumoral. A sobrevida livre de doença de pacientes com CDT aumenta de duas a três vezes quando em uso de terapia supressiva.<sup>1-3(D), 7(B)</sup> Logo após a radioiodoterapia adjuvante é imprescindível realizar a PCI pós-dose, pois demonstra se houve captação adequada da dose e eventualmente identifica novas lesões não vistas na PCI diagnóstica. Em seguida, é interessante manter o paciente

em terapia supressiva, com níveis de TSH indetectáveis. Entretanto, a terapia de supressão tem potencial morbidade já que influi no metabolismo ósseo e cardiovascular, podendo diminuir a qualidade de vida do paciente. Assim, nos pacientes com baixo risco em que, um ano após a tireoidectomia, não há evidências de recidiva, pode-se passar a manter níveis de TSH próximos do limiar inferior da normalidade, entre 0,1 e 0,5 mU/L.<sup>1-3(D)</sup>

Resumimos na Figura 1 o esquema sugerido para a abordagem inicial do carcinoma de tireoide de baixo risco:

## Tireoidectomia total



### 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.

Prof. Dr. Agrício Crespo Nunes  
Prof. Dr. Alfio José Tincani  
Dr. Allan de Oliveira Santos  
Dra. Bárbara J. Amorim  
Prof. Dr. Carlos Chone  
Prof. Dr. Celso Darío Ramo  
Prof. Dr. Edwaldo E. Camargo  
Dra. Elba C.S.C. Etchebehere  
Profª. Dra. Laura Sterian Ward  
Profª. Dra. Ligia Vera Montalli da Assumpção  
Dra. Mariana da Cunha Lopes de Lima  
Profª. Dra. Patrícia Sabino Matos

DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLÓGICA, CIRURGIA,  
CLÍNICA MÉDICA,  
OTORRINOLARINGOLOGIA E RADIOLOGIA  
FCM, UNICAMP

**O achado de tecido remanescente em grande quantidade na PCI para avaliação de remanescentes em leito tireoidiano, com valores de captação acima de 5% a 10%, obriga a considerar nova abordagem cirúrgica.**

1. Ward LS, Maciel RMB, Biscolla RMP. Câncer Diferenciado da Tireoide: Tratamento, capítulo do livro Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (editores). Editora AMB/CFM 2006, vol 5, pág 159-172. 85-89073-06-8. disponível online: <http://www.projetodiretrizes.org.br/livro.php>

2. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid* 2006; 16:109-42.

3. Pacini F, Schlumberger M, Dralle H, Elisei R, Smit JW, Wiersinga W. European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium. *Eur J Endocrinol* 2006;154:787-803.

4. Mazzaferri EL. Managing small thyroid cancers. *Jama* 2006;295:2179-82.

5. Lundgren CI, Hall P, Dickman PW, Zedenius J. Clinically significant prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma: a population-based, nested case-control study. *Cancer* 2006;106:524-31.

6. Cooper DS, Specker B, Ho M, Sperlberg M, Landenson PW, Ross DS, et al. Thyrotropin suppression and disease progression in the patients with differentiated thyroid cancer: results from the National Thyroid Cancer Treatment Cooperative Registry. *Thyroid* 1998;8:737-44.

7. Lundgren CI, Hall P, Dickman PW, Zedenius J. Clinically significant prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma: a population-based, nested case-control study. *Cancer* 2006;106:524-31.

**A bioética da beira do leito ajuda o médico a pensar sobre que tipo de expectativa de vida ele se refere quando verbaliza que precisa salvar vidas/não deixar morrer. A fronteira entre o direito a ações de autonomia e a subordinação a paternalismo compulsório não é uma linha reta e as sinuosidades são do interesse da bioética da beira do leito.**

