



Carlos Chagas: o prêmio perdido - parte 2

Em 1913 Carlos Chagas recebera uma prematura indicação ao prêmio Nobel, quando apenas 14 trabalhos haviam sido publicados sobre a Doença de Chagas até aquele momento. Contudo, oito anos depois o cenário era diferente: o médico consolidara vários aspectos clínicos da doença, corrigira erros iniciais de sua pesquisa e apresentara seus achados em congressos internacionais. Seu sucesso no exterior não foi corroborado por seus compatriotas, onde declarações tendenciosas na própria Academia Nacional de Medicina, que incluíam a negação sobre a existência da parasitose, confundiam a opinião pública.

Este foi o cenário de sua indicação ao Prêmio Nobel de 1921, ano que se perpetuou na história como aquele em que nenhum pesquisador foi laureado na área de medicina. Parte do mistério pôde ser resolvido pelo biógrafo de Salvador Mazza, um importante pesquisador da Doença de Chagas na Argentina: *“Em 1921, [Chagas] foi proposto para o Prêmio Nobel de Medicina e, quando tudo indicava que lhe seria concedido, influências interferiram. O Instituto sueco havia se dirigido a entidades científicas do Brasil, solicitando dados sobre a sua personalidade e a sua obra; porém alguns dos seus próprios compatriotas objetaram...”*

De acordo com os estatutos do Comitê Nobel, os papéis sobre a análise dos candidatos à premiação são liberados após cinquenta anos. Na década de 1990, a médica e pesquisadora da Unicamp, Rachel Lewinsohn, pediu acesso à documentação de 1921. De início, Estocolmo respondeu-lhe favoravelmente ao envio para, em seguida, negar a existência que qualquer avaliação escrita. Desta forma, a perda do Nobel de Medicina para Carlos Chagas não pôde ser, oficialmente, comprovado.

Houve ainda uma indicação extra-oficial de Carlos Chagas para a premiação do

Nobel de 1936. Entretanto, devido ao falecimento do pesquisador em 1934, a indicação não foi levada a termo, pois o prêmio, de acordo com os estatutos estipulados pela Fundação Nobel, não pode ser atribuído postumamente.

A polêmica da descoberta da Doença de Chagas na Academia Nacional de Medicina pode ter exercido uma influência negativa sobre a Comissão do Nobel, não permitindo que Carlos Chagas fosse laureado. Contudo, esta não foi a pior e mais controversa parte da história.

A Doença de Chagas no Brasil existe desde tempos pré-coloniais, contudo, seu significado epidemiológico teria sido pequeno até o século XIX. Neste período, o desequilíbrio ecológico causado por extensos desmatamentos nas lavouras de cana de açúcar e café, as migrações de um elevado número de pessoas para o interior e a chegada ao país do mais importante transmissor da Doença de Chagas, um “barbeiro” conhecido cientificamente como *Triatoma infestans*, tornaram-na epidemiologicamente significativa e causaram a contaminação de milhões ao longo dos anos. Uma tragédia que poderia ter sido ao menos minimizada, se houvesse conhecimento sobre a doença e sobre a implantação de possíveis ações profiláticas. Informações que por décadas foram retardadas nas Universidades brasileiras, como consequência da polêmica dos anos de 1920.

Neste contexto, evitar a contaminação e morte de muitos dos portadores da Doença de Chagas teria sido um prêmio maior e incontestável para o pesquisador e para o país. A população pobre, desinformada e esquecida pelo poder público é a verdadeira vítima desta infeliz história.

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

NESTA EDIÇÃO:

Modos de ser de escolares em risco social: relações familiares, balé clássico e alfabetização

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

Três obras-primas completam 50 anos

Auxílios ópticos vence prêmio PAEPÉ na FCM

Modos de ser de escolares em risco social: relações familiares, balé clássico e alfabetização

O ambiente proporcionado pela aula de balé clássico mostrou-se eficiente para o desenvolvimento de relacionamentos sociais e a consequente formação de vínculos significativos na vida das crianças.

O objetivo deste estudo é compreender crianças em idade escolar em situação de risco social por meio do ballet clássico como forma de lazer e expressão de suas vivências. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na Fenomenologia análise da estrutura do fenômeno situado. Participaram 24 crianças em idade escolar, sendo duas do sexo masculino e 22 do sexo feminino, residentes no complexo Gênesis-Moscou-Cafezinho, no município de Campinas e que compareceram às aulas de balé clássico oferecidas pela Associação Caliel Mendonça.

