



IMPRESSO ESPECIAL  
8.74.02.0314-8 - DR/SPI  
FCM / Unicamp  
PODE SER ABERTO PELA EBCT

## A primeira médica brasileira

A fundação das primeiras escolas médicas brasileiras, ocorrida em 1808, em Salvador e no Rio de Janeiro<sup>1</sup>, aconteceu por causa da transferência da Corte portuguesa para o Brasil. No entanto, até 1879, as mulheres eram proibidas de frequentar esses cursos. Em virtude dessa proibição, a primeira médica brasileira, Maria Augusta Generoso Estrela, teve que estudar no exterior, onde se graduou em 29/3/1881, em Nova York, Estados Unidos.<sup>2</sup>

Maria Augusta<sup>2</sup> nasceu na cidade do Rio de Janeiro, em 10/4/1860. Era filha de Albino Augusto e Maria Luiza Generoso Estrela, ambos portugueses. O pai era um abastado comerciante, representante da Bristol & Cia, e pôde oferecer-lhe esmerada educação no Colégio Brasileiro, no bairro carioca de Laranjeiras. Além das primeiras letras, teve aulas de inglês, francês, piano, canto, dança e prendas domésticas.

Aos 13 anos de idade, acompanhou o pai em viagem à Europa. Depois de visitar as principais cidades portuguesas, estudou seis meses no Colégio Vila Real, em Funchal, Ilha da Madeira, período em que Albino teve que ir a inúmeras cidades européias a negócio. Em janeiro de 1874, após voltar ao Brasil, tornou-se novamente interna do Colégio Brasileiro.

A vocação médica foi despertada pela leitura do periódico “O novo mundo”, no qual se publicou a biografia de uma jovem médica formada em Nova York. Auxiliada por uma senhora americana, amiga da família, a adolescente Maria Augusta conseguiu obter a autorização do pai, viajando para os Estados Unidos em 26/3/1875.

Em Nova York, fez os cursos preparatórios. Não foi aprovada na primeira tentativa de admissão, em setembro de 1876, por ter apenas 16 anos. A jovem brasileira recorreu à Congregação e conseguiu ser matriculada na “New York Medical College and Hospital for Women”, em 17/10/1876. Em 1877, o pai sofreu um sério revés financeiro. Sensibilizado, o imperador Pedro II

concedeu-lhe uma bolsa mensal para pagar os estudos e o vestuário.

Embora tenha terminado o curso em 1879 e como não tinha idade suficiente para se diplomar, a colação de grau ocorreu somente em 1881. Conseguiu prorrogar a bolsa mais um ano, a fim de se aperfeiçoar. Retornou ao Brasil em outubro de 1882 e prestou exames na Faculdade de Medicina do Rio, para validar o diploma. Pedro II aconselhou-a a dedicar-se ao atendimento de senhoras.

Casou-se, em 1884, com um farmacêutico que, várias vezes, aconselhou-a a largar a profissão. No entanto, conseguiu conciliar a vocação de mãe de cinco filhos e a vocação médica, atendendo mulheres e crianças na cidade do Rio de Janeiro. Faleceu em 18/4/1946.

1. Santos Filho L. História geral da medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC: Editora da USP. 1991. 2 vol.

2. Capuano Y. As pioneiras médicas Maria Augusta Estrela e Rita Lobo. São Paulo: Scortecci: Línea Médica, 2002.



Maria Augusta Generoso Estrela, a primeira médica brasileira.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,  
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

*Imunoterapia  
IT e imuno-  
modulação  
na doença  
alérgica*

VEJA TAMBÉM:

*Diagnóstico  
de trombo-  
embolismo  
pulmonar  
(TEP)*

*Cromos-  
sopatia  
humana:  
impasse  
médico?*

*Internaciona-  
lizar para  
crescer*

*Sobre a  
invisibilidade  
social*

## Imunoterapia IT e imunomodulação na doença alérgica

Assim, a modulação da resposta imunológica, promovida pela imunoterapia, ocorre mais cedo que as mudanças isotópicas quantitativas e qualitativas nos anticorpos específicos, sugerindo mecanismos adicionais envolvidos na sinalização.