## Acerca da bioética da beira do leito - parte 6

Pelo princípio da autonomia, a bioética da beira do leito, ao fortalecer a autodeterminação com responsabilidade, adverte para as impropriedades da rigidez de atitudes num universo onde não há duas impressões digitais iguais, ou numa linguagem mais moderna, duas pessoas - não gêmeas univitelinas - com mesmo DNA. Ela entende-se avessa a uma visão de medicina coercitiva, que tolhe a liberdade de escolhas e onde a falta de diálogo esclarecedor pode causar violências emocionais. A bioética da beira do leito é sensível à história da medicina que ensina que a ampliação que foi ocorrendo da disponibilidade de métodos úteis trouxe espirais ascendentes de "verdades de plantão", em contínuos desdobramentos direcionados ao mais benéfico (aceitável universalmente) e menos maleficiente (não necessariamente aceitável por um indivíduo). A bioética da beira do leito acha válido admitir analogia entre uma recusa do paciente em se submeter a uma recomendação do médico - um estágio do moto continuum da verdade - como forma de comportamento perante riscos e incertezas -, e uma recusa ética do médico a atender quem ele tenha motivos para não fazer.

Neste contexto há, contudo, uma regra social que se coloca hierarquicamente superior ao livre arbítrio, e que trata de situações com alto risco de evolução para óbito em curto prazo. Ela traz a sujeição do paciente e do médico à aplicação dos métodos de "evitamento da morte iminente" disponíveis pela medicina.

Assim, a iminência de cessação da vida e a iminência de agravamento clínico ainda não fatal soam eticamente distintas. De certa forma, o imediatismo clássico prevalece sobre o conceito moderno e sobre providências de afastamento da morte em longo prazo, por uma visão antecipada da história natural de doença crônica. É necessário o consentimento do paciente para, por exemplo, a administração de um fármaco que numa determinada doença (diabetes, por exemplo) protege determinado órgão-alvo (proteção contra dano renal). A bioética da beira do leito ajuda o médico a pensar sobre que tipo de expectativa de vida ele se refere quando verbaliza que precisa salvar vidas/não deixar morrer.

A fronteira entre o direito a ações de autonomia e a subordinação a paternalismo compulsório não é uma linha reta e as sinuosidades são do interesse da bioética da beira do leito. Três exemplos marcam as complexas modalidades de articulação e poder moderador da bioética da beira do leito.

1. O paciente recusa-se a um procedimento que tem o objetivo de desacelerar a evolução natural da doença e, pouco tempo depois, o agravamento clínico previsto acontece e a iminência de morte provoca a realização do que havia sido recomendado, agora com pior relação risco-benefício. O respeito ao exercício da autonomia por parte do paciente resultou contraditório a fundamentos sobre prognóstico da medicina. A Bioética da beira do leito pode dar elementos para que uma visão de cerca-que provoca ou o impedimento ou a transgressão torne-se a de uma ponte que permita conexões éticas e morais da ciência com a natureza humana.
2. Um terceiro à relação médico-paciente assu-me postura de responsabilidade na tomada de decisão, não explicitamente designado pelo paciente capaz. Há ocasiões em que o aspecto primário é o paciente que praticamente se omite em responder pelas próprias ações e, passivamente, deixa que

outrém - familiar, por exemplo - resolva; há aquelas em que ocorre um desvio conflituoso da prioridade do paciente de se decidir por si mesmo. Habitualmente, questões ligadas à não-maleficência dominam, em função do grau de entendimento sobre aceitação de riscos dos procedimentos.

3. O momento em que a falta de perspectiva de benefício terapêutico se junta ao prognóstico de curta duração da vida suscita a renúncia a métodos que passam a ser úteis e eficazes apenas no conceito e a pronúncia por cuidados paliativos. A bioética da beira do leito pode catalisar reflexões sobre atitude precipitada - recendendo negligência - ou ação heróica - implicando em imprudência.

O paciente é proprietário da sua anamnese, do seu exame físico e dos exames complementares e tem direito a obter os decorrentes recursos de Medicina. O conjunto de referências do passado e expectativas de futuro posiciona-se num contexto social de convenções sobre boas práticas. Ante as premissas advindas do coletivo, a bioética da beira do leito apóia ajustes desde as manifestas peculiaridades. Ela catalisa a harmonização possível entre a responsabilidade profissional do médico, o engajamento solidário do paciente e a participação do sistema de saúde. A bioética da beira do leito constitui instrumento de expansão da segurança (menos malefícios adjuvantes a bons tratamentos) no continuum de uma relação médico-paciente calcada na convivência de direitos.