Após cada aula, foi proposto um tema relacionado às diversas facetas da vida dos participantes e, ao final de cada encontro, cada criança elaborou um capítulo dos seis capítulos que compuseram um livro, explicitando, desta maneira, o fenômeno estudado. Para compreensão do fenômeno, os discursos contidos nos livros foram analisados de acordo com as orientações emanadas de literaturas específicas sobre pesquisa fenomenológica. Os discursos foram agrupados em quatro categorias: a criança e sua autoimagem, a criança e o balé clássico, a criança e o ambiente familiar, e a criança e o ambiente escolar.

O balé clássico emerge de forma bastante expressiva estando presente não somente no encontro onde o tema foi proposto, mas em outros. A atividade representa não somente lazer, mas também perspectiva futura. O ambiente proporcionado pela aula de balé clássico mostrou-se eficiente para o desenvolvimento de relacionamentos sociais e a consequente formação de vínculos significativos na vida das crianças.

A família surge, quase na totalidade dos discursos, vinculada a um sentimento positivo representando uma fonte de carinho e segurança e, também, como base para a criação de uma autoimagem positiva na criança, principalmente através do incentivo para realização de atividades, dentre elas, o balé clássico.

A temática violência emerge, ora mais sutilmente, ora de modo enfático. O

ambiente escolar possui uma diversidade de pessoas com características físicas, culturais e sociais diferentes, o que propicia um grande número de interações contínuas abrangendo, desta maneira, a formação de vínculos afetivos e o preparo para a inserção do indivíduo na sociedade. O tema violência ressurge quando este ambiente escolar é questionado. No entanto, de maneira geral, a escola também está associada a sentimentos positivos.

Apesar de não ser o foco inicial da pesquisa, os erros gramaticais, tanto sob o aspecto quantitativo como qualitativo, o reduzido vocabulário e a visível dificuldade para se expressar por meio da escrita, presentes nos textos produzidos pelas crianças, foram notáveis.

É fulgente a diferença entre os textos das 22 crianças que frequentam o sistema público de ensino quando comparadas às duas crianças que cursam escolas privadas, tanto com relação ao espectro vocabular, quanto ao uso inadequado da ortografia da língua portuguesa, apontando a lacuna entre ambos os sistemas, evidenciando a falha do ensino público brasileiro.

Diante desta constatação no âmbito da alfabetização, outras indagações surgiram. Quem são os professores destas crianças e como desenvolvem suas atividades? Qual a contribuição ideal/real da família neste contexto? Poderia o balé clássico apoiar/colaborar na aquisição da linguagem escrita? No entanto, na pesquisa fenomenológica, o fenômeno estudado nunca é desvelado em sua totalidade, e desta forma, este trabalho abre novos caminhos para questionamentos que impulsionarão estudos futuros.

Flávia Pagliusi

Profa. Dra. Luciana de Lione Melo

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FCM, UNICAMP

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil em Síntese. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese. Acesso em: 6 de dezembro de 2009.

2. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Estatuto da Criança e do Adolescente, São Paulo; 2004. 13ª ed. São Paulo (Estado).

3. Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciênc. Saúde Coletiva 2005;10(2):357-63.

4. Martins J, Bicudo MAV. Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes; 2004.

5. Dessen MA, Polonia SC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. Rev. Paidéia 2007;17(36):21-32.

Abordagem inicial do carcinoma bem diferenciado da tireoide de baixo risco - parte 1

O tratamento considerado mais adequado para o paciente com câncer da tireoide bem diferenciado, atualmente, a tireoidectomia total seguida de ablação actínica com iodeto-¹³¹I (¹³¹I), oferece ao paciente um prognóstico muito bom, com sobrevida longa, similar à da população que nunca teve câncer em mais de 80% dos casos.^{1-3(D)} Após a cirurgia e a radioiodoterapia, os pacientes são tratados com levotiroxina em dose inicialmente supressiva, visando reduzir os níveis séricos de TSH para evitar ou prevenir o crescimento de qualquer tumor residual. Pesquisa de corpo inteiro com iodeto-¹³¹I (PCI ¹³¹I), ultrassonografia cervical e medidas de tiroglobulina (Tg) sérica são usadas para monitorar os pacientes.^{1-3(D)}