Nos últimos anos, os consideráveis avanços provenientes dos estudos dos mecanismos de controle da seleção e produção de IgE e o envolvimento e expressão de duas subpopulações de linfócitos auxiliares, Th1 e Th2, têm adicionado informações relevantes ao entendimento da patogênese e possíveis estratégias de tratamento das doenças alérgicas. O sangue periférico de pacientes atópicos mostra repertório de células T contendo clones CD<sub>4</sub><sup>+</sup> alérgeno específico de fenótipo Th2/Th0 produtores de IL-4 e IL-5 em altas concentrações, mas pouco IFN- $\gamma$ .<sup>13</sup>

A importância do receptor do linfócito T (TCR) está diretamente implicada na “decisão” do fenótipo Th1/Th2 na alergia.<sup>4</sup> O complexo peptídeo/MHC, que se liga mais fortemente e com alta densidade ao TCR, favorece a produção de clones Th1, ao contrário, ligações com o TCR mais fracas favorecem a resposta Th2. A maneira com que o TCR “manipula” estes sinais pode depender em parte de interações co-estimuladoras receptor/ligante.

Estudos funcionais têm sugerido que citocinas tipo Th2 são responsáveis pela intensificação da resposta humoral e, de relevância considerável para as reações alérgicas, promovendo o *switching* IgG para IgE (IL-4 e IL-13), aumentando a sobrevida eosinofílica (IL-5), a diferenciação terminal da célula B (IL-6) além de inibir a resposta Th1 (ação IL-4 e IL-10). Por outro lado, citocinas do tipo Th1 possuem efeito regulador (+) nos mecanismos celulares de defesa imune, promovendo fagocitose e atividade de células NK (IFN- $\gamma$  e IL-12) além de inibição cruzada da resposta Th2.<sup>5</sup> Desta forma, parece natural a formulação da hipótese na qual a imunoterapia alérgeno específica poderia diminuir a ativação da resposta Th2 e/ou ativar a ação Th1.

Durante o processo de imunoterapia, a produção precoce de IL-10 parece induzir anergia de linfócitos T, condição importante no sucesso da imunoterapia ao veneno. Isto resulta na perda da resposta aberrante do linfócito T auxiliar Th2 alérgeno-específico (redução na proliferação celular e na produção de citocina) com mudança deste fenótipo Th2 para Th1, como padrão de resposta de citocina. Como conseqüência, há o aumento da produção de IgG4, da relação IgG4:IgE e,

paulatinamente, na diminuição de IgE alérgeno-específico. A IL-10 é, inicialmente, produzida por linfócitos T alérgeno-específico e a seguir por linfócitos B e monócitos. Sua propriedade de indução de anergia está baseada na sua ação em linfócitos T, bloqueando a fosforilação em tirosina de CD28, inibindo seu sinal co-estimulatório. A quebra da anergia IT-induzida nos linfócitos T pode ser observada pela ação de algumas citocinas.<sup>6</sup> Exposição de IL-15 e IL-2 promovem resposta tipo Th1 e produção de IgG4. Por outro lado, IL-4 reativou padrão fenotípico Th2 e produção de IgE. A IL-12, com propriedade de induzir a produção de IFN-g, promove o desenvolvimento de linfócitos Th1.

A mudança do padrão de resposta Th1 com aumento na produção de IL-12 nos indivíduos submetidos à IT foi observada.<sup>7</sup> Além disso, foi mostrado que com linfócitos com fenótipo Th2 de pacientes alérgicos, na presença de IL-12, podem ser revertidos para o fenótipo Th0/Th1.<sup>8</sup> Esta mudança está associada à perda do fator de transcrição GATA-3/Th2-específico. Isto sugere que a IL-12 seria outro marcador de efetividade da polarização Th2/Th1/Th0 que ocorre na imunoterapia. Assim, a modulação da resposta imunológica, promovida pela imunoterapia, ocorre mais cedo que as mudanças isotópicas quantitativas e qualitativas nos anticorpos específicos, sugerindo mecanismos adicionais envolvidos na sinalização.

Outro efeito observado na IT é diminuição na liberação de mediadores pelos basófilos/mastócitos.<sup>9</sup> Além disso, durante IT verifica-se que muitos marcadores de superfície, inclusive receptores de citocinas e de ativação de antígenos, estão aumentados, transitoriamente, durante os estágios iniciais do tratamento.<sup>10</sup> Contudo, diminuiram após o período de indução rápida. O significado destas mudanças não está completamente claro, mas postula-se que a degranulação parcial de basófilos promoveria a liberação de mediadores, incluindo IL-4. Com a mudança gradual do padrão Th2 a Th1, ocorreria a diminuição da ativação dos basófilos, efeito desejável como resposta ao tratamento.