Não há ambulatório, enfermaria, UTI ou pronto-socorro de bioética. É nestes ambientes clínicos que a bioética da beira do leito interage destacando a tríade capital da boa relação médico-paciente: a) rigor na argumentação, salvaguarda a desvios intelectuais; b) abertura ao desconhecido, inesperado e imprevisível; c) tolerância a opiniões contrárias.<sup>11</sup>

A beira do leito é uma tribuna da relação médico-paciente. A bioética cuida para dar voz a todos vinculados. Bioética, não chegue à beira do leito sem ela!

*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.º 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. Alford 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. *HSS J.* 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.

9. Wear S. Teaching bioethics at (or Near) the Bedside *J Med Philos.* 2002;27:433-45.

10. Grinberg M. Conhecimento e comportamento: identidade bioética do cardiologista. *Arq Bras Cardiol.* 2004;83:91-5.

11. Sommerman A. Inter ou transdisciplinaridade? São Paulo: Paulus; 2006.

## Farmacovigilância: a segurança do paciente e o uso racional de medicamentos - parte 2

Um erro de medicação é definido como qualquer erro envolvendo prescrição, dispensação ou administração de um medicamento, independentemente se este levará a uma consequência adversa ou não.

A queixa técnica é o afastamento dos parâmetros de qualidade exigidos para a comercialização ou a aprovação de um produto farmacêutico, ou seja, quando se suspeita de qualquer desvio de qualidade. Ela é geralmente perceptível a olho nu, como falta de rótulo, falta de unidades do medicamento, presença de corpo estranho, falta de informações no rótulo, entre outros desvios.

Em vários países, o atual modelo de farmacovigilância é aquele baseado na notificação espontânea (ou notificação voluntária) de reações adversas aos medicamentos (RAM), que consiste na coleta e comunicação de reações indesejáveis, manifestadas após uso de medicamentos. Os profissionais de saúde devem analisar o evento a ser notificado e encaminhar a um centro de farmacovigilância. Porém, este modelo tem se mostrado ineficaz, uma vez que gera um fenômeno conhecido por subnotificação.

Neste contexto, tentando solucionar a dificuldade da notificação espontânea no Brasil, em 2001 foi implantado o Projeto Hospital Sentinela, uma experiência inovadora da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Atualmente, compreende 208 hospitais espalhados pelo território nacional, entre eles o Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp.

O HC da Unicamp, como parte integrante da Rede de Hospitais Sentinela, é preparado para notificar reações adversas e queixas técnicas de produtos de saúde. Os profissionais de saúde notificam o evento através de um formulário amarelo e encaminham para a farmácia central do hospital. O farmacêutico responsável pelas

ações de farmacovigilância avalia o caso e comunica à Anvisa, através do site da Notivisa - Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária. Assim, a Anvisa obtém informações qualificadas a respeito da qualidade dos produtos e do perfil risco-benefício, para o desenvolvimento de ações de regulação de mercado, além de ampliar e sistematizar a vigilância sobre produtos de saúde e de promover melhores serviços e condições de trabalho em ambientes hospitalares.



Com a finalidade de incentivar as ações de farmacovigilância, estão sendo desenvolvidos trabalhos no HC efetuados pelo Grupo de Farmácia Clínica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Os trabalhos dizem respeito ao levantamento e análise de reações adversas e queixas técnicas notificadas no Setor de Farmacovigilância do HC da Unicamp e oncovigilância - estudo das reações adversas em pacientes oncológicos, envolvendo antineoplásicos e medicamentos de suporte.

Marília Berlofa Visacri  
 Profa. Dra. Patrícia Moriel  
 DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLÍNICA  
 FCM, UNICAMP

**Em vários países, o atual modelo de farmacovigilância é aquele baseado na notificação espontânea (ou notificação voluntária) de RAM, que consiste na coleta e comunicação de reações indesejáveis, manifestadas após o uso de medicamentos. Os profissionais de saúde devem analisar o evento a ser notificado e encaminhar a um centro de farmacovigilância. Porém, este modelo tem se mostrado ineficaz, uma vez que gera um fenômeno conhecido por subnotificação.**

1. COBERT, B.L.; BIRON, P. Pharmacovigilance from A to Z: Adverse Drug Event Surveillance. Massachusetts: Blackwell Science, 2002.