A tireoidectomia total é, nesse momento, a melhor opção para todos os pacientes, independente do tamanho inicial do tumor, pois, atualmente, nenhum fator, clínico, cirúrgico, anatomopatológico, laboratorial ou molecular é capaz de prever com segurança o comportamento do tumor.^{1-3(D)} Embora o microcarcinoma papilífero tenha um excelente prognóstico (mortalidade ~1%), a chance de metástases a distância alcança 2,5% e a recorrência linfonodal 5%.^{4(D),5(B)} A tireoidectomia total no momento do diagnóstico elimina a necessidade de eventual reintervenção cirúrgica (para totalização) no caso de identificação de linfonodos comprometidos ou tipo histológico associado a comportamento mais agressivo no exame histológico. Além disso, a tireoidectomia total possibilita o seguimento do paciente através da dosagem sérica da Tg. Apesar de ser um tratamento mais radical nos pacientes de baixo risco, esta intervenção, em mãos de cirurgiões habilitados, traz os riscos de hipoparatiroidismo e lesão de nervo laríngeo recorrente a níveis ínfimos.

Radioterapia adjuvante e PCI pós-cirurgia

A terapia com ¹³¹I após a tireoidectomia é importante para eliminar resíduos microscópicos em leito tireoidiano e/ou lesões metastáticas, o que diminui a incidência de recorrências e a mortalidade, especialmente em pacientes de alto risco.^{1-3(D)} A ablação terapêutica com ¹³¹I facilita a

interpretação dos valores de Tg de forma que, enquanto não existirem estudos comparando a evolução de pacientes de baixo risco com e sem radioiodoterapia adjuvante, acreditamos que, uma vez tomada a decisão de intervenção cirúrgica, que advogamos seja a tireoidectomia total, ela deva ser complementada pela radioiodoterapia adjuvante em todos os casos em que houver tecido iodocaptante (remanescentes ou eventualmente metástases locorregionais e à distância), identificado na PCI ¹³¹I diagnóstica, independentemente do valor de captação. Exceção se faz com níveis de captação acima de 10% em que pode, eventualmente, ser indicada nova abordagem cirúrgica.

A realização da PCI é fundamental para avaliação de remanescentes em leito tireoidiano (que pode ser feita tanto com ¹³¹I como com ¹²³I), e para programação da dose terapêutica com ¹³¹I. Tal procedimento envolve um preparo com o objetivo de reduzir a concentração de iodo não radioativo no organismo e elevar os níveis de TSH (idealmente acima de 30 UI/mL), proporcionando assim as condições ideais para máxima concentração do iodo radioativo pelas células remanescentes. Assim, o paciente é submetido a uma dieta pobre em iodo por duas a três semanas e restrição de contato com substâncias com alta concentração de iodo por até 90 dias, dependendo da substância.

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

A tireoidectomia total no momento do diagnóstico elimina a necessidade de eventual reintervenção cirúrgica (para totalização) no caso de identificação de linfonodos comprometidos ou tipo histológico associado a comportamento mais agressivo no exame histológico.

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, Sperling M, Landenson P.W., 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.

Acerca da bioética da beira do leito - parte 5

A bioética da beira do leito valoriza a tomada de decisão específica entre as partes envolvidas- com certas salvaguardas óbvias- onde a conveniência expresse de modo claro que elas estejam motivadas para se compromissarem à margem da "melhor" prática.

Ante as divergências de opinião - cada qual com gradações de subjetividades e objetividades - sobre a seleção de métodos, a preservação da fidelidade à relação médico-paciente requer atitudes de maturidade pessoal e profissional. Neste afã, o acervo de experiências da bioética pode contribuir para a construção dos alicerces de harmonização que darão sustentação a lídimas ligações entre a tecnociência e as humanidades. Hipotensão postural medicamentosa e sintomática (gerando dilema entre suspensão pelo malefício real e manutenção pelo benefício conceitual), convivência com mutilação terapêutica (percepção individual de impacto na qualidade de vida) e proposições de mudanças profiláticas de hábitos (dificuldade de renúncia a certos prazeres como fumo e alimentação) são gatilhos de ebulições à beira do leito, que demandam o verdadeiro significado humano de uma relação médico-paciente. O olhar ciclópico é o desejável perante estrabismos de opinião e a bioética permite um excelente exercício de ajuste.