Prof. Dr. Ricardo L. Zollner

LABORATÓRIO DE IMUNOLOGIA E ALERGIA EXPERIMENTAL;  
PROFESSOR-ASSOCIADO E LIVRE DOCENTE DO DEPARTAMENTO  
DE CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP

1. Parronchi P, Macchia D, Piccinni MP, Biswas P, Simonelli C, Maggi E, et al. Allergen- and bacterial antigen-specific T-cell clones established from atopic donors show a different profile of cytokine production. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1991 May 15;88(10):4538-42.

2. Wierenga EA, Snoek M, de Groot C, Chretien I, Bos JD, Jansen HM, et al. Evidence for compartmentalization of functional subsets of CD2+ T lymphocytes in atopic patients. *J Immunol*. 1990 Jun 15;144(12):4651-6.

3. Yssel H, Johnson KE, Schneider PV, Wideman J, Terr A, Kastelein R, et al. T cell activation-inducing epitopes of the house dust mite allergen Der p 1. Proliferation and lymphokine production patterns by Der p 1-specific CD4+ T cell clones. *J Immunol*. 1992 Feb 1;148(3):738-45.

4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. Referências em [www.fcm.unicamp.br/boletim](http://www.fcm.unicamp.br/boletim).

# Diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP)

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é a terceira doença cardiovascular aguda mais frequente como causa de morbidade e mortalidade e um dos mais frequentes problemas enfrentados pelo internista.<sup>1-4(D)</sup> Doenças cardíacas, neoplasias, traumas, cirurgias recentes e doenças sistêmicas são condições clínicas predisponentes importantes.<sup>1-4(D)</sup>

O diagnóstico, geralmente, é difícil, já que os sintomas são pouco específicos, como dispnéia e taquipnéia, dor torácica, tosse e hemoptise. O paciente pode ainda apresentar sintomas de insuficiência cardíaca direita, como tontura, síncope, desconforto precordial, empachamento, dor no hipocôndrio direito e edema de membros inferiores.

Os principais sinais provêm da insuficiência cardíaca direita de rápida instalação: hipotensão; taquicardia; taquipnéia; cianose; estase jugular; reflexo hepatojugular; desvio do íctus para esquerda; ausculta de insuficiência tricúspide; punho percussão hepática dolorosa; ascite e da hipertensão pulmonar: dobramento e hiperfonesse de segunda bulha, que se torna palpável; submacicez do segundo espaço intercostal esquerdo.

Ao eletrocardiograma, os sinais mais importantes são: inversão onda T DIII/aVF ou em V1-V4; BRD; onda S DI e aVL > 1,5mm; onda S profunda em DI concomitante a onda Q e inversão de onda T em DIII; onda Q em DIII e aVF, mas não em DII; padrão Qr em V1.

Uma radiografia simples de tórax poderá mostrar: dilatação proximal dos ramos das artérias pulmonares; aumento de VD, visível pela diminuição do espaço retroesternal no perfil; dilatação da veia cava inferior e da veia ázigo; derrame pleural ou pericárdico; dilatação da borda cardíaca direita no AP secundário a aumento de AD.

Ao ecocardiograma, os principais achados indicativos de TEP são: dilatação/hipertrofia de VD e hipocinesia; movimentação paradoxal do septo; aumento de AD; insuficiência tricúspide/hipertensão pulmonar; derrame pericárdico; perda do colapso inspiratório da veia cava inferior.

O primeiro e mais importante passo, no diagnóstico de TEP, é a determinação da probabilidade clínica da ocorrência. Esta probabilidade é considerada alta, quando a somatória dos critérios é >6; 2<intermediária <6 e baixa quando <2.<sup>1-4(D)</sup>

Os critérios mais utilizados para determinar tal probabilidade estão abaixo relacionados:

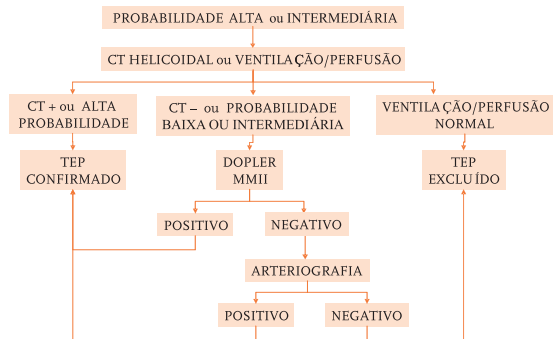
## CRITÉRIO DE WELLS

Sinais ou sintomas de TVP	3,0
TEP é principal hipótese (história, exame físico, raio -X, ECG)	3,0
FC>100bpm	1,5
Imobilização > três dias ou cirurgia nas últimas quatro semanas	1,5
Antecedente de TEP ou TVP	1,5
Hemoptise	1,0
Neoplasia em tratamento nos últimos seis meses ou paliativo	1,0

