



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

Imhotep: médico, arquiteto, sacerdote, filósofo...

Imhotep é, nos dias de hoje, mais conhecido como o responsável pela construção da primeira pirâmide que se tem notícia, a pirâmide em degraus de Saqqara, no Egito. A forma de se construir pirâmides mudou posteriormente, e essa forma original é atribuída ao conhecimento que ele tinha da coluna vertebral. Foi construída para ser o túmulo do Faraó Djoser, da terceira dinastia egípcia. Além de arquiteto, ele era sacerdote do deus Ra, em Heliópolis, chanceler do faraó e médico.

Atribui-se a Imhotep os primeiros tratados médicos, em que relata o diagnóstico e o tratamento de mais de 200 doenças. Diz-se que tratou de tuberculose, cálculos biliares, apendicites, gota, artrites e fez algumas cirurgias. Seus tratados também se referem sobre a posição e função de órgãos vitais de corpo humano e sobre a circulação sanguínea. Para William Osler, ele foi o verdadeiro pai da medicina: “a primeira figura de um médico a se destacar claramente da neblina da antiguidade”.

Referência bíblica

Uma inscrição do Alto Egito, datando do período Ptolomaico, faz referência a um período de fome de sete anos, durante a época de Imhotep. De acordo com essa inscrição, o faraó Djoser teve um sonho em que o deus Nilo apareceu para ele. Credita-se a Imhotep o auxílio para resolver esse período de fome. História tão parecida com a de José, descrita na Bíblia, que alguns pesquisadores consideram a

hipótese de que José, na verdade, teria sido Imhotep.

Após sua morte, passou a ser venerado como um deus, por causa de suas habilidades como médico e curandeiro, um dos raros casos de um humano ter sido transformado em deus. Em Mênfis, era servido por sacerdotes a ele devotados e era considerado um intermediário entre os homens e os deuses.

Quando os gregos conquistaram o Egito, reconheceram nele os atributos de Asclépio, e mantiveram a tradição de construir templos dedicados a ele. Sua reputação persistiu até a invasão árabe, no sétimo século da Era Cristã.



Prof. Dr. Antônio de Azevedo Barros Filho
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

Pós-graduação em Enfermagem da FCM: criação do Curso de Doutorado

VEJA TAMBÉM: Intervenção na surdez infantil

Aids, direitos humanos e ética

Som e audição

Os eventos de vida: aniversário de uma escala

Pós-graduação em Enfermagem da FCM: criação do Curso de Doutorado

O Programa de PG-Enf buscou ampliar sua inserção no âmbito nacional e internacional, por meio de parcerias intra e interinstitucionais, as quais têm se expandido de forma gradativa.

O programa de pós-graduação em Enfermagem (PG-Enf) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp foi criado em 1999 e, desde a sua criação, mantém a área de concentração “Enfermagem e Trabalho” e tem sido sustentado pelas linhas de pesquisa (LP): Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem; Trabalho Saúde e Educação; Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem; e, Informação/Comunicação em Saúde e Enfermagem.

Durante os oito anos de oferecimento, o Curso de Mestrado de PG-Enf atendeu aos objetivos propostos para a sua criação e superou as expectativas em relação ao reconhecimento nacional e internacional da produção docente, à captação de recursos financeiros e formação de recursos humanos. Participou de forma efetiva das transformações necessárias no sistema de saúde, mantendo uma atitude de abertura permanente aos avanços científicos e tecnológicos, com visão crítica, criativa e ética de suas atividades de ensino, pesquisa e de produção do conhecimento.

O programa de PG-Enf buscou ampliar sua inserção no âmbito nacional e internacional, por meio de parcerias intra e interinstitucionais, as quais têm se expandido de forma gradativa. Um elemento facilitador dessa expansão consiste na participação dos docentes em programas de pós-doutoramento no país e no exterior.

Atualmente, o programa de PG-Enf conta com 22 professores, 41 alunos, e titulóu 138 mestres com tempo médio de titulação de 24 meses. Até o momento, o programa possui sete bolsas, modalidade Demanda Social (6 Capes e 1 CNPq). No triênio 2004-2006, 48 projetos de Iniciação Científica foram contemplados com bolsas, sendo 25 Fapesp, 17 CNPq e 6 SAE.

Constata-se, portanto, a consolidação do programa, o que tem sido ratificada pela Capes. Desde a sua implantação, o progra-

ma recebeu nas avaliações trienais da Capes a nota 4. Essa efetiva consolidação possibilitou sua extensão para o nível Doutorado, cuja proposta de criação foi aprovada recentemente pela Capes.

