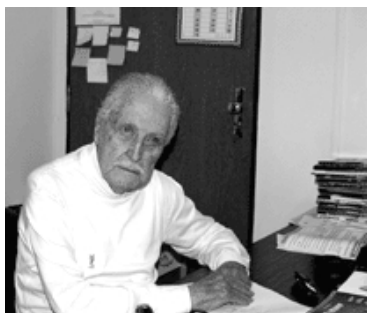




IMPRESSO ESPECIAL  
9.91.21.7687-2 - DR/SP1  
FCM / Unicamp  
PODE SER ABERTO PELA EBCT

## Meu depoimento sobre Oswaldo Vital Brazil: parte 2



Oswaldo Vital Brazil (1912-2008)

Em 1964, Oswaldo Vital Brazil iniciou o curso de Farmacologia para alunos do segundo ano de Medicina.

Embora ministrasse a maioria das aulas teóricas, participava ativamente no curso prático, insistindo na quantidade e na qualidade das aulas, nas quais os alunos eram subdivididos em turmas e todos os assistentes deviam participar. Nessa época, ressaltava-se a participação de Álvaro Eugênio que, tendo começado conosco, acabou se separando para fundar o Departamento de Anestesiologia.

A partir de 1967, o curso passou a contar com vários outros docentes: Lea R. Simioni, Urbano Morato, Marcos D. Fontana, Albetiza Lobo de Araujo e Gun B. Bergstein Mendes. Desta forma, além dos trabalhos em toxinologia que predominavam, o Departamento começou a crescer também em outras áreas. O professor Oswaldo Vital Brazil dirigiu o Departamento de Farmacologia até sua aposentadoria compulsória, em 1982. Passando à professor emérito dessa Universidade.

Foi agraciado com a medalha Butantan “por sua contribuição ao engrandecimento do Instituto Butantan e para o progresso da Ciência” e com a placa oferecida pela diretoria da *Pan American Section da International Society of Toxinology* “for outstanding contributions to the field of toxinology”.

A Academia de Ciências do Estado de São Paulo realizou em sua homenagem, em 1988, o “Simpósio sobre Toxinas Protéicas”, durante o qual foi aclamado como primeiro presidente da recém-criada Sociedade Brasileira de Toxinologia

(SBTx). Nesta condição, procurou estreitar os laços que nos uniam ao Butantan e outros centros de Toxinologia no Brasil e no Exterior. Os editores do *Journal of Natural Toxins* dedicaram-lhe um número dessa revista “in recognition of his numerous and outstanding contributions to the field of toxinology”.

Entre as homenagens que lhe prestaram seus alunos, destacam-se as de paraninfo (1971) e a escolha de seu nome para designar a turma de doutorandos de 1975.

Filho de um grande médico e humanista, soube honrar suas origens, tornando-se um verdadeiro discípulo de seu pai. Trabalhador incansável, orientou numerosas teses, muitas das quais de médicos que pertenciam a outros Departamentos. Publicou mais de 80 trabalhos, tendo sido responsável por cerca de 200 comunicações apresentadas em congressos por ele ou seus colaboradores, aos quais sempre procurou transmitir o entusiasmo, o respeito e o amor que sentia pela pesquisa.

Após sua aposentadoria, o Departamento continuou a crescer, recebendo novos docentes: Nanci Airoidi, Maria Helena Hunziker, Glaci Ribeiro da Silva, Mary Lucy de Sousa Queiroz, Gilberto de Nucci, Sergio de Moraes, Carlos Alberto Flores, Stephen Hyslop, Edson Antunes, Heitor Moreno Junior, Cleber Evandro Teixeira, Sisi Marcondes Paschoal. Todos, em muito, contribuíram para o crescimento do Departamento em outras áreas não ligadas à toxinologia, participando na formação dos alunos do curso de pós-graduação, oferecido desde 1988 pelo Departamento. Graças à contribuição de todos, a produção científica do Departamento de Farmacologia cresceu, consolidando sua posição dentro da Faculdade de Ciências Médicas e da Unicamp.

Profª. Dra. Julia Prado-Franceschi  
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA  
FCM, UNICAMP