## CRITÉRIO DE GENEVA

Idade	
60 - 79 anos	1
> 79 anos	2
Antecedente de TEP ou TVP	2
Cirurgia recente (ou Neoplasia)	3
FC>100bpm	1
PaCO <sub>2</sub>	
<36 mmHg	2
36 - 39 mmHg	1
PaO <sub>2</sub>	
<50 mmHg	4
50 - 60 mmHg	3
61 - 72 mmHg	2
73 - 83 mmHg	1
Raio -X de tórax	
Atelectasia laminar	1
Elevação de hemidiafragma	1

De acordo com a probabilidade clínica, preconiza-se o seguinte esquema de investigação diagnóstica:



## 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.

*Brianna Nicoletti*

RESIDENTE DA DISCIPLINA DE MEDICINA INTERNA;  
DEPTO. DE CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP

*Marco Antônio de Carvalho Filho*

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ENFERMARIA GERAL DE ADULTO DO HC; DISCIPLINA DE MEDICINA INTERNA;  
DEPTO. DE CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP

*Profª. Dra. Laura S. Ward*

PROFESSORA-ADJUNTA DA  
DISCIPLINA DE MEDICINA INTERNA;  
DEPTO. DE CLÍNICA MÉDICA, FCM, UNICAMP

O diagnóstico, geralmente, é difícil, já que os sintomas são pouco específicos, como dispnéia e taquipnéia, dor torácica, tosse e hemoptise.

1. Piazza G, Goldhaber SZ. Acute pulmonary embolism: part II: treatment and prophylaxis. *Circulation*. 2006 Jul 18;114(3):e42-7

2. Wells PS. Advances in the diagnosis of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*. 2006 Feb;21(1):31-40.

3. Wells PS, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA*. 2006 Jan 11;295(2):199-207.

4. Merli G. Diagnostic assessment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Am J Med*. 2005 Aug;118 Suppl 8A:3S-12S.



Quando um dos cônjuges tem uma translocação equilibrada entre dois cromossomos de pares diferentes, o casal tem o risco teórico de 50% de gerar uma criança com cromossomopatia.

## Cromossomopatias humanas: impasse médico?

A translocação de pedaços de cromossomos entre dois pares diferentes ocorre de modo equilibrado em cerca de 1/1000 nascimento. No Brasil, estima-se que existam cerca de 180 mil casais sob risco de gerar crianças com alterações desse tipo. Quando um dos cônjuges tem uma translocação equilibrada entre dois cromossomos de pares diferentes, o casal tem o risco teórico de 50% de gerar uma criança com cromossomopatia.

Na prática, a natureza aborta um certo percentual dos fetos anormais, mas vários chegam a nascer.

Quando se detecta em um casal esse tipo de alteração, existem cinco tipos de conduta principais, a saber:

1) **A paciente pode continuar tentando** até que uma gravidez ocorra e que atinja as 16 semanas, deven-

do ser indicado o diagnóstico pré-natal para ter a certeza da normalidade;

2) **A paciente pode ser mais estimulada** de modo a provocar gestação múltipla. Nesse caso, cerca de 60% dos fetos serão naturalmente selecionados, permitindo um aumento de probabilidade de que, pelo menos um feto tenha o sucesso da gestação. Deve também ser indicado o diagnóstico pré-natal para ter a certeza da normalidade fetal;

3) **O diagnóstico pré-implantação.** A paciente poderá ser estimulada, e dessa estimulação, com o sêmen de seu marido e fertilização *in vitro*, poderá propiciar a formação de vários embriões, dos quais poderemos selecionar aqueles que não possuem a translocação em desequilíbrio (crianças

normais) usando a técnica de fluorescência *in situ* (FISH) que já é rotina em nosso laboratório há alguns anos;

4) **Doação de gameta heterólogo:** se o casal aceitar uma doação de gameta oriundo de um paciente do mesmo sexo do cônjuge que têm a translocação, a criança será inteiramente normal;

5) **Adoção,** que depende de princípios íntimos dos dois cônjuges.