O Curso de Doutorado em Enfermagem, cujo início das atividades está previsto para agosto de 2008, tem como objetivos:

- a) formar pesquisadores (enfermeiros e outros profissionais) com capacidade para fortalecer a produção e difusão do conhecimento em saúde e Enfermagem, com impacto científico tecnológico e social;
- b) contribuir para formação de recursos humanos com potencial para ampliar o contingente de profissionais qualificados para o ensino, pesquisa e liderança em diferentes contextos sociais;
- c) promover intercâmbio para o desenvolvimento de projetos integrados, interdisciplinares e interinstitucionais de abrangência nacional e internacional;
- d) incrementar a capacidade dos profissionais de saúde para gerar e aplicar novos conhecimentos, produzidos com base em evidências científicas.

Com a implantação do Curso de Doutorado, o Departamento de Enfermagem da FCM concretiza as expectativas de incremento na formação de recursos humanos, na produção e disseminação do conhecimento, em consonância com os demais Programas de Pós-graduação da FCM e da Unicamp. Além disso, oferece oportunidade ao contingente de enfermeiros e demais profissionais da área da saúde de evoluírem qualitativamente em suas formações como docentes e pesquisadores, com vistas a partilhar a filosofia da Unicamp, de tornar comum o patrimônio científico e cultural existente.

Profa. Dra. Roberta Cunha Rodrigues Colombo

COORDENADORA DA
SUBCOMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

Profa. Dra. Fernanda Aparecida Cintra

DOCENTE DO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

Intervenção na surdez infantil

A surdez é uma deficiência sensorial que pode acarretar sérias dificuldades no que se refere ao processo de aquisição e ao desenvolvimento de linguagem.

A perda auditiva pode ocorrer em diferentes graus: Audição normal: corresponde a limiares tonais entre 0 e 24 dB do nível de audição; Perda auditiva leve: corresponde a limiares tonais entre 25 e 40 dB do nível de audição; Perda auditiva moderada: corresponde a limiares tonais entre 40 e 55 dB do nível de audição; Perda auditiva moderada a severa: corresponde a limiares tonais entre 55 e 70 dB do nível de audição; Perda auditiva severa: corresponde a limiares tonais entre 70 e 90 dB do nível de audição; Perda auditiva profunda: corresponde a limiares tonais acima de 90 dB do nível de audição.^{1(B)}

A definição de surdez tem sido muito discutida atualmente. De um lado, temos a visão clínico-terapêutica que quantifica a perda auditiva, considerando o sujeito como deficiente, ou melhor, deficiente auditivo, o qual deve ser reabilitado, tornando-se o mais próximo do indivíduo ouvinte, centrando a atenção no trabalho de oralização. E, por outro lado, temos a visão socioantropológica da surdez, considerando o sujeito surdo na sua diferença, o qual faz uso de uma língua viso-gestual e, conseqüentemente, de uma cultura própria.^{2,3(B)} Considerando-se, nesta visão, o respeito à língua de sinais (Libras) como língua natural e de direito do surdo.

Em decorrência dessas diferentes concepções de surdez, correntes educacionais coexistem ainda hoje, como o oralismo, a comunicação total e o bilingüismo, as quais divergem na sua maneira de conceber o sujeito surdo, envolvendo, ainda, questões de ordem política.

A abordagem bilíngüe reconhece o surdo como pertencente a uma minoria lingüística, bem como a língua de sinais como sua primeira língua, língua esta que dará condições para a aprendizagem de uma segunda língua, que pode ser a escrita e/ou a oral; assim, o surdo passa a ser visto em sua diferença e não mais como uma pessoa doente e deficiente, mas com as mesmas potencialidades da pessoa ouvinte, o que irá propiciar a integração do surdo na sociedade, favorecendo a sua constituição como sujeito lingüístico da mesma forma que o sujeito ouvinte.^{4(B)}

A surdez na infância é mais que um diagnóstico médico, pois envolve “questões lingüísticas, cognitivas, sociais e emocionais, as quais estão intimamente ligadas”.^{5(B)}

Os indivíduos não recebem a língua pronta para ser usada, “eles penetram na corrente da comunicação verbal, ou melhor, somente quando mergulham nessa corrente é que sua consciência desperta e