Ponto crítico é que à medida que desacordos vão se tornando acordos entre o médico e o paciente, surge o risco de provocarem desarmonia com a visão do bem cuidar pela sociedade (inclui estar na contramão do livro de medicina em seu contexto social e insubmissão a diretrizes clínicas). Em consequência, o médico receia que ao tolerar, possa resultar enquadrado numa infração ética de negligência ou de imprudência, base para sofrer ações judiciais. É um terrível fantasma que assombra a beira do leito atual! A bioética da beira do leito é um fórum adequado para reflexões numa abrangência interdisciplinar sobre o que poderia ser real ou ilusório.

O individualismo faz florescer riscos e murchar garantias, e, na insegurança "de ser minoria", a norma "da maioria" é porto-seguro. Desafios de compartilhamento *off road* médico-paciente de decisões em função de análise de adversidades trazem intranquilidade porque podem gerar futuras sem prazos prescritivos reações adversas para o médico, através do próprio paciente/terceiros. Rótulos iniciais de aprovação são trocados,

muitas vezes, por rótulos de desaprovação, em função de má evolução clínica, ou seja, um pacto sobre método pode vir a ser julgado pelo resultado, subvertendo as bases do compromisso médico-paciente firmado.

O médico sente-se colocado em isolamento, como que apartado da medicina que ele jurou praticar. Ele precisa da maturidade pessoal e profissional, tem que se valer de personalidade para sustentar a postura diferente perante a necessidade circunstancial do seu paciente. Acresce que não infrequente, uma decisão precisa ser tomada sobre hipóteses e não sobre certezas diagnósticas. Neste clima propício a críticas e a processos, as bases para discussões sobre a modernidade da relação médico-paciente não devem dispensar os fundamentos da bioética. Eles são educativos e eficientes para a afirmação do médico íntegro impactado pelas caleidoscópicas interligações entre o estado da arte da Medicina e a arte de estar sendo o médico. Algumas frases utilizadas por médicos falam por si: aqui fazemos assim; sigo diretrizes para dormir tranquilo; eu não cuido deste paciente que já sei que vai se recusar a receber transfusão de sangue; se o paciente me procurou é porque quer que eu faça o que julgo melhor, não dou opções.

A bioética da beira do leito valoriza a tomada de decisão específica entre as partes envolvidas- com certas salvaguardas óbvias- onde a conveniência expresse de modo claro que elas estejam motivadas para se compromissarem à margem da "melhor" prática. Em tempos de *prêt-à-porter*, alfaiate é exceção. Ademais, a bioética da beira do leito dá subsídios para a apreciação das nebulosidades de critérios médicos e sociais para julgar boa e má prática. A bioética fortalece o individualismo responsável.

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. *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. Conheço & aplico & comporto-me: 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 1

A farmacovigilância é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ciência relativa à detecção, avaliação, entendimento e prevenção de efeitos adversos e outros problemas relacionados aos medicamentos. Como são substâncias biologicamente ativas, os medicamentos não são totalmente inócuos e predisõem seus usuários a uma série de riscos.

Apesar das inúmeras vantagens que os fármacos trouxeram à sociedade, como a profilaxia de enfermidades, melhora da qualidade de vida, aumento da expectativa de vida, erradicação de doenças; estes também trazem desvantagens quando utilizados irracionalmente, como aumento dos custos da atenção à saúde, reações adversas aos medicamentos (RAM), interações medicamentosas e erros de medicação.

Desde os tempos mais remotos, as formulações farmacêuticas são reconhecidas como potencialmente perigosas. Mas foi a partir de 1960 que as ações em farmacovigilância tiveram início devido à bem conhecida "Tragédia da talidomida", embora outros acidentes envolvendo medicamentos tenham ocorrido antes dela, como as mortes súbitas durante a anestesia com clorofórmio, icterícia devido ao salvarsan e lesão hepática associada ao elixir de sulfanilamida contendo dietilenoglicol.