**NESTA EDIÇÃO:**  
**Por que Pós-Graduação em Enfermagem?**

**VEJA TAMBÉM:**  
**Epilepsia na atenção básica: parte 2**

**Ética em cuidados paliativos: parte 1**

**O nobre fermentado: parte 2**

**Notas sobre a humilhação social**

**3ª Semana de Pesquisa da FCM**

## Por que Pós-Graduação em Enfermagem?

*Assim como em outras áreas, os padrões de ação na Enfermagem são estabelecidos a partir de um determinado conhecimento. Entretanto, nesta fase de intensa revolução tecnológica, evolução constante das populações, do ambiente, das relações sociais e de mudança dos perfis de morbimortalidade, como pode o enfermeiro saber quais atividades conduzem aos melhores resultados em saúde? A pesquisa leva ao conhecimento e é indispensável para informar à prática clínica o que é necessário para o melhor resultado em saúde.<sup>1</sup> No Brasil, os profissionais de enfermagem representam uma importante força de trabalho, somando aproximadamente 1,3 milhão de trabalhadores, dos quais 200 mil são enfermeiros. Cerca de 80% deste contingente concentra-se no Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por assistir a grande maioria da população brasileira. Portanto, o enfermeiro e a equipe de enfermagem por ele coordenada são responsáveis pela grande parte das ações em saúde no país, desde as ações de menor complexidade até aquelas que requerem competências técnico-científicas especializadas.*

**Desde sua criação, em 1999, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGEnf) tituló 157 mestres, com previsão de titulação de mais 40 mestres até julho de 2010. Em 2008, teve início o Programa de Doutorado do PGEnf com 13 alunos aprovados.**

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem, a Região Metropolitana de Campinas (RMC) registra 20 mil profissionais de enfermagem, dos quais 3,3 mil são enfermeiros, o que corresponde a 1,5% de toda a força de trabalho de enfermagem e 1,6% dos enfermeiros no País. Estes dados respaldam a importância da qualificação e do desenvolvimento científico da Enfermagem, visando ao melhor cuidado em saúde da população brasileira e, por conseguinte, a importância estratégica da consolidação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Unicamp, em nível mestrado e doutorado, para a região.

Desde sua criação, em 1999, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PGEnf) tituló 157 mestres, com previsão de titulação de mais 40 mestres até julho de 2010. Em 2008, teve início o Programa de Doutorado do PGEnf com 13 alunos aprovados. A expansão para o doutorado tem significado particular no contexto nacional, considerando que contamos com 48 Cursos de Pós-Graduação em Enfermagem (um contingente pequeno em comparação aos mais de 700 Cursos de Graduação em Enfermagem reconhecidos pelo Ministério da Educação), dos quais somente 14 contemplam o nível doutorado.

No processo de aprovação da expansão para o nível doutorado, as avaliações intra e extrainstitucionais destacaram a coerência da proposta do PGEnf com sua Área de Concentração e Linhas de Pesquisa, a qualificação do corpo docente (“academicamente forte, com livre-docentes e pós-doutores, em quantidade e maturidade compatível com o nível do programa”), bem como o incremento quantitativo e qualitativo de sua produção científica, apontando o esforço dos docentes e alunos para atender às exigências para manutenção e consolidação de um programa de pós-graduação e, mais do que isso, o cumprimento da crítica etapa de disseminação do conhecimento produzido.

As ações do PGEnf partem da premissa de que a formação de profissionais e

pesquisadores altamente qualificados resulta em produção de conhecimento relevante e de aplicabilidade na prática clínica, com efeito multiplicador: estes profissionais serão formadores de novos profissionais e pesquisadores. A política do Programa tem sido o incentivo à integração dos alunos de graduação e de pós-graduação nas três grandes áreas de atuação universitária: no ensino, na pesquisa e na extensão, por meio de atividades como o Programa de Estágio Docente e formalização das reuniões dos Grupos de Pesquisa nas disciplinas de Seminários Avançados e nos campos de atuação clínica.

O envolvimento do PGEnf com a graduação se reflete na atuação da maioria dos 22 professores que compõem seu corpo docente, com carga horária didática, em média, de 390 horas por ano na graduação; no expressivo número de orientações de Iniciação Científica (em média 28/ano, totalizando 223 estudos no período 2001-2008) e de Trabalhos de Conclusão de Curso (28 estudos em 2008). Esta integração tem estimulado os recém-graduados à continuidade de sua formação acadêmica, contribuindo para a formação de jovens mestres e à continuidade de sua formação acadêmica com a busca pelo doutorado.

Concluindo, a Pós-Graduação em Enfermagem é importante para a qualidade do cuidado em saúde. O PGEnf da FCM da Unicamp, desde sua criação, tem cumprido seu papel de formar profissionais, professores e, agora, de pesquisadores e de disseminação do conhecimento produzido. A expectativa para os próximos anos é de consolidação das ações do Programa, para as quais, o apoio institucional que tem recebido será essencial para o cumprimento de suas metas.