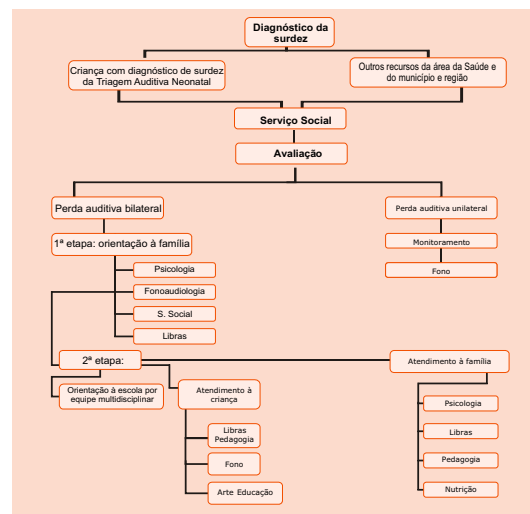
começa a operar”.^{6(B)} Pois é o que é dito, comentado e pensado pelo indivíduo e pelo outro, nas diferentes situações, que faz com que os “conceitos sejam generalizados e relacionados, e é somente através da linguagem que poderemos ter acesso aos conhecimentos construídos ao longo da história e também à condição de reflexividade”.^{7(B)}

Diagnóstico

O diagnóstico tardio acarreta implicações cognitivas, lingüísticas e emocionais, pois existe um período crítico para a aquisição de uma língua, a qual vai permear toda a relação mãe/filho, portanto, a conscientização dos pais sobre a surdez de seu filho e a necessidade de aprendizagem da língua de sinais deve ser o primeiro aspecto a ser abordado, como um passo decisivo para o desenvolvimento da criança.^{8,9(B)}

Não há limitações cognitivas ou afetivas inerentes à surdez, tudo irá depender do que a família oferecerá à criança, em especial, para a consolidação da linguagem.^{10(B)}

Tendo em vista o papel da linguagem no processo de construção de conhecimento, o Cepre tem enfatizado seu atendimento à comunidade, conforme consta, resumidamente, no Organograma I.



Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência; B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência; C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Profª. Dra. Tereza Ribeiro de Freitas Rossi
Profª. Dra. Zilda Maria Gesueli O. Paz

CURSO DE FONAUDIOLOGIA, CEPRE,
FCM, UNICAMP

A surdez na infância é mais que um diagnóstico médico, pois envolve “questões lingüísticas, cognitivas, sociais e emocionais, as quais estão intimamente ligadas”.

1. Tabith Jr., A.; Pereira, M.C.C.; Rosario, M.E.V. et al. Surdez. In: Souza, A.M.C.de (ORG). A criança especial. Temas Médicos, Educativos e Sociais, SP. Rocca, 2003.

2. Baker, C e Cokely, D. American Sign Language: a teacher's resource text in grammar and culture. 2ed, Maryland: T.J. Publisher, 1982.

3. Skliar, C. Uma perspectiva sócio-histórica sobre a psicologia e a educação dos surdos. In: Educação e exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre, 1997, p. 105-133.

4. Moura, M.C.; Lodi, A.C.B.; Harisson, R.M.P. História e educação: o surdo, a oralidade e o uso de sinais. In: Lopes Pffl, O. (Ed) Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Rocca, 1997. p. 327-57.

5. Sacks, O. Vendo Vozes. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

6. Bakhtin, M.; Volochinov. Marxismo e filosofia da linguagem. São Paulo: Ed. Hucitec, 1986

7. Lacerda, C.B.F. A prática fonoaudiológica frente às diferentes concepções de linguagem. In: Revista Espaço: informativo técnico-científico do INES, nº110, p. 30-40, dez 1998.

8. Yoshinaga-Itano, C. From screening to early identification and intervention: Discovering Predictors to Successful Outcomes for Children With Significant Hearing Loss. Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 8:1 Winter 2003 (11-30).

9. Lodi, A.C.; Harisson, R.M.P. Língua de Sinais e fonoaudiologia. In: Revista Espaço: Informativo técnico-científico do INES, nº110, p. 41-46, dez 1998.

10. Góes, M.C.R. Linguagem, surdez e educação. Campinas: Autores Associados, 1996.

Santo Tomás de Aquino ensinou-nos que “do mal vem o bem”. A aids pode servir como um bom exemplo disto, pois uma situação inicialmente vista apenas como má, acabou por desencadear situações reconhecidamente boas.