Nos últimos 40 anos, outras reações adversas de relevância e impacto ocorreram, como a nefropatia relacionada à fenacetina (1980), rabdomiólise associada ao uso de cerivastatina (2001) e cardiotoxicidade devido a cisaprida (2000), rofecoxibe (2004) e rosiglitazona (2010), marcando a história da farmacovigilância.

Os objetos da farmacovigilância são os eventos adversos aos medicamentos (EAM), compreendendo as reações adversas, interações medicamentosas, ineficácia terapêutica, erros de medicação e as chamadas queixas técnicas.

A reação adversa ao medicamento (RAM) é definida pela OMS como qualquer evento nocivo e não intencional que tenha ocorrido na vigência do uso de medicamento, em doses normalmente usadas em humanos, com finalidade terapêutica, profilática ou diagnóstica.

A interação medicamentosa corresponde à interferência de um fármaco na ação do outro. As interações indesejáveis ou prejudiciais determinam a redução do efeito ou resultados contrários aos esperados, aumento da incidência de efeitos adversos e custo da terapêutica.

A ineficácia terapêutica ocorre quando medicamentos não apresentam os efeitos que se esperam deles, podendo resultar de problemas relacionados à qualidade do medicamento, de uma interação medicamentosa, uso inadequado, como indicação incorreta, posologia inadequada, via de administração errada, incompatibilidades com materiais médico-hospitalares, com soluções diluentes (erro de medicação), formas de armazenamento, ou tolerância do paciente ao medicamento.

Os objetos da farmacovigilância são os eventos adversos aos medicamentos (EAM), compreendendo as reações adversas, interações medicamentosas, ineficácia terapêutica, erros de medicação e as chamadas queixas técnicas.

Os objetos da farmacovigilância são os eventos adversos aos medicamentos (EAM), compreendendo as reações adversas, interações medicamentosas, ineficácia terapêutica, erros de medicação e as chamadas queixas técnicas.



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

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. Genebra: WHO, 2002.

Três obras-primas completam 50 anos

Becker, Geer, Hughes e Strauss analisam como estudantes de medicina da Universidade de Kansas (EUA) tornam-se médicos, em um estudo pioneiro, distinto do que havia sido publicado em 1957 por Merton e colaboradores que pesquisaram o processo de formação médica.

Em 2011 comemoramos o cinquentenário de três importantes obras que marcaram a história, a sociologia, a filosofia e as ciências da saúde. Sem estabelecer precedência de importância, são: a *História da loucura*, de Michel Foucault (1926-1984); *Asylums*, de Erving Goffman (1922-1982); *Boys in white*, de Howard Becker (1928).^{1,2,3} São autores de distintas nacionalidades: francesa, canadense e americana; contemporâneos, nascidos na segunda década do século XX, cujos trabalhos são referências a partir dos anos 60. Seus livros publicados em 1961 passaram a ser consulta obrigatória para os estudiosos das mais diversas áreas do conhecimento.

Foucault em sua tese de doutorado inova, primeiramente, o campo da filosofia com o tema da loucura, como também, ao analisá-lo, introduz uma nova perspectiva - a história arqueológica. Trata-se de magnífica obra que desvenda por meio de textos literários, obras de arte, textos científicos, decretos, leis, como ocorreu o grande confinamento, a instituição do asilo e o nascimento da psiquiatria. Para ele, a loucura é uma construção social, política e médica.

Goffman que já havia publicado, em 1959, *The presentation of self in everyday life*, onde aborda a interação social como representação teatral, apresenta em *Asylums*, uma densa perspectiva teórica e conceitual. Traduzido com o título de *Manicômios, conventos e prisões*, é composto por “quatro textos, escritos em diferentes momentos, planejados separadamente e tendo como foco principal a situação dos internados, mas que formam uma coerente análise sobre questões que seriam fundamentais na discussão da doença/saúde/instituição mental”.