2. SOUZA, N. Sistema de Farmacovigilância: sua implementação. In: XXIX Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Farmacêutica SBMF, São Paulo, 27 de nov. de 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>.

3. WHO. World Health Organization. The importance of Pharmacovigilance, Safety Monitoring of Medical Products. Geneva: WHO, 2002.

## Grupo de referência como perspectiva

**Com base nestas reflexões, pode-se compreender que a escola médica em sua longa história opera como um grupo de referência, com cultura própria, que promove a internalização de normas, crenças e expectativas, que organizam a conduta de seus membros.**

Em 1961, portanto há cinco décadas, foi publicado o livro *Boys in White - student culture in medical school*, de Howard Becker, Blanche Geer, Everett Hughes e Anselm Strauss.<sup>1</sup> O livro seguiu a temática do estudo da profissão médica, sendo um dos temas fundadores da Sociologia da Saúde e Sociologia das Profissões nos Estados Unidos.

*Boys in White* é considerado seminal pela forma e pelo conteúdo que desenvolveu e nesse artigo vamos aprofundar uma das noções estruturais da pesquisa e análise dos dados do livro. Trata-se da noção de perspectiva como resultado das interações no interior de um grupo de referência.

De acordo com os autores, uma primeira abordagem do conceito de perspectiva foi desenvolvida, na década de 1930, pelo sociólogo alemão Karl Mannheim. No entanto, um tratamento mais amplo foi construído por Tamotsu Shibutani, sociólogo norte americano, na década de 1950. Mais precisamente em um artigo publicado no *American Journal of Sociology*, em maio de 1955, no qual define perspectiva como:

“uma visão ordenada do próprio mundo o que é tomado como garantido sobre os atributos de vários objetos, eventos e natureza humana. É uma ordem de coisas lembradas e esperadas, bem como coisas percebidas, uma concepção organizada do que é plausível e do que é possível; ela constitui a matriz pela qual uma pessoa percebe seu ambiente”.<sup>2</sup>

Esta definição permitiu que Becker e os autores ampliassem o espectro de objetos durante a pesquisa e identificassem outros dois conceitos correlatos fundamentais para o campo da saúde. O primeiro foi cultura estudantil como expressão de um grupo de referência, a partir do qual foram analisadas as ações que conformam a perspectiva de curta, média e longa duração do estudante de medicina. Assim, observaram como os grupos de alunos decidem pela quantidade e direção dos esforços desenvolvidos durante o processo de formação.

O segundo conceito correlato foi de organização/instituição, com o qual puderam identificar como os estudantes ocupam uma posição definida na escola médica e interação com outras pessoas, também, com posições definidas, a partir de formas estabelecidas pelas regras institucionais. Dessa forma, exploraram as características intrínsecas da faculdade de medicina da Universidade do Kansas e compreenderam, entre outras coisas, que no curso médico se constrói uma perspectiva de longa duração, para “sempre” reproduzida pelos egressos, por meio do valor dado à experiência clínica e à responsabilidade profissional.

Com base nestas reflexões, pode-se compreender que a escola médica em sua longa história opera como um grupo de referência, com cultura própria, que promove a internalização de normas, crenças e expectativas, que organizam a conduta de seus membros. Neste caso, como em qualquer outro grupo, existe o papel do “outro significante”, desempenhado pela pessoa diretamente responsável pela internalização das normas, em geral envolvido com o desenvolvimento de habilidades, competências e valores. No entanto, existe, também, o “outro desviante”, em geral associado a práticas à margem do *mainstream* e que promovem oportunidades de mudanças de normas, crenças e expectativas.