Aids, direitos humanos e ética

Os novos desafios da área da saúde - aborto, reprodução assistida, terapia gênica, clonagem, medicina preditiva - trazem consigo uma nova dimensão à Ética, a da responsabilidade para com as pessoas ainda não existentes e com as pessoas distantes de nós. Na atualidade, o tempo também passou a ser incluído como uma variável na reflexão ética. Isto já havia ocorrido, no passado, com a Física (Teoria da Relatividade) e com a Biologia (Teoria da Evolução). Também na Ética, começou-se a levar em consideração a sucessão de eventos decorrentes de uma ação humana e as suas possíveis conseqüências futuras. Isto só foi possível com a inclusão da noção de risco e, conseqüentemente, da avaliação da relação risco-benefício na reflexão ética. Esta noção surgiu na Matemática, no século XVII, como forma de entender melhor os jogos de azar. Aproximadamente cem anos após, é incorporada à Economia com Adam Smith, que era colega de um grupo de leitura, em Edimburgo/Escócia, de David Hume e de Thomas Percival. Hume incorpora esta noção na sua proposta utilitarista enquanto que Percival escreve o primeiro livro moderno sobre Ética Médica. Santo Tomás de Aquino ensinou-nos que “do mal vem o bem”. A aids pode servir como um bom exemplo disto, pois uma situação inicialmente vista apenas como má, acabou por desencadear situações reconhecidamente boas. A rediscussão da questão da sexualidade humana, do risco de doenças contagiosas, da necessidade de medidas de proteção universais por parte dos profissionais de saúde e as campanhas de solidariedade são alguns exemplos de resultados positivos.

Como incluir os direitos humanos nesta reflexão? Comte-Sponville define-os como o espaço de liberdade de ação do cidadão. Dentro deste enfoque, a discussão da aids teve, igualmente, um grande impacto. Várias questões ampliaram este espaço e trouxeram efetivas contribuições para a sociedade. A principal delas, talvez, tenha sido a de colocar a questão da saúde como uma questão de cidadania. Várias propostas, como “Saúde para todos no ano 2000”, “Ações Integradas de Saúde” já haviam sido propostas antes do advento da aids, porém com o temor e a comoção social que esta doença trouxe, a defesa da vida passou a ser o foco principal. De um serviço público passou a ser uma exigência da cidadania. E isto pode, pelo menos em parte, ser creditado à mobilização social dos grupos vinculados aos pacientes aidéticos.

Uma questão que envolve as três vertentes em discussão é a relativa à pesquisa em aids. O advento da aids também alterou o modo de se pesquisar, especialmente na área de investigação farmacológica. O objetivo básico da pesquisa em farmacologia é o de gerar conhecimento e não tratar. A pressão dos grupos ativistas vinculados à questão da aids fez com que muitos projetos equiparassem a geração de conhecimentos com a possibilidade de se disponibilizar, precocemente, novas drogas. Assim, de pesquisa em farmacologia, o foco deslocou-se para o da farmacologia terapêutica experimental. Isto trouxe alguns problemas de segurança e confiabilidade. Não há condições de monitorar a segurança do uso de novas drogas ainda não suficientemente testadas. Partiu-se para a avaliação da efetividade do uso, muitas vezes sem ter certeza, ou sequer informações, sobre a sua real eficácia. É justificável, desde o ponto de vista social, deixar os pacientes correrem este risco? Os indivíduos que aceitam utilizar estas novas drogas estão plenamente conscientizados dos riscos ou baseiam a sua decisão na eventual possibilidade de terem

benefícios? Até que ponto a participação é efetivamente voluntária ou existe uma coerção exercida pela própria situação de saúde em que se encontram?

Independentemente do objetivo do projeto de pesquisa, o bem-estar dos participantes do projeto deve ser sempre o maior cuidado por parte de quem o planeja. Deve sempre haver um balanço favorável entre os riscos e benefícios envolvidos. Desta forma, os pesquisadores não podem expor pessoas com aids a projetos que tenham riscos desconhecidos. O uso de placebos em pesquisas com pacientes aidéticos também deve ser questionado, pois estaria sendo suprimida a possibilidade de benefício. O mais importante, contudo, é manter a qualidade da pesquisa, pois com pesquisas de má qualidade não serão gerados conhecimentos, e esta é a maior inadequação ética, expor pessoas a riscos de pesquisa sem a possibilidade de agregar novas informações que possam vir a contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A sociedade do século XXI terá, possivelmente, o seu foco em valores mundialmente compartilhados tais como os direitos humanos fundamentais, a realidade da limitação de recursos e da autonomia relativa, isto é, do aumento da necessidade de mútua cooperação entre contemporâneos e do respeito para com os direitos das gerações futuras.

Devemos buscar alternativas para a questão da liberdade. A máxima liberal: “A minha liberdade termina quando começa a do outro”, deve ser alterada para uma visão mais solidária, pois a minha liberdade também é responsável pela liberdade do outro. Desta forma, a minha liberdade não termina, mas continua com a liberdade do outro. Estas inter-relações fazem com que todos se reconheçam como indivíduos de uma mesma comunidade moral, compartilhando e não restringindo a liberdade uns dos outros.

Prof. José Roberto Goldim

BIÓLOGO E PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO
LABORATÓRIO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ÉTICA NA CIÊNCIA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Som e audição

O som é um distúrbio de flutuação em meio elástico (especialmente o ar) provocado por eventos que causem compressão e rarefação neste meio. Quando possui dimensões físicas suficientes para provocar reações biológicas no sistema auditivo, provoca o mecanismo de audição. No entanto, nem toda oscilação pode ser percebida como som, por todas as espécies, da mesma forma.