*Profª. Dra. Maria Cecília B. J. Gallani*

COORDENADORA DO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FCM, UNICAMP

1. Buelow, J. Why nursing research? J. Neurosc. Nurs, 40 (4): 196-7, 2008.

## Epilepsia na atenção básica: parte 2

*Epilepsia é um problema neurológico grave e comum. As crises epiléticas são eventos clínicos que refletem uma disfunção transitória neuronal do cérebro que dura de segundos a poucos minutos. A epilepsia se caracteriza por crises epiléticas recorrentes, estereotipadas e não provocadas, na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris. A incidência da epilepsia em países em desenvolvimento é maior que nos países desenvolvidos, entretanto a prevalência mostra pouca variação, girando em torno de 1% a 2%. Estima-se que 40% dos pacientes não sejam tratados, adequadamente, em regiões com acesso universal a sistema de saúde primária e especializada no Brasil.<sup>19</sup>*

### Classificação sindrômica

A epilepsia pode ter várias causas compondo diferentes síndromes conforme a definição ou não da causa.

### Epilepsia sintomática

Devida a uma causa identificável. Por exemplo: mal formação cerebral, AVC, TCE, tumores, etc.

### Epilepsia idiopática

Reúne critérios clínicos e de eletroencefalografia (EEG) definidos, de provável origem genética. Nestes casos, as manifestações das crises, idade de início, junto com o EEG sugerem o diagnóstico de epilepsia idiopática. Neste grupo, cabe lembrar algumas síndromes comuns como ausência na infância, epilepsia benigna com espículas centro-temporal (Rolândica) e a epilepsia mioclônica juvenil.

### Epilepsia possivelmente sintomática

Não tem uma causa estabelecida, mas a provável origem é lesional.

Podemos usar essa classificação, quando ainda não temos exames para esclarecer a etiologia da epilepsia, mas o quadro sugere uma epilepsia sintomática.

A tendência é que, com o desenvolvimento tecnológico, a porcentagem de epilepsias possivelmente sintomáticas diminua, dando lugar à epilepsia sintomática.

### Etiologia

Dentro do grupo das epilepsias sintomáticas as causas mais comuns são:

- Esclerose hipocampal - a região medial da região temporal pode sofrer lesão com perda neuronal e reação astrogliar, com atrofia consequente (visualizável com a ressonância magnética);
- Malformações do desenvolvimento cortical;
- Doenças infecciosas e parasitárias (neurocisticercose, meningites, encefalites);
- Traumáticas (traumatismos cranioencefálico, traumatismo/asfixia perinatal);
- Vasculares (malformações vasculares, acidente cerebrovasculares);
- Neoplásicas (tumores cerebrais).

### Fatores precipitantes de crises

Alguns fatores precipitam crises em pessoas com epilepsia:

- Interrupção da medicação antiepilética;
- Fotossensibilidade;
- Privação de sono;
- Estresse ou outros fatores emocionais;
- Abuso de certas drogas;
- Período perimenstrual.

### Exames complementares

#### Eletroencefalografia (EEG)

A EEG não faz o diagnóstico de epilepsia, que é clínico. Ele pode auxiliar na diferenciação entre epilepsias parciais e generalizadas e na classificação sindrômica das epilepsias idiopáticas.

#### Tomografia computadorizada (TC)

A TC tem grande utilidade no atendimento de urgência, a TC é muito importante, sendo indicada principalmente nos casos de idosos e etilistas com história obscura em relação a epilepsias, com intuito de detectar sangramentos e lesões expansivas (tumores) com risco à vida.

#### Ressonância magnética (RM)

A RM é o exame padrão-ouro na investigação de epilepsias ambulatoriais, principalmente após os mais recentes avanços, que identificam alterações sutis em regiões cerebrais, antes não vistas em TC.

#### 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. Li Li Min

Profª. Dra. Maria Augusta Montenegro

Profª. Dra. Marilisa Mantovani Guerreiro

Prof. Dr. Fernando Cendes

Prof. Dr. Carlos Guerreiro

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA

FCM, UNICAMP

Profª. Dra. Paula Teixeira Fernandes

Ana Lúcia Andrade Noronha Kanashiro

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE PACIENTES COM EPILEPSIA

(ASPE)

**A tendência é que, com o desenvolvimento tecnológico, a porcentagem de epilepsias possivelmente sintomáticas diminua, dando lugar à epilepsia sintomática.**

1. Noronha AL, Borges MA, Marques LH, Zaneita DM, Fernandes PT, de Boer H, Espindola J, Miranda CT, Prilipko L, Bell GS, Sander JW, Li LM. Prevalence and Pattern of Epilepsy Treatment in Different Socioeconomic Classes in Brazil. *Epilepsia*. 2007; Feb 22; [Epub ahead of print].