No primeiro, trata das “instituições totais” quer sejam os manicômios, ou as prisões, ou os conventos. Definidas “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da

sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

No segundo, sobre a carreira do paciente, onde em sentido amplo, carreira é entendida como “qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida”. O terceiro texto é “A vida íntima de uma instituição pública”, cuja organização é entendida como “um sistema de atividades intencionalmente coordenadas e destinadas a provocar alguns objetivos explícitos e globais”. Goffman encerra o livro com o texto “O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica”, destacando o fato de que a hospitalização psiquiátrica não se ajusta ao modelo de serviço médico.⁴

Becker, Geer, Hughes e Strauss analisam como estudantes de medicina da Universidade de Kansas (EUA) tornam-se médicos, em um estudo pioneiro, distinto do que havia sido publicado em 1957 por Merton e colaboradores que pesquisaram o processo de formação médica. Em Becker, a metodologia usada faz com que se revelem as formas de organização interna dos estudantes e como constroem o que denomina a “cultura do estudante”.

Para Foucault e Goffman, a perspectiva é a de compreender o discurso psiquiátrico, no primeiro a histórica, no segundo, a psicossociológica. Mas ambos se encontram ao detectarem dentre outros aspectos o poder das e nas instituições psiquiátricas.⁵ Já em Becker, o estudo do processo de socialização profissional e a aquisição de uma identidade passa por avaliações pragmáticas sobre a aprendizagem dos anos escolares, assim como pela aquisição tanto da responsabilidade médica como da experiência clínica, essenciais para a futura prática no cuidado de pacientes.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

1. Foucault, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

2. Goffman, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite, 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

3. Becker, HS e col. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.

4. Nunes, ED. Goffman: contribuições para a sociologia da saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 | 1 | 173-187, 2009.

5. Benelli, JS e Costa-Rosa, A. da Geografia do poder em goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. *Estud. psicol.* (Campinas) [o 2003, vol.20, n.2, pp. 35-49 estabelecem interessante comparação entre Foucault e Goffman.

Auxílios ópticos vence prêmio PAEPE na FCM

O projeto “Auxílios ópticos: usabilidade de um site de internet na orientação de acadêmicos, professores, profissionais e todos os usuários interessados no tema” de Cláudio Moreira Alves, foi o vencedor do prêmio aos profissionais da carreira Paepe na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. O projeto “Construção do mapa de risco a Cipa/ FCM em ação” de Lania Carla Splendor Costa e Higor Campos do Nascimento recebeu menção honrosa. No total, sete trabalhos concorreram ao prêmio PAEPE na FCM nas categorias “Administração e gestão”, “Exatas e tecnológicas” e “Qualidade de vida”. O anúncio do projeto vencedor foi feito pela diretora-associada da FCM, Rosa Inês Costa Pereira, na sexta-feira (4), na Sala da Congregação.

“Parabenizamos a todos pelo envolvimento e motivação. Houve uma grande seriedade na escolha do projeto vencedor. Os resultados são importantes, a economia é importante, o desempenho é importante, mas temos que primar pela qualidade de vida em nosso ambiente de trabalho. É importante o conhecimento que se transforma numa atividade acadêmica amplamente aplicada em benefício da sociedade”, disse Rosa Inês.

De acordo com a comissão julgadora da FCM, a avaliação dos projetos teve duas etapas. A primeira etapa abrangeu o êxito dos trabalhos. A segunda etapa focou o caráter inovador, a aplicabilidade, a abrangência interna e externa à Universidade e a relação com ensino, pesquisa e extensão.

“A escolha do projeto vencedor foi

unânime e tranquila. O trabalho escolhido tem uma inclusão social interessante e vai concorrer com toda a Unicamp. Quem não ganhou este ano, pode inscrever o trabalho na próxima edição do prêmio PAEPE”, explicou Maria Sílvia Teixeira Giocomas, do Departamento de Enfermagem, membro da comissão julgadora.

Cláudio Moreira ficou surpreso e emocionado com o prêmio. O site Auxílios Ópticos foi criado em 2009 a pedido da professora Keila Mirian Monteiro de Carvalho, da disciplina de oftalmologia do Departamento de Oftalmo/Otorrinolaringologia da FCM da Unicamp. Este ano, o site foi reformulado para atender aos padrões da internet. Novos vídeos foram incluídos e uma área para baixa visão em idosos também. O site já tem quase nove mil acessos.

“A partir da inscrição do projeto no prêmio PAEPE, recebi o convite da professora Keila para fazer o mestrado aqui na FCM. Estou muito feliz em ver o trabalho valorizado e ter a oportunidade de estudar”, disse Cláudio.