Quando pensamos em som, uma questão filosófica sobressalta-nos: pode haver som sem ouvinte? Mesmo na presença de uma fonte de complexa vibração do ar, podemos chamar isso de som, sem a presença de alguém para ter a vivência da experiência subjetiva das vibrações sonoras?

Uma questão como essa, dividindo correntes filosóficas, remete-nos à importância e à complexidade das informações advindas do mundo físico e sua percepção pelos seres humanos.

A informação sonora captada pelo sistema auditivo fornece-nos a audição. Não se trata, contudo, de um sistema trivial. Durante a captação do som pelo sistema auditivo ocorre, em primeiro lugar, um processo de encaminhamento e amplificação desse som pela orelha externa até alcançar a membrana timpânica, que, posta em vibração, transmitirá a informação sonora pelas estruturas da orelha média até atingir a cóclea, onde ocorrerá a transdução do estímulo mecânico em elétrico. Esses estímulos elétricos ativam o sistema nervoso e serão encaminhados até o córtex auditivo primário, determinando a percepção e o processamento do som.

Por meio da audição, o indivíduo pode se manter alerta, mesmo à distância, e interagir com seus semelhantes desde que a capacidade auditiva é a chave da linguagem oral.

Dessa forma, não é ao acaso, que um profissional como o fonoaudiólogo, cuja atuação é voltada para o ser humano e suas possibilidades de comunicação, preocupe-se com o diagnóstico da função auditiva.

Esse profissional não só detém um olhar cuidadoso para o que o indivíduo faz com o fenômeno acústico como também, dentro de sua complexidade, aborda a promoção da saúde auditiva.

O Curso de Graduação em Fonoaudiologia (Cepre-FCM/IEL/Unicamp) tem ações de promoção, prevenção, detecção e diagnóstico das alterações auditivas (avaliação audiológica básica e do processamento auditivo) como também atuação na reabilitação auditiva (seleção de prótese, terapia, grupos de orientação). Essas ações estendem-se aos diferentes segmentos: gestantes (orientações), recém-nascidos (triagem auditiva neonatal - teste da orelhinha), pré-escolares, escolares, jovens, trabalhadores e idosos conforme preconiza a política nacional de saúde auditiva. Essas atividades são realizadas no Cepre, Caism, Hospital das Clínicas, Unidades Básicas de Saúde, escolas, etc.

No curso de Fonoaudiologia da Unicamp, temos a preocupação de formar profissionais cujo olhar transcenda o tecnicismo da realização de exames e ouça do sujeito que nos procura sua demanda auditiva e o capacite para gerenciar sua saúde. A discussão de técnicas de avaliação junta-se com as questões da política da saúde auditiva, sua implementação no SUS e o papel cidadão do profissional da área de saúde.

A subjetividade do vento, a impressão das ondas sobre o corpo, os significados disso na vida dependem da impressão do evento, do local onde ocorreu, do momento em que ocorreu e da história de vida do sujeito, tudo isso passa pelo que ouvimos... Serve de guia, serve de apoio, serve de alerta, serve para vida!

Por meio da audição, o indivíduo, pode se manter alerta, mesmo à distância, e interagir com seus semelhantes desde que a capacidade auditiva é a chave da linguagem oral.

Profª. Dra. Christiane Marques do Couto
Profª. Dra. Helenice Yemi Nakamura
Profª. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA, CEPRE, IEL
FCM, UNICAMP

1. Pessoa Jr. O. É possível haver música sem som? In: Duarte R, Saftle V (Org.) Ensaios sobre música e filosofia. São Paulo: Associação Editorial Humanitas; 2007:62-72.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 23 de set. 2006.

Os eventos de vida: aniversário de uma escala

Em abril de 1967, o prestigioso *Journal of Psychosomatic Research* recebeu e alguns meses depois publicou o artigo “*The social readjustment rating scale*”, de autoria de Thomas H. Holmes e Richard H. Rahe, que se tornou um dos mais citados sobre o assunto e que, paradoxalmente, havia sido recusado pelo editor da *Psychosomatic Medicine*.¹ Em 1982, ao comemorar seus primeiros 15 anos de existência, o texto já fazia parte das “citações clássicas”. Holmes relata que essa escala originou-se de um seminário sobre escalas psicológicas organizado por Eugene Galanter, chefe do Departamento de Psicologia da *University of Washington*, em 1963, evidenciando a necessidade de desenvolver técnicas que possibilitassem a mensuração dos aspectos subjetivos dos eventos de vida.² Nessa época, Holmes, Rahe e colaboradores já usavam a *Schedule of Recent Experience (SER)*, relacionando as mudanças de uma série de eventos com a produção de doenças, sistematizando as idéias desenvolvidas por Adolf Meyer (1866-1950), que havia destacado a importância das relações dinâmicas entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na história de vida das pessoas (*life chart*). Com base nas informações de 5.000 “*life charts*” de pacientes da *University of Washington*, no início dos anos 60, foi desenvolvida a primeira escala de eventos de vida acima relacionada. Nela, cada item foi selecionado porque estivera presente em um grande número de pacientes, antes de suas doenças.