Passados 50 anos da publicação do livro podemos concluir que muita coisa mudou e, também, que muitas outras permanecem bastante semelhantes. Em outras palavras, por um lado, seguimos como grupo de referência que imprime perspectivas de longa duração, atribuindo símbolos e valores a um conjunto de práticas sociais; por outro lado, sofremos as ações da cultura de massa e o impacto da “pós-modernidade”, abrindo um pouco mais o escopo das perspectivas e possibilidades heterogêneas em campos hegemônicos.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
FCM, UNICAMP

1. Becker H, Geer B, Hughes E, Strauss A. *Boys in white student culture in medical school*. Chicago: Chicago Press; 1961.

2. Shibutani T. Reference Group as Perspectives. *American Journal of Sociology*. Vol. 60, No. 6 (May, 1955), 562-569.

## Urologia e Enfermagem inauguram laboratório de urodinâmica

A disciplina de urologia do Departamento de Cirurgia, em parceria com o Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp inaugurou no final de novembro o Laboratório de Urologia (LabUro). Localizado no saguão de entrada do Centro de Investigação em Pediatria (Ciped), o LabUro atenderá homens, mulheres e crianças com problemas de incontinência urinária. No caso dos homens, servirá para pesquisas pré e pós-cirurgia de retirada da próstata.

A incontinência urinária atinge cerca de 5% a 15% dos homens e em torno de 20% a 30% de mulheres. Com a idade, este índice pode chegar a 50%. Na infância e na adolescência, a incontinência urinária é bastante elevada e chega a ser comparada com a incidência de alergias. A incontinência urinária é um problema mundial. No Brasil, há poucos estudos sobre o impacto emocional da doença, principalmente em homens.

Com a prostatectomia radical, método mais antigo e eficaz para o tratamento do câncer de próstata, muitos pacientes passam a ter incontinência urinária que, às vezes, vem acompanhada da impotência sexual, outra complicação que pode surgir após a cirurgia para a retirada da próstata. Segundo dados estatísticos retirados da literatura médica, 7% dos homens podem ter incontinência urinária após prostatectomia, mas nem sempre é definitivo. Se depois de um ou dois anos o paciente continuar com incontinência urinária, é possível entrar com tratamentos para a correção do problema.

“Este laboratório dá o *ponta-pé* inicial numa série de pesquisas colaborativas multiprofissionais entre urologia, enfermagem, fisioterapia e outras áreas. É um espaço aberto para aumentar nossa produtividade em pesquisa”, disse urologista Carlos Levi D’Ancona, um dos idealizadores do laboratório.

A enfermeira do Hospital de Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti e pesquisadora-colaboradora do LabUro, Rosângela Higa, disse que a implantação do laboratório é um sonho da professora Maria Helena Baena de Moraes, que por motivos de saúde não pode comparecer à inauguração. “A primeira linha de pesquisa que Maria Helena irá implementar são estudos para diminuir o impacto pré e pós-prostatectomia na qualidade de vida dos homens”, revelou Rosângela.

A diretora-associada da FCM, Rosa Inês Costa Pereira, disse que conhece a capacidade e tenacidade de D’Ancona da convivência no Centro Cirúrgico e a dedicação de Maria Helena dos trabalhos desenvolvidos em conjunto na Comissão de Pesquisa do Caism. “Confesso que essa união de esforços tem propiciado ao conjunto da FCM esse crescimento e multiplicação de laboratórios. Isso facilita a interação de Departamentos e Unidades. Disso, virá muita pesquisa de boa qualidade”, ressaltou Rosa Inês.



**A incontinência urinária atinge cerca de 5% a 15% dos homens e em torno de 20% a 30% de mulheres. Com a idade, este índice pode chegar a 50%. Na infância e na adolescência, a incontinência urinária é bastante elevada e chega a ser comparada com a incidência de alergias. A incontinência urinária é um problema mundial. No Brasil, há poucos estudos sobre o impacto emocional da doença, principalmente em homens.**

*Edimilson Montalti*

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS E IMPRENSA  
FCM, UNICAMP

**NOTAS**

\* No dia 28 de novembro, aconteceu na Unicamp, na Casa do Professor Visitante, o primeiro Lipid Club. O evento, coordenado pela professora Eliana Cotta de Faria, do Departamento de Patologia Clínica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e pelo professor Eder Quintão, da Universidade de São Paulo (USP), reuniu em torno de 50 pessoas entre pesquisadores e alunos de pós-graduação de universidades públicas paulistas. De acordo com a organização do encontro, o próximo deverá ocorrer dentro de seis meses. O local não foi informado.