Observa-se que, nas duas condutas iniciais, trabalha-se com riscos e não se pode fazer nada, dentro de nossas leis para evitar o nascimento de uma criança anormal. Será que

*As cromossomopatias humanas são anomalias dos cromossomos que podem alterar o número ou a estrutura dos cromossomos. Podem envolver cromossomos autossômicos (do par 1 ao 22) ou sexuais (X e Y). A Síndrome de Down (trissomia do cromossomo 21) e Síndrome de Turner (monossomia de X) são exemplos de alterações numéricas. Já a Síndrome do Miado de Gato, onde ocorre a perda (deleção) de um pedaço do cromossomo 5 (5p-) é um exemplo de alteração estrutural.*

é antiético ou imoral indicar que o casal não faça as tentativas 1 e 2? O casal não poderá evitar o nascimento de filhos com seu patrimônio genético alterado? Esse casal terá que arcar com o nascimento de uma criança com problemas físicos e

mentais e os altíssimos custos que advirão nos anos subseqüentes?

Na terceira e quarta condutas, o casal terá a possibilidade de certeza de fetos normais e dentro do padrão ético, social, moral e legal previsto em nossas legislações. O único problema são os custos, estimados em cerca de 10 a 15 mil reais. O estado deve ou não pagar esses custos? Ou esse casal não tem o direito de ter uma criança normal?

Afinal quem e como se define o direito de ter filhos normais?

Prof. Dr. Walter Pinto Júnior

DIRETOR DA EMBRIOCARE REPRODUÇÃO ASSISTIDA E  
MEDICINA FETAL;

DIRETOR DA GENÉTICA MÉDICA E FORENSE;  
PROFESSOR-TITULAR DO DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA,  
FCM, UNICAMP

## Internacionalizar para crescer

“O crescimento ininterrupto dos conhecimentos constrói uma gigantesca torre de Babel, que murmura linguagens discordantes. A torre nos domina porque não podemos dominar nossos conhecimentos. T.S.Eliot dizia: 'Onde está o conhecimento que perdemos na informação?'. As informações constituem parcelas dispersas de saber. Em toda parte, nas ciências como nas mídias, estamos afogados em informações”<sup>1</sup>.

“É isso mesmo, professora! É isso mesmo!”

Foi com estas exclamações que Rodrigo Thomazin, aluno do curso de graduação em Enfermagem da FCM, interrompeu sua professora e relatou sua experiência na Universidade de la Republica, no Uruguai. Ele acabara de voltar do intercâmbio, feito durante o 1º semestre de 2006, após tornar-se o 7º aluno a internacionalizar suas experiências pelo Programa Escala Estudantil da Associação de Universidades do Grupo Montevideu (AUGM).

Mas... Uruguai!! O que este país tem para oferecer aos alunos da Unicamp?

Pois bem. Tem, e muito. Oferece a oportunidade de olhar o mundo de uma maneira diferente. Tem uma maneira de ensinar que concorda com as palavras de Morin, citadas acima! “Mas o problema não vem só da universidade”, retoma Rodrigo. Isto está vindo desde o ensino fundamental!

“Na escola primária, nos ensinam a isolar os objetos (de seu meio ambiente), a separar as disciplinas (em vez de reconhecer suas correlações), a dissociar os problemas, em vez de reunir e integrar. Obrigam-nos a reduzir o complexo ao simples... a decompor, e não a recompor; e a eliminar tudo que causa desordens ou contradições em nosso entendimento.”<sup>2</sup>

Rodrigo também expressa sua percepção da experiência, ao comentar a forma de raciocinar sobre os fatos, sobre as discussões à beira do leito do paciente, na disciplina “Atención de usuários em situación crítica”. Percebe-se que “por detrás do desafio do global e do complexo, esconde-se um outro desafio: o da expansão descontrolada do saber. O especialista da disciplina mais restrita não chega sequer a tomar conhecimento das informações concernentes a sua área. Cada vez mais, a gigantesca proliferação de conhecimentos escapa ao controle humano. Além disso, os conhecimentos fragmentados só servem para usos técnicos. Não conseguem conjugar-se para alimentar um pensamento capaz de considerar a situação humana no âmbito da vida, na terra, no mundo, e de

enfrentar os grandes desafios de nossa época. Não conseguimos integrar nossos conhecimentos para a condução de nossas vidas. Daí o sentido da segunda parte da frase de Eliot: 'Onde está a sabedoria que perdemos com o conhecimento?'”<sup>3</sup>

Isso deixa alunos e professores perdidos em sua trajetória no ensino. Muitas vezes há vontade de partilhar com os alunos a paixão pelo saber, a curiosidade do desconhecido a ser desbravado!