Foram pesquisados 394 indivíduos de ambos os sexos, casados e solteiros, de diferentes grupos raciais e crenças religiosas, com idades entre 30 e 60 anos, pedindo-lhes que ponderassem uma série de eventos da vida e seus graus de reajustamentos necessários.

Posteriormente, a idéia de uma escala que objetivasse a mensuração dos eventos tomou vulto e Holmes e Richard H. Rahe, residente em psiquiatria, criam a escala, a fim de assinalar a magnitude dos eventos de vida.² Foram pesquisados 394 indivíduos de ambos os sexos, casados e solteiros, de diferentes grupos raciais e crenças religiosas, com idades entre 30 e 60 anos, pedindo-lhes que ponderassem uma série de eventos da vida e seus graus de reajustamentos necessários. Para os autores da escala, “Reajustamento social mede a intensidade e extensão do tempo necessário para acomodar-se a um evento da vida, independente da desejabilidade deste evento” com base tanto na experiência pessoal como a aprendida na observação do que havia ocorrido com outras pessoas. A principal informação técnica para as pessoas foi a de que deveriam considerar que ao Evento 1 - *casamento* - foi dado um valor arbitrário de 500 e, ao completar os outros eventos, pensasse o seguinte: “Este evento é indicativo de mais ou menos reajustamento do que casamento?”, “O reajustamento ao evento seria maior ou menor?” Os itens incluídos e depois classificados referem-se a múltiplos aspectos da vida: morte do esposo (a), divórcio, problemas com a chefia, mudanças de hábitos, aposentadoria, férias, etc, sendo que somente alguns dos eventos eram negativos ou estressantes, no sentido convencional, i.e., socialmente indesejáveis. Os autores salientam que “Muitos são socialmente desejáveis e estão em consonância com os valores americanos de realização, sucesso, materialismo, praticabilidade, eficiência, orientação futura, conformismo e auto-confiança”. Como resultado, foi construída a *Social Readjustment Rating Scale (SRRS)* com 43 eventos, estabelecendo que cada item constitui um evento que requer uma mudança no decurso de vida do indivíduo.

Amplamente utilizada, recebeu de George W. Brown, sociólogo médico, a partir da década de 70, revisões conceituais e metodológicas, anotando que a investigação, por meio de questionários, para a classificação de readaptação social estava sujeita a vieses, inclusive porque os itens eram formulados como questões abertas e eram muito genéricos.⁴ Outro ponto, refere-se ao fato de que identificar independentemente o evento, quando a doença já existe torna-se difícil, pois o evento tanto pode ser o agente como o efeito da doença.

Recentemente, Chatterjee e Arora apontam que as principais “novas idéias” referentes às pesquisas de eventos de vida estressantes envolvem o desenvolvimento de:³

1. Formas de gerar medidas de estresse com base nas próprias experiências dos indivíduos em lugar das classificações dos juízes.
2. Uma entrevista sobre os eventos de vida na qual os investigadores classificam a importância dos eventos, considerando o contexto no qual eles ocorrem.
3. Novos repertórios de eventos que ampliem o espectro de experiências avaliadas.
4. Escalas que avaliem os eventos de vida estressantes em populações específicas, cujas experiências podem ser diferentes daquelas genericamente representadas no SRRS, incluindo escalas para crianças, adolescentes e diferentes culturas.
5. Escalas de eventos de vida baseadas em uma concepção multidimensional de estressores que, separadamente, avaliem a extensão da ameaça, perda, perigo e outros aspectos de eventos estressantes.

Quatro décadas após a sua introdução, a Escala difundiu-se e se popularizou, deixando de ser de uso exclusivo dos profissionais, para fazer parte das revistas de divulgação e do mundo leigo.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Holmes TH & Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J. Psychosom. Res.* 11:213-18, 1967.

2. Holmes TH. This Week's Citation Classic. *Current Contents* 41:22, 1982.

3. Chatterjee R. & Arora M. (2005) Life Events and Psychiatric Disorders. *Mental Health Reviews*, disponível em <http://www.psyplexus.com/mhr/html>, acessado em 17/01/2007.