**Não se atrasa nem se apressa a morte. Pretende-se fornecer um alívio da dor e de outros sintomas penosos. (...) Por isso, dentre as questões éticas ligadas ao fim da vida, levanta-se a da distanásia, como um prolongamento exagerado da existência, por vezes com recurso a meios extraordinários ou desproporcionados de tratamento.**

## Ética em cuidados paliativos: parte 1

Estamos frente ao “cuidado total ativo de doentes cuja doença não tem benefício com o tratamento curativo. O objetivo é a obtenção de melhor qualidade de vida para o doente e sua família”, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Se a doença está no estágio de evolução chamado “terminal”, a morte é previsível em mais ou menos curto termo. As intervenções levadas a cabo visam atenuar os sintomas da doença (em particular, a dor), sem agir sobre a causa.<sup>1</sup>

Nesse contexto, o objetivo dos cuidados é preservar não a integridade corporal ou a saúde, mas a *dignidade humana*, que é essa possibilidade, para cada ser humano de, por intermédio da consciência, agir livremente e se autodeterminar. Assim se afirma o valor da vida e de lidar com o processo de morrer como fato normal no decurso da vida. Não se atrasa nem se apressa a morte. Pretende-se fornecer um alívio da dor e de outros sintomas penosos. Integram-se os aspectos psicológicos e espirituais e oferece-se um sistema de apoio que ajuda a viver tão ativamente quanto possível até a morte; e mais, proporciona-se um sistema de apoio que ajuda a família nos aspectos que se relacionam com a doença do seu ente querido e com o seu próprio luto.

As questões éticas da medicina paliativa se estabelecem: no *cuidado e conforto* que dizem respeito a continuar a cuidar, sem ser para curar, transformando, progressivamente, a esperança em aceitação; no *consentimento e comunicação*, uma vez que essa relação assenta-se sobre a verdade, de acordo com as capacidades individuais e sem causar dano; nas *necessidades e recursos* para proporcionar a satisfação na vida e na morte, já que se entende que, nos cuidados paliativos, há um novo valor para a vida, que nasce da onipresença da morte. E é este valor que faz com que os gestos terapêuticos e de conforto adquiram significado próprio. Há necessidade, pois, de se revalorizar o tempo de vida.

É preciso destacar dois aspectos: a incidência na comunicação e a autonomia

da pessoa no final de sua vida. Pensando na comunicação, recordo uma frase de Bernard Shaw, que afirmava que “toda profissão é uma conspiração contra os leigos”, mas isso pode ser bem mais penoso, quando há problemas técnicos na linguagem. Grosso modo, quer dizer que pode ser difícil entender a “trapalhada” científica das áreas diagnóstica e terapêutica. Refere-se também aos casos em que existem problemas de clareza nas mensagens, às quais tendem a produzir confusão e, portanto, não conferem segurança.

Paralelamente, o *respeito pela pessoa* elimina uma relação autoritária e humaniza os cuidados. Nesta área, assumem particular dimensão os aspectos relacionados com uma sequência que nos parece clara: é o respeito pela autonomia da pessoa que pressupõe o consentimento livre e esclarecido, cujo nome já explicita o necessário conhecimento do doente em relação à sua situação. A dita informação permite deliberar e decidir autonomamente e é necessária, inclusive, ao doente terminal, que tem direito a viver o fim de sua vida.

Por isso, dentre as questões éticas ligadas ao fim da vida, levanta-se a da distanásia, como um prolongamento exagerado da existência, por vezes com recurso a meios extraordinários ou desproporcionados de tratamento. Há anos, a propósito da abordagem do doente terminal, fala-se em *morte anunciada* como o fato de que a vida está a se aproximar do termo, por uma doença inexorável, para a qual não existe cura ou meio eficaz de interromper sua progressão e que, inevitavelmente, conduzirá à morte do doente. Parece que pode existir uma tendência para investigar e tratar excessivamente alguns doentes, com prejuízo grave da qualidade de vida no tempo que lhes resta.

Lucília Nunes

PROFESSORA COORDENADORA DA ÁREA DISCIPLINAR DE ENFERMAGEM DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL, PORTUGAL;

INVESTIGADORA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM ENFERMAGEM E PRESIDENTE DO CONSELHO JURISDICIONAL DA ORDEM DOS

ENFERMEIROS DE LISBOA

<sup>1</sup>Extraído de “Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo”. Lucília

## O nobre fermentado: parte 2

O Velho Testamento mostra a bebida sagrada como dádiva intelectual e espiritual, associando-a à sabedoria divina. Segundo a Bíblia, Noé inventou o vinho. Ao chegar ao monte Ararat, a primeira coisa que fez foi plantar a videira, fazer vinho e embriagar-se em proporções bíblicas. O livro sagrado, porém, desculpa o porre de Noé, que conquistou este direito depois de ver tanta água. Metaforicamente, podemos ver o dilúvio como o triunfo da água purificadora. Noé foi o grande vingador dos enófilos, redimindo a terra e seus frutos, transmutando simbolicamente a água em vinho, a razão em emoção.