Mas “a paixão não basta se o professor não for capaz de estabelecer uma cumplicidade e uma solidariedade verossímeis na busca do conhecimento. Ele deve buscar com seus alunos... renunciando a defender a imagem do professor 'que sabe tudo', aceitando mostrar suas próprias divagações e ignorâncias, não cedendo à tentação de interpretar a comédia do domínio, não colocando sempre o conhecimento ao lado da razão, da preparação do futuro e do êxito. A competência aqui visada passa pela arte de comunicar-se, seduzir, encorajar, mobilizar, envolvendo-se como pessoa?”<sup>4</sup>

O intercâmbio vem se realizando desde 2003, sob a coordenação da Profa. Fanny Rocha, quando Ivan A. Gordienko (2003), César A. R. Correa (2005) e Giovanna C. Terra (2006) da Universidad de la Republica e Luciana Carrasco (2004), da Universidad Nacional de Córdoba, vieram viver a experiência do intercâmbio no Departamento de Enfermagem da FCM. Com a mesma finalidade, Ciléa Guimarães, Natalia Gabriela Odinino e Rodrigo Veronese Thomazin foram experienciar culturas e saberes para ampliarem sua formação. É imprescindível que tenhamos coragem de realizar estes desvios de formação para podermos estar mais preparados para o mundo atual.

“Toda evolução é fruto do desvio bem-sucedido cujo desenvolvimento transforma o sistema onde nasceu: desorganiza o sistema, reorganizando-o... De qualquer maneira, não há evolução que não seja desorganizadora/reorganizadora em seu processo de transformação.”<sup>5</sup> É necessário ousar, para construirmos a sabedoria, afogada nas informações múltiplas, deixando as dúvidas aflorarem com humildade.

Profª. Dra. Maria Isabel P. de Freitas Ceribelli

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM,  
FCM, UNICAMP

É  
imprescindível  
que tenhamos  
coragem de  
realizar estes  
desvios de  
formação para  
podermos estar  
mais preparados  
para o mundo  
atual.

1. Morin, E. A cabeça bem feita. Repensar a Reforma. Reformar o Pensamento. Trad. Eloá Jacobina, 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001. 128 p.

2. Perrenoud P. Dez Novas Competências para Ensinar. Convite à viagem. Trad. Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed; 2000. 191 p.

3. Morin, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2002. 118 p.

## Sobre a invisibilidade social

O que se vê (...) são idéias surgirem de inquietações pessoais e se tornarem inquietações de grupos que vão desenvolvendo ações sociais baseadas na estética e passam a promover interações sociais fundadas na ética, no respeito, na participação, na confiança e na solidariedade.

Gilberto Dimenstein escreveu o livro *O mistério das bolas de gude - histórias de humanos quase invisíveis*<sup>1</sup>, a partir de suas investigações em São Paulo, Nova York, Recife, Cali, Manaus e Rio de Janeiro, exatamente porque “miséria é miséria em qualquer parte” e suas soluções também parecem poder ser partilhadas em qualquer parte.

Os personagens do livro são “mais do que anônimos; entre os milhões de habitantes de uma cidade, eles passam despercebidos em todos os lugares. Não se sentem pertencendo a nada. Nem a si mesmos. (...) Tornam-se visíveis, mesmo que por instantes, na destruição: agrirem e matam. Ou se agrirem e se matam, numa autodestruição”.

O autor adverte, logo de início, que o livro não é uma análise socioantropológica e, certamente, por isso utiliza o conceito de capital social com uma certa

superficialidade. No entanto, ele orienta seu texto pelo ângulo dos movimentos de resistência individual ou de grupos, que revelam a melhor paisagem das cidades, com histórias de permanente efervescência e diversidade, contra as dores da degradação urbana.

### Inquietações pessoais e grupais

Dimenstein “crê que, se a dor da invisibilidade está por trás de uma doença social, parte da cura está em tornar-se visível”, quase sempre por meio de projetos de resgate cultural