4. Brown GW. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 43, No. 3, 255-276. Sep., 2002.



Epilepsia fora das sombras ganha Prêmio Saúde 2007; outros dois são destaque

*A “Campanha global contra a epilepsia no Brasil: epilepsia fora das sombras”, de Li Li Min, Paula T. Fernandes, Ana L. A. Noronha, Hanneke de Bôer e Josemir W. Sander, ganhou a categoria “Saúde Mental e Emocional” do Prêmio Saúde 2007, entregue no final de setembro, no Teatro Abril, em São Paulo.

Para o neurologista Li Li Min, o prêmio é o reconhecimento de um trabalho que começou há quatro anos atrás, dentro dos muros da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e que, a cada ano, ganha maior visibilidade.

“A epilepsia deixa marcas na psique e dar voz aos pacientes é um ato de cidadania. Esse prêmio vai ajudar na divulgação da campanha”, comentou.

O projeto também foi escolhido pela Sanofi-Aventis entre os 21 finalistas para receber o prêmio de sustentabilidade científica. A Assistência à Saúde de Pacientes com Epilepsia (Aspe) receberá uma unidade móvel completa para o desenvolvimento do Grupo de Integração Social (GIS). “Agora poderemos ir até as comunidades onde o paciente está inserido e combater o preconceito e o estigma da doença”, disse a psicóloga e

presidente da Aspe, Paula Fernandes.

A expectativa é de que a partir de 2008 as cidades de Holambra, Santo Antônio de Posse, Amparo, Pedreira e bairros de Campinas passem a receber os assistentes e voluntários da Aspe em seus bairros para palestras e treinamentos. Estima-se que 1 milhão de brasileiros sejam portadores de epilepsia. Os outros dois trabalhos da FCM da Unicamp que concorreram aos prêmios foram “Consumo de sódio: comportamento alimentar, fatores clínicos e genéticos de hipertensos”, de Maria Carolina



Salmora Ferreira, Maria Cecília Jayme Bueno Gallani e Wilson Nadruz Júnior, na categoria “Saúde do Coração” e “Programa multidisciplinar pré-operatório para cirurgia bariátrica”, de Martinho Antonio Gestic, Elinton A. Chaim, José Carlos Pareja, Murillo P. Ultrini e Everton Cazzo, na categoria “Saúde e Obesidade”. Ambos receberam



o prêmio de “Destaque”. No total, 637 trabalhos de universidades, centros de

pesquisa e hospitais do Brasil foram inscritos e analisados por 38 especialistas que selecionaram os três melhores de cada uma das sete categorias do Prêmio. A escolha levou em conta o impacto, a originalidade, o uso da tecnologia e a educação para a saúde. O Prêmio Saúde foi instituído pela revista Saúde, da Editora Abril, em 2006, com o objetivo de incentivar, apoiar e divulgar iniciativas que contribuam para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros.

EVENTOS DE NOVEMBRO

De 5 a 7

*II Congresso de Arte e Saúde da Unicamp (Casu)

Ontem, hoje e amanhã: a inserção da arte na saúde através dos tempos

Horário: das 18 às 22 horas

Local: Auditório da FCM

Org.: Centro Acadêmico Adolfo Lutz (Caal)

Informações e inscrições: (19) 3521-7942 ou www.fcm.unicamp.br/caal

Dia 8

*Abertura da exposição *Portas e janelas: por onde a vida flui*

Artista: Neiva Gonçalves

Horário: 11 horas

Período da exposição: até o dia 30/11, das 8h30 às 17h30

Local: Espaço das Artes da FCM
Org.: ARP e CADCC

Dia 8

*Lançamento do portal CInAPCe

Horário: 15 horas

Local: Sala da videoconferência da FCM

Informação: www.cinapce.org.br ou (19) 3521.8941

Dia 9

*Palestra *Origens da vida*

Palestrante: Fazale Rana, da universidade de Ohio
Local: Auditório da FCM
Horário: 12h30
Org.: Disciplina de dermatologia
Informações: (19) 3521-7602

Dia 10

* **II Simpósio Continuado de Atualização em aparelho Digestivo**

Horário: das 9 às 17 horas
Local: Auditório da FCM
Inscrições: www.gastrocentro.unicamp.br/endo/curso
Informações: (19) 3521-8565 ou diva@gc.unicamp.br
 Vagas limitadas.