O Novo Testamento é igualmente abundante em referências ao vinho. Foi com o vinho que Jesus fez seu primeiro milagre, nas bodas de Caná, onde o vinho subitamente acabou. Para o neozelandês Rod Phillips, em seu livro “Uma Breve História do Vinho”, “havia muitas semelhanças entre as representações de Jesus e Baco. Ambos são filhos de um deus com uma mulher mortal. Na época de Jesus, Baco tornou-se uma figura salvadora, com poderes de assegurar a vida após a morte. O milagre da transformação de água em vinho faz lembrar uma situação característica de Baco. Para os gregos, beber vinho era beber deus - uma crença que se manteve na eucaristia cristã”. Não por acaso, os maiores produtores de vinho de hoje são países de longa tradição cristã (Itália, França, Espanha, etc.).

Na Idade Média, a Igreja Católica tornou-se importante financiadora da vinicultura. Os mosteiros eram importantes centros de produção, não apenas para consumo próprio, pois a Igreja descobriu que o vinho era também um ótimo negócio. O islamismo viu florescer, a partir do século VIII, uma escola de poesia romântica amotinada, embebida em vinho. O maior expoente deste movimento foi o persa do século XI, Omar Khayyam, cuja obra *Rubáiyát* é uma ode entusiasmada ao nobre fermentado e ao amor.

O protestantismo limitou, mas não baniu o uso do vinho. Martinho Lutero (1483-1546) modificou o caráter simbólico da liturgia, mas não o combateu fundamentalmente. João Calvino (1509-1564) recomendava-o como alimento e remédio, jamais como prazer. No calvinismo, pão e vinho são apenas sinais da presença, embora não física, de Cristo.

A Revolução Francesa também se preocupou com o vinho, afinal ele era um dos maiores patrimônios do país da liberdade, igualdade, fraternidade, e os meios de sua produção pertenciam, em grande parte, à Igreja. O vinho e a Igreja protagonizaram vários capítulos da alcoolofobia, que se instalou no território norte-americano. Esta descoberta, aliada ao reconhecimento, em 1849, do alcoolismo como doença, fez parte de um processo que culminou na Lei Seca dos Estados Unidos, assinada em 1920. Proibicionistas chegaram ao cúmulo de manipular a Bíblia. Professores da Universidade de Yale e da Young Men Christian Association (YMCA) publicaram uma versão do livro sagrado em que todas as ocorrências da palavra “vinho” foram substituídas pela palavra “uva”. No mínimo, um pecado. No século XX, a “religião”, que podemos chamar de “vida moderna e saudável”, em que a santa trindade é o estresse, a pressa e as dietas de laboratório, reduziram o espaço do vinho em nossas vidas.

Nestas últimas décadas, no entanto, o nobre fermentado vem reconquistando seu pódio, em virtude da melhoria geral de qualidade, de preço acessível, do reconhecimento de seus benefícios à saúde e da adoção do vinho como bebida da classe média de diversos países.

*No século XX, a “religião”, que podemos chamar de “vida moderna e saudável”, onde a santa trindade é o estresse, a pressa e as dietas de laboratório, reduziram o espaço do vinho em nossas vidas.*

Profa. Dra. Nelci Fenalti Höehn  
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLÍNICA  
FCM, UNICAMP

## Notas sobre a humilhação social

**(...) A humilhação age como golpe externo, um golpe público, mas que vai para dentro e segue agindo por dentro: um impulso invasor, desenfreado, uma angústia. Este fato externo-interno caracteriza assiduamente a psicologia do oprimido: afeto vertiginoso, estonteante, afeto sem nome.**

Esse artigo tem o objetivo de introduzir o conceito de humilhação social, um dos maiores problemas da iniquidade brasileira, e convidar para vê-lo, além de enxergá-lo, e escutá-lo, além de ouvi-lo, nas palavras dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, optei por apresentar uma coletânea de reflexões escritas pelo professor José Moura Gonçalves Filho, no prefácio do livro *Homens Invisíveis: relatos de uma humilhação social*, de Fernando Braga Costa.<sup>1,2</sup>

Afirma o autor:

“A humilhação é angústia (...) fincada na base da submissão instintiva ou maquinal. (...) Para os humilhados, a humilhação é golpe ou é frequentemente sentida como um golpe iminente, sempre a espreitar-lhes, onde quer que estejam, com quem quer que estejam. (...) A humilhação crônica quebra o sentimento de possuir direitos. (...) Corpo e alma ficam amarrados, sempre prevenidos: “lá vem vara!” (...) O movimento e a voz ficam interrompidos. O riso, quando vem, fica incompleto, vem obstruído. (...) A humilhação social, um sofrimento longamente aturado e ruminado por gente das classes pobres. Um sofrimento que, no caso brasileiro e várias gerações atrás, começou por golpes de espoliação e servidão que caíram pesados sobre nativos e africanos, depois sobre imigrantes baixo-assalariados. (...) A violência material e simbólica quando não deixou simplesmente sem herança ou memória, (...) quando não desabrigou o corpo e esvaziou a alma feriu e marcou indelevelmente o espírito mais resistente. (...) É sofrimento ancestral e repetido. (...) A dor dos subordinados, repartida entre familiares, compadres e amigos, vai também naturalmente mover conversas como os vizinhos no bairro e com companheiros de classe nos intervalos do trabalho controlado. (...) Nesta hora em que a humilhação desatou-se em alguém, houve reedição de um sangramento antigo e que não estancou: a dor chega do passado, corre para o presente, insinua-se nas hierarquias iníquas, nos espaços segregados, pode também voltar nos encontros e ambientes mais insuspeitos. (...) Marca a personalidade

por imagens e palavras ligadas a mensagens de rebaixamento. São mensagens arremessadas em cena pública: na escola, no trabalho, na cidade. São gestos ou frases dos outros que penetram e não abandonam o corpo e a alma do rebaixado: o adulto e o idoso, já antes o jovem ou a criança, vão como que diminuir, vão guardar a estranha e perturbadora lembrança de quem a eles se dirigiu como quem se tenha dirigido ao inferior. As mensagens da dominação são inquietantes: vão desarrumar a percepção e a fantasia, a memória e a linguagem, o sono e o sonho. As lembranças da dominação são intrigantes: vão interpelar e exigir a percepção e a fantasia, a memória e a linguagem, o sono e o sonho, antes mesmo do dominado cair na conta do que o inquieta. (...) A humilhação age como golpe externo, um golpe público, mas que vai para dentro e segue agindo por dentro: um impulso invasor, desenfreado, uma angústia. Este fato externo-interno caracteriza assiduamente a psicologia do oprimido: afeto vertiginoso, estonteante, afeto sem nome. (...) As expressões da angústia política podem variar: são lágrimas, a gagueira, o amadurecimento, os olhos baixos ou que não param de piscar, o corpo endurecido, o corpo agitado, o protesto confuso, a ação violenta e até o crime. (...) É dor que embota: dói antes que se possa atinar com o golpe, antes mesmo que possa ser julgado o motivo da flechada e de onde partiu. (...) Humilhação pega por muitos lados, [como]: (...) um fenômeno público que acarreta impedimento de ação e da palavra; (...) a forma baixa do trabalho assalariado, o trabalho alienado, desqualificado; (...) uma modalidade de angústia vinculada ao impacto das mensagens públicas de rebaixamento; (...) efeito de desenraizamento da cultura de nascimento; (...) o estado de quem perdeu a percepção social de si própria”.

Por fim, sabe-se que quem manda não é mais livre do quem obedece, pois somos todos portadores da mesma miséria humana e, lamentavelmente, aprisionados em armaduras de classe, que seguem cegando e ensurdecendo para as necessidades de saúde.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL  
FCM, UNICAMP

1. Gonçalves Filho, JM. Humilhação social - um problema político em psicologia. *Psicol. USP* 1998; 9 (2): 11-67.

2. Costa, FB. *Homens Invisíveis: relatos de uma humilhação social*. São Paulo: Globo, 2004.

# 3ª Semana de Pesquisa da FCM

É com grande prazer que a Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp realiza, de 11 a 14 de maio, a 3ª Semana de Pesquisa. Esse evento visa promover a divulgação da produção científica da FCM entre os docentes, alunos de graduação e pós-graduação e residentes, estimular ampla discussão dos temas abordados e induzir interações entre os diferentes grupos de pesquisa. No primeiro ano, a ênfase foi dada aos aspectos históricos da implantação de linhas de pesquisa na FCM. No segundo ano, os aspectos de inovação na investigação de doenças humanas foram ressaltados e, em 2009, o foco será dado à inter-relação da pesquisa na FCM com outros institutos da Unicamp.

Mais de 200 pôsteres foram selecionados para exposição, 14 trabalhos orais serão apresentados no primeiro dia e a programação de palestras traz especialistas e pesquisadores dos Institutos de Biologia, Física, Química e Faculdades de Engenharia Química e de Educação Física da Unicamp. A programação completa, com os resumos das apresentações, está disponível na página da FCM.

Esperamos que este evento facilite maior intercâmbio e cooperação multidisciplinar entre os diferentes institutos da nossa Universidade.