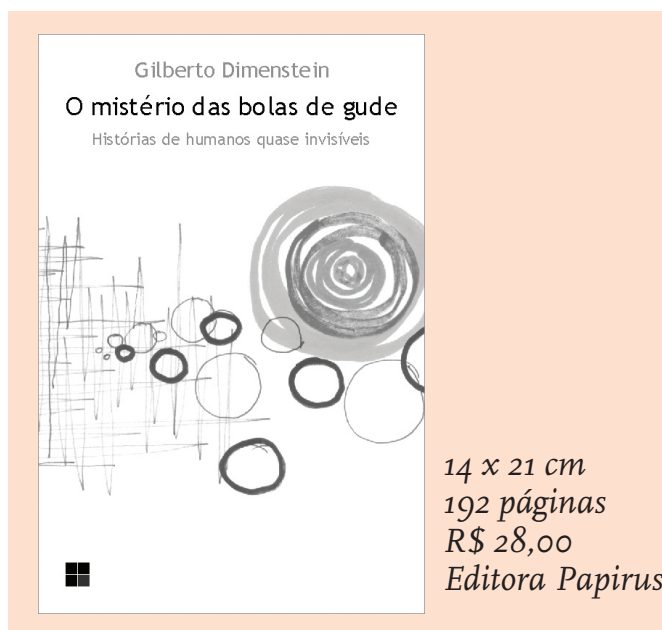
ligados à expressão artística. O que se vê, ao longo do texto que flui de maneira prazerosa, são idéias surgirem de inquietações pessoais e se tornarem inquietações de grupos que vão desenvolvendo ações sociais baseadas na estética e passam a promover interações sociais fundadas na ética, no respeito, na participação, na confiança e na solidariedade.

Assim, as bolas de gude permanecem na fachada, pois seus potenciais destruidores são protagonistas da história e, dessa maneira, seus responsáveis e cuidadores.

Revela o autor que “a sensação de visibilidade é o que está guardado nas bolas de gude intactas da fachada... Como foram colocadas pelas crianças e pelos jovens que se apoderaram do espaço, elas fazem parte de um território conquistado, em que não se percebem nem anônimas nem, muito menos, invisíveis”.

O que está presente de forma implícita no livro, e que Dimenstein vem defendendo em

seus escritos recentes, é a idéia de que também na miséria ou na invisibilidade detêm-se poder e prestígio social, mas apenas com a visibilidade social, que não está relacionada com a riqueza econômica, exclusivamente, constroem-se a perspectiva e os projetos pessoais e sociais de curto, médio e longo prazo.



1. Dimenstein, Gilberto. *O mistério das bolas de gude: histórias de humanos quase invisíveis*. Campinas-SP: Papirus, 2006



## NOTAS

\*A revista Neurology publicou, na edição de julho, um editorial comentando a publicação do “paper” *Hippocampal abnormalities and seizure recurrence after antiepileptic drug withdrawal* - que saiu na mesma revista -, sobre a retirada da medicação antiepiléptica em pacientes com epilepsia que estão controlados das crises e o risco de recorrência após este procedimento. Esse assunto foi tema da tese de doutorado *Retirada parcial e total de droga antiepiléptica em pacientes com epilepsia controlada*, de Tânia Cardoso, orientanda do professor-titular do Departamento de Neurologia da FCM Carlos Guerreiro. “Este assunto apresenta muitas controvérsias, o que gera bastante dificuldade em se estabelecer condutas uniformes para a retirada de medicação nestes pacientes. Nós demonstramos a importância de um fator, até então não estudado nesta situação, como preditor para a recorrência de crises: a presença de atrofia hipocampal, avaliada pelo exame de ressonância magnética”, disse Tânia.

\*O infectologista e professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Paulo Roberto de Madureira, escreve desde os 16 anos de idade. Influência do bisavô materno. Seus poemas são curtos, parecidos com *hai-kais*, porém com uma métrica e rima diferente. Influência de Manuel Bandeira, Carlos Drummond de Andrade, Augusto e Haroldo de Campos e Décio Pignatari. Sobre sua escrivinha e na porta do Departamento, um “varal” de poemas que, às vezes, levam semanas para ficarem prontos. O corpo, o sexo, a morte, o tempo e o mar são os temas preferidos.

Com a poesia *Travessia* Paulo Madureira ganhou, em setembro, o *III Concurso de poesia do município de Ilhabela*. Mais de 150 poetas participaram do concurso. “Cada um podia inscrever até duas poesias. Escolhi *Travessia*, poema que abre o meu próximo livro, *Palavras precisas*, por ter uma forte relação com o mar”, comentou Madureira. A poesia também será publicada pela prefeitura de Ilhabela, daqui alguns meses, numa coletânea. “Estou entrando em contado com eles para sugerir que façam banners gigantes e coloquem o poema nas embarcações que fazem a travessia da ilha para o continente”, antecipou o médico poeta. Paulo Madureira já tem publicado, pela editora Hucitec, o livro *O eu e os nós* que trata, de forma lírica, as situações simples do cotidiano, como a solidão, a vida, a alegria e a felicidade.