Dia 14

* **Aula da saudade e descerramento da placa e painel de fotos da XL Turma de medicina**
Horário: das 9h30 às 11h
Local: Salão Nobre da FCM
Org.: Comissão de formatura de medicina

Dia 14

* **Dia mundial de diabetes**
Horário: das 8h30 às 17h
Local: HC e prédios da FCM
Org.: Disciplina de Endocrinologia e SBD

Dia 22

* **Jantar de confraternização da FCM**
Horário: a partir das 20 horas

Local: Buffet Casarão
Org.: ARP

Dias 23 e 24

* **Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde – FNEPAS**
Local: Cepre Unicamp - Unimep
Informações: (19) 3521 8807 ou www.fnepas.org.br

Dia 26

* **Temas de bioética**
Tema: Espiritualidade e ciência
Horário: 19 horas
Local: Salão Nobre FCM
Org.: Grupo de Bioética e Ética Médica do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Dia 26

* **Reunião dos serviços de dermatologia de Campinas, Jundiaí e região**
Palestra com o professor Nelson Proença
Horário: a partir das 8h20
Local: Auditório da FCM
Organização: Disciplina de dermatologia
Informações: (19) 3521-7602

Dia 28

* **Comemoração dos 35 anos da disciplina de Urologia**
Horário: 9h30
Local: Sala da videoconferência da FCM

Org.: Prof. Dr. Carlos D'Ancona
Informações: (19) 3521-7481

Dia 29

* **Programa de treinamento "Alimentos e Nutrição"**
Palestrante: Gláucia Pastore
Horário: das 14h30 às 16 horas
Local: Salão Nobre da FCM
Inscrições: relpubl@fcm.unicamp.br

Dia 29

* **Workshop História das ciências da saúde: pesquisa e ensino**
Horário: das 8h30 às 17h30
Local: Salão Nobre da FCM e salas de aula
Organização: Grupo de Estudos História das Ciências da Saúde
Informações: www.fcm.unicamp.br/grupos/gehcs
 Vagas limitadas.
 Inscrições no local

Dia 30

* **Tardes da Saúde Coletiva Mesa-redonda "A experiência da OncoRede"**
Horário: 14h30 às 17h30
Local: Anfiteatro do DMPS da FCM
Organização: Departamento de Medicina Preventiva e Social

Até o fechamento desse Boletim, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.
 Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor
 Prof. Dr. José Tadeu Jorge
Vice Reitor
 Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa
Departamentos FCM
Diretor
 Prof. Dr. José A. R. Gontijo
Diretor-associado
 Prof. Dr. Gil Guerra Júnior
Anatomia Patológica
 Profa. Dra. Maria Leticia Cintra
Anestesiologia
 Profa. Dra. Glória M. B. Potério
Cirurgia
 Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo
Clínica Médica
 Profa. Dra. Sandra C. B. Costa
Enfermagem
 Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia
Farmacologia
 Prof. Dr. Stephen Hyslop
Genética Médica
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
Medicina Prev. Social
 Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos
Neurologia
 Prof. Dr. Benito P. Damasceno

Oftalmo/Otorrino
 Prof. Dr. Newton Kara José
Ortopedia
 Prof. Dr. João Batista de Miranda
Patologia Clínica
 Profa. Dra. Eliana Cotta de Faria
Pediatria
 Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro
Psic. Médica e Psiquiatria
 Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela
Radiologia
 Profa. Dra. Irene H. K. Barcelos
Tocoginecologia
 Prof. Dr. Luiz Guilherme Bahamondes
Coord. Comissão de Pós-Graduação
 Profa. 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
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia
 Profa. 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
 Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Coord. Comissão de Aprimoramento
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
Coord. Câmara de Pesquisa
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
Coord. do Centro de Investigação em Pediatria (CIPED)
 Profa. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela
Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
Presidente da Comissão do Corpo Docente
 Profa. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra
Coord. do Centro Estudos Pesquisa em Reabilitação (CEPRE)
 Profa. Dra. Zilda Maria G. O. da Paz
Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)
 Prof. Dr. Fábio Bucaretchi
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
 Profa. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad
 Profa. Dra. Iscia T. Lopes Cendes
 Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

Bioética e Legislação
 Profa. Dra. Carmem Bertuzzo
 Prof. Dr. Sebastião Araújo
Diretrizes e Condutas
 Profa. Dra. Laura Sterian Ward
Ensino e Saúde
 Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino
 Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos
 Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas
 Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr
Saúde e Sociedade
 Prof. Dr. Nelson Filice de Barros
 Prof. Dr. Everardo D. Nunes
Responsável Sílvia Motta CONRERP 237
Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson Montali, 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 Barbosa Frezzarin
Tiragem 1.500 exemplares
Distribuição gratuita
Sugestões jornalrp@fcm.unicamp.br
Telefone (19) 3521-8049
 O Boletim da FCM é uma publicação mensal da Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)