*Profa. Sara Teresinha Olalla Saad*  
COORDENADORA DA CÂMARA DE PESQUISA  
FCM, UNICAMP

*No primeiro ano, a ênfase foi dada aos aspectos históricos da implantação de linhas de pesquisa na FCM. No segundo ano, os aspectos de inovação na investigação de doenças humanas foram ressaltados e, em 2009, o foco será dado à inter-relação da pesquisa na FCM com outros institutos da Unicamp.*

3ª

## SEMANA DE PESQUISA DA FCM 11 a 14 de maio de 2009 - Auditório da FCM

### programação

#### 11/05 - SEGUNDA-FEIRA

MANHÃ	9h - 11h	- ABERTURA E APRESENTAÇÃO DOS MELHORES TRABALHOS PARA PONTUAÇÃO
	11h - 12h	
TARDE	12h - 14h	- VISITA GUIADA (posteris)
	14h - 15h	- <b>TRANSGÊNICOS EFEITOS POSITIVOS NA SAÚDE E NO MEIO AMBIENTE</b> - Prof. Dr. Gonçalo Amarante G. Pereira (Instituto de Biologia - UNICAMP)
	15h - 17h	- VISITA GUIADA (posteris)

#### 12/05 - TERÇA-FEIRA

MANHÃ	9h - 11h	- VISITA GUIADA (posteris)
	11h - 12h	- <b>BIOFOTÔNICA E A REVOLUÇÃO CELULAR</b> - Prof. Dr. Carlos Lenz César (Instituto de Física - UNICAMP)
	12h - 14h	- VISITA GUIADA (posteris)
TARDE	14h - 15h	- <b>MICROFIBRILAS E A FORMAÇÃO DE TROMBOS</b> - Prof. Dr. Claudio C. Werneck (Instituto de Biologia - UNICAMP)
	15h - 17h	- VISITA GUIADA (posteris)

#### 13/05 - QUARTA-FEIRA

MANHÃ	9h - 11h	- VISITA GUIADA (posteris)
	11h - 11h40	- <b>TREINO DO JOVEM ATLETA: INDICADORES E PREDITORES BIOLÓGICOS</b> - Prof. Dr. Miguel de Arruda (Faculdade de Educação Física - UNICAMP)
	11h40 - 12h	- <b>PROTOTIPAGEM RÁPIDA E DIGITALIZAÇÃO 3D PARA CONSTRUÇÃO ESTR. E DESIGN DE PRÓT. EM ORT. E REAB.</b> - Prof. Dr. Rubens Maciel Filho (Faculdade de Engenharia Química - UNICAMP)
	12h - 14h	- VISITA GUIADA (posteris)
TARDE	14h - 15h	- <b>GLICOSAMINOGLICANOS NA ATEROSCLEROSE E TROMBOSE</b> - Profa. Dra. Cristina P. Vicente (Instituto de Biologia - UNICAMP)
	15h - 17h	- VISITA GUIADA (posteris)

#### 14/05 - QUINTA-FEIRA

MANHÃ	9h - 11h	- VISITA GUIADA (posteris)
	11h - 12h	- <b>SIMULAÇÕES COMPUTACIONAIS DE DINÂMICA MOLECULAR: UM ELO IMPORTANTE ENTRE QUÍMICOS, MÉDICOS E BIOLÓGICOS MOLECULARES</b> - Prof. Dr. Munir Salomão Skaf (Instituto de Química - UNICAMP)
	12h - 14h	- VISITA GUIADA (posteris)
TARDE	14h - 15h	- <b>TRANSGÊNICOS: EFEITOS NEGATIVOS NA SAÚDE E NO MEIO AMBIENTE</b> - Prof. Dr. Mohamed Habib (Instituto de Biologia - UNICAMP)
	15h - 17h	- <b>ENCERRAMENTO</b> - entrega de prêmio

**EVENTOS DE MAIO****Dia 6****\* Debate Medicina Integrativa:**

conceito e prática

**Local:** Anfiteatro do

Departamento de Medicina

Preventiva e Social

**Horário:** das 12 às 14 horas**Inscrições:** lapacis@fcm.unicamp.br**Org.:** Laboratório de Práticas

Alternativas, Complementares

e Integrativas em Saúde

**Dia 8****\* Seminário de Restituição do***Estudo Avaliativo de Arranjos e**Estratégias Inovadoras na**Organização da Atenção Básica**à Saúde***Local:** Auditório da FCM**Horário:** das 8h30 às 17h30**Org.:** Grupo de pesquisa em

Saúde Coletiva e Mental

(Interfaces) do Departamento

de Medicina Preventiva e

Social FCM, Secretaria

Municipal de Saúde de

Campinas e Fapesp

**De 11 a 14****\* 3ª Semana de Pesquisa da FCM****Local:** Auditório da FCM**Horário:** das 9 às 17 horas**Org.:** Câmara de Pesquisa**Informações:** www.fcm.unicamp.br**Dia 12****\* ShowMed****Local:** Estacionamento da FCM**Horário:** 18 horas**Informações:** (19) 3521-7942**Org.:** Centro Acadêmico Adolfo