## TRAVESSIA

*tem o porto  
tem o mar*

*um foi feito pra ir  
outro pra voltar*

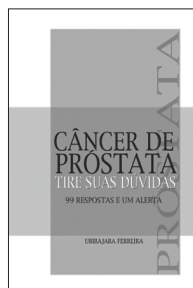
*depende do tempo  
depende do ar*

*as vezes um é vento  
as vezes o outro é lar.*

PAULO MADUREIRA

## LANÇAMENTO

*Câncer de próstata: tire suas dúvidas - 99 respostas e um alerta*  
UBIRAJARA FERREIRA



13 x 21 cm  
60 páginas  
R\$ 19,00  
Âmbito Editores

O urologista da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp e chefe do Grupo de Tumores Urológicos do Hospital de Clínicas (HC), Ubirajara Ferreira lançou, no dia 20 de setembro, no Espaço das Artes da FCM, o livro *Câncer de próstata: tire suas dúvidas - 99 respostas e um alerta*.

Em forma de perguntas e respostas, o livro traz informações para homens que procuram pela primeira vez um urologista e saem, muitas vezes, com dúvidas. Alguns casos clínicos são citados no livro.

*Câncer de próstata: tire suas dúvidas - 99 respostas e um alerta* tenta esgotar todo o rol de dúvidas trazendo informações atuais sobre os diversos aspectos da doença, desde a prevenção até os cuidados na sua fase terminal.

“A idéia em escrever o livro surgiu da percepção de que não há nenhuma literatura acessível ao público não médico com linguagem direta e objetiva. As dúvidas são diversas e nem sempre lembradas no momento da consulta médica ou até deixadas de lado no momento da tomada de ciência do problema por parte do paciente”, diz Ubirajara.

Segundo o urologista, vale lembrar que o homem não está acostumado a sofrer. “Ele é patife ao enfrentar a possibilidade de sentir dor. Medo da impotência, da perda da masculinidade e da morte são fatores mal administrados pela sexo masculino, o que dificulta o diálogo entre médico-paciente sobre a doença”, completa.

Por outro lado, não há no Brasil campanhas suficientes para tentar reverter esse quadro. Tanto que, um levantamento epidemiológico realizado pelo Grupo de Tumores Urológicos do HC da Unicamp detectou que apenas 1,5% dos homens que

procuram o urologista para a sua primeira consulta sobre problemas prostáticos foram influenciados pela mídia.

Como forma de sanar esse problema, a Revista Saúde lançou esse ano o “Prêmio Saúde” para destacar campanhas de prevenção e de educação, trabalhos clínicos e outras ações capazes de melhorar o dia-a-dia de pacientes e contribuir com grande impacto para causas importantes. Para essa edição, 371 artigos foram inscritos em sete categorias: Saúde do coração, Saúde da criança, Saúde mental, Saúde da mulher, Saúde do homem, Saúde e diabetes e Saúde e prevenção. Em cada categoria restaram apenas três finalistas. Na categoria Saúde do homem, o professor Ubirajara concorre com o trabalho *Perfil epidemiológico de pacientes sob rastreamento de carcinoma prostático*, de sua autoria e de W. Matheus, A. Naccarato, R. Stopiglia, F. Denardi, V. Leitão, J. Leitão e N. R. Netto, todos da FCM. O estudo procura revelar os medos dos homens frente ao exame de toque, o meio mais eficiente de flagrar o câncer de próstata a tempo. Na categoria Saúde do

coração, o trabalho *Regressão do remodelamento positivo das artérias coronárias em pacientes com síndromes coronarianas* de Juliano de Lara Fernandes, C. Serrano Jr, M. H. Blotta, J. Nicolau, L. Avila, C. Rochitte e Parga Filho, também da FCM, está entre os finalistas.

O estudo revela dados inéditos sobre o papel da ressonância magnética no diagnóstico e no tratamento da aterosclerose. A votação para o melhor em cada categoria é aberta ao público e pode ser feita até o dia 20 de outubro pela internet: [http://saude.abril.com.br/premio\\_saude/](http://saude.abril.com.br/premio_saude/)

## EVENTOS DE OUTUBRO

### SEMINÁRIO

★ *IV Seminário de reflexões sobre a vida e a morte*

DIAS: 5 e 6/10/2006  
HORÁRIO: das 9 às 17 horas  
LOCAL: Auditório da FCM  
ORGANIZAÇÃO: Caism  
INFORMAÇÕES: (19) 3521-9402

### CONGRESSO

★ *XV Congresso Médico Acadêmico da Unicamp (CoMAU)*