Durante o encontro foram apresentados, oralmente, pelos alunos de pós-graduação, 13 trabalhos científicos desenvolvidos nas áreas médica e biológica da Unicamp e da USP, com ênfase no metabolismo da lipoproteína de alta densidade (HDL), na proteína de transferência de ésteres de colesterol (CETP), em diabetes mellitus e em fitosteróis.

Um dos destaques da reunião foi a participação do professor Anatol Kontush, do National Institute for Health and Medical Research (Inserm), de Paris, França. Anatol Kontush veio à Unicamp diretamente de uma reunião no Congresso *Prevent Brazil* da Sociedade Brasileira de Cardiologia, em Florianópolis,

Santa Catarina, onde apresentou uma palestra sobre a lipoproteína de alta densidade, sua especialidade. Ele está lançando, nos próximos meses, um livro intitulado *High-Density Lipoprotein*.

Os professores e orientadores da Unicamp Andrei Sposito (FCM) e Helena C. F. Oliveira (IB) e da USP Edna Nakandakare, Marisa Passarelli, Patricia Cazita e Valeria Sutti Nunes também tiveram participações importantes no encontro.

"A proteína de transferência de ésteres de colesterol (CETP) é uma proteína determinante da concentração da HDL no plasma e, por reduzi-la pelo mecanismo de transferência de lípidos entre esta e as lipoproteínas que contém a polipoproteína B, tem papel aterogênico. Portanto, a inibição da CETP, alvo de várias indústrias farmacêuticas no mundo, leva a um aumento grande nas concentrações da HDL plasmático. Especula-se e estuda-se que este efeito seja acompanhado também de aumento em suas funções antiaterogênicas", explicou Eliana Cotta de Faria.

A organização do evento contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e com o apoio técnico de Daniele Angélica de Alencar, da Unicamp.

Horário: 14 horas  
Local: Anfiteatro 2 da FCM

\* *Seminário de apresentação de Indicadores de Avaliação e Monitoramento de CAPS III*  
Horário: a partir das 9 horas  
Local: Auditório da Faculdade de Engenharia Civil e Arquitetura  
Org.: Grupo Saúde Mental e Saúde Coletiva: Interfaces do Departamento de Saúde Coletiva

**Dias 12 a 23**

\* *Exposição 30 anos de FCM: um recorte*  
Horário: das 9 às 17 horas  
Local: Espaço das Artes da FCM

**Dia 14**

\* *Entrega do Prêmio de Incentivo à Graduação "Prof. Dr. Gabriel Porto"*  
Horário: 14h30  
Local: Anfiteatro 1 da FCM

**Dia 15**

\* *Descerramento do quadro dos formandos da XXI Turma de Enfermagem*  
Horário: 15 horas  
Local: Departamento de Enfermagem

**EVENTOS DE DEZEMBRO****Dia 2**

\* *Reunião Rede-Hiss*

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**

Prof. Dra. Rosa Inês Costa Pereira

**Anatomia Patológica**

Prof. 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**

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

**Farmacologia**

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

**Genética Médica**

Prof. Dra. Iscia Lopes Cendes

**Medicina Prev. Social**

Prof. Dra. Marilisa Berti de Barros

**Neurologia**

Prof. Dr. Fernando Cendes

**Oftalmo/Otorrino**

Prof. Dr. Reinaldo Jordão Gusmão

**Ortopedia**

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

**Patologia Clínica**

Prof. 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**

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

**Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem**

Prof. Dra. Luciana de Lione Melo

**Coord. do Curso de Graduação em Farmácia**

Prof. Dr. Stephen Hyslop

**Coord. Comissão de Aprimoramento**

Prof. 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**

Prof. Dra. Lillian Tereza Lavras Costallat

**Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)**

Prof. 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

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dra. Luciana de Lione Melo

Prof. 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

Boletim Digital: Cláudio Moreira Alves

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)