Lutz (Caal)

**Dia 19****\* 25 anos de transplante na***Unicamp***Local:** Auditório da FCM**Horário:** das 12h30 às 14 horas**Org.:** Disciplinas de Urologia e

Nefrologia

**Dia 20****\* Abertura da exposição Ensaio****Artista:** Jorge Paschoal**Local:** Espaço das Artes da FCM**Horário:** 11 horas**Período da exposição:** até 26/6, das 8h30 às 17h30**Dia 20****\* 1º Sarau musical de integração***entre os alunos e professores da**FCM***Local:** Foyer do auditório da FCM**Horário:** das 18 às 19 horas**Org.:** Prof. Dr. Roberto Teixeira

Mendes

**Dia 22****\* Programa médico-pesquisador**

MD PhD

**Local:** Salão Nobre da FCM**Horário:** das 9 às 18 horas**Informações:**

www.fcm.unicamp.br

**Dia 24****\* III Caminhada da Saúde****Local:** Saída da Legolândia da

FCM

**Horário:** 8 horas**Inscrições:** enviar nome e idade para

caminhadaadaude@gmail.com

**Informações:** www.aaaal.com.br**Org.:** Aaaaal e Diretoria da FCM**Apoio:** HC, Caism, Hemocentro,

Gastrocentro, GGBS,

Prefeitura do Campus,

Sanasa, Emdec,

Supermercados Oba

**Dia 28****\* Entrega do Prêmio Miguel***Tobar Acosta***Local:** Auditório da FCM**Horário:** das 18 às 22 horas**Org.:** Câmara de Graduação**Informações:** camarag@fcm.

unicamp.br ou (19) 3521-8883

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.

Confira a programação completa no site [www.fcm.unicamp.br](http://www.fcm.unicamp.br)

**EXPEDIENTE****Reitor**

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

**Vice Reitor**

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

**Departamentos FCM****Diretor**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

**Diretor-associado**

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

**Anatomia Patológica**

Prof. Dra. Maria Leticia Cintra

**Anestesiologia**

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

**Cirurgia**

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

**Clínica Médica**

Prof. Dra. Sandra C. B. Costa

**Enfermagem**

Prof. Dra. Maria Isabel P. de Freitas

**Farmacologia**

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

**Genética Médica**

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

**Medicina Prev. Social**

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

**Neurologia**

Prof. Dr. Benito P. Damasceno

**Oftalmo/Otorrino**

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

**Ortopedia**

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

**Patologia Clínica**

Prof. Dr. Roger Frigério Castilho

**Pediatria**

Prof. Dr. Gabriel Hessel

**Psic. Médica e Psiquiatria**

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

**Radiologia**

Prof. Dr. Nelson Márcio G. Caserta

**Tocoginecologia**

Prof. Dr. Aarão Mendes Pinto-Neto

**Coord. Comissão de Pós-Graduação**

Prof. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes

**Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários**

Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

**Coord. Comissão Ens. Residência Médica**

Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira

**Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina**

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

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

Prof. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos

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

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

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

Prof. Dr. Stephen Hyslop

**Coord. Comissão de Aprimoramento**

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

**Coord. Câmara de Pesquisa**

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

**Coord. do Centro de Investigação em****Pediatria (CIPED)**

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

**Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia****Experimental**

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

**Presidente da Comissão do Corpo Docente**

Prof. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra

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

Prof. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz

**Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)**

Prof. Dr. Fábio Bucarechi

**Assistente Técnico de Unidade (ATU)**

Carmen Sílvia dos Santos

**Conselho Editorial**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

**História e Saúde**

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

**Tema do mês**

Prof. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

Prof. Dra. Iscia T. Lopes Cendes

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

**Bioética e Legislação**

Prof. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

**Diretrizes e Condutas**

Prof. Dra. Laura Sterian Ward

**Ensino e Saúde**

Prof. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Prof. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Prof. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

**Saúde e Sociedade**

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

**Responsável** Sílvia Motta CONRRP 237**Jornalista** Edmilson Montali**Equipe** Claudia Ap. Reis da Silva, Edson Luis

Vertu, Fátima Segantin, Maria de Fátima do

Espírito Santo, Marilza Coelho Borges

**Projeto gráfico** Ana Basaglia**Diagramação/ Ilustração** Emilton B. Oliveira**Revisão** Maria Rita B. Frezzarin e Elaine de Fátima

A. Corradello

**2.000 exemplares - distribuição gratuita****Sugestões** jornalrp@fcm.unicamp.br**Telefone** (19) 3521-8049*O Boletim da FCM é uma publicação mensal da**Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de**Ciências Médicas (FCM) da Universidade**Estadual de Campinas (Unicamp)*