No dia 19 de dezembro, às 15 horas, na sala do Consu, acontece a premiação geral da Unicamp da qual concorrem todos os vencedores premiados nas respectivas unidades. Participaram da comissão julgadora da FCM, Aglécio Luiz de Souza, do Departamento de Clínica Médica; Maria Sílvia Teixeira Giacomias, do Departamento de Enfermagem; Plínio Trabasso, do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas (HC) e Salete Gobi Chiulle Dias, da Comissão de Pós-Graduação da FCM.

“A escolha do projeto vencedor foi unânime e tranquila. O trabalho escolhido tem uma inclusão social interessante e vai concorrer com toda a Unicamp. Quem não ganhou este ano, pode inscrever o trabalho na próxima edição do prêmio PAEPE”, explicou Maria Sílvia Teixeira Giocomas, do Departamento de Enfermagem, membro da comissão julgadora.

TRABALHOS CONCORRENTES AO PRÊMIO PAEPE NA FCM



Reforma administrativa nas secretarias de Departamentos
Autoras: Carmen Sílvia dos Santos e Celeni Riul Gaal
Categoria: Administração e Gestão



Construção do mapa de risco - A CIPA/FCM em ação
Autores: Lania Carla Splendor Costa e Higor Campos do Nascimento
Categoria: Qualidade de Vida

SIGAPED - Sistema utilizando software livre Ruby on Rails para gerenciamento de animais e pesquisas
Autora: Sandra Cristina Bibries
Categoria: Exatas e Tecnológicas



O uso da tecnologia “high-throughput screening” na busca de substâncias antineoplásicas
Autor: Gilberto Carlos Franchi Junior
Categoria: Áreas Médicas e Biológicas



A FCM dos fragmentos à democratização da gestão
Autor: José Reinaldo Braga
Categoria: Administração e Gestão



Desenvolver metodologias de planejamento de compras junto ao solicitante
Autores: Klesio Divino Palhares, Maria José Ramalheira Guardado e Adélia Cristina da Silva
Categoria: Administração e gestão

Auxílios ópticos: usabilidade de um site de internet na orientação
Autor: Cláudio Moreira Alves
Categoria: Qualidade de Vida



Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS, FCM, UNICAMP

EVENTOS DE NOVEMBRO

Dias 1 e 2

*XX Congresso Médico Acadêmico da Unicamp
 Horário: das 18 às 22 horas e das 9 às 18 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 3

*Fórum Permanente Obesidade e Diabetes
 Horário: das 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 4

*Saúde Coletiva ao Meio-Dia
 Horário: 12h30
 Local: Anfiteatro do Departamento de Med. Prev. e Social

Dias 4 e 5

*IV Jornada de Neurociências
 Horário: das 14 às 17 horas e das 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 8

*Fórum Permanente Segurança do Paciente: interface entre o ensino e prática de enfermagem
 Horário: das 9 às 17 horas

Local: Auditório da FCM

Dia 10

*Fórum Extra - Educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos
 Horário: das 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 11

*Fórum Extra - Doenças transmissíveis de interesse de saúde pública na região de Campinas
 Horário: das 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 16

*A educação profissional em enfermagem: transformações necessárias
 Horário: 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

*Exposição Fotográfica
 Artista: André Santiago
 Horário: das 9 às 17 horas
 Local: Espaço das Artes da FCM



Dia 17

*I Fórum "A prática de apoio no SUS"
 Horário: das 9 às 17 horas
 Local: Auditório da FCM

Dia 22

*II Congresso de Iniciação à Prática de Ciências
 Horário: das 12 às 17 horas
 Local: Anfiteatro I da FCM

Dia 28

*Aula inaugural do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Conferência: Carmen G. S. Scochi
 Horário: 9 horas
 Local: Salão Nobre da FCM

Dia 30

*Inauguração do Laboratório LabUro
 Horário: 9 horas
 Local: Prédio do Ciped da FCM

Confira a programação completa dos eventos que ocorrem na FCM pelo site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor
 Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
 Vice Reitor
 Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca
Departamentos FCM
 Diretor
 Prof. Dr. Mario José Abdalla Saad
 Diretora-associada
 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. Lilian Tereza Lavras Costallat
 Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)
 Prof. Dra. Ivani Rodrigues Silva
 Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)
 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 Edimilson 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
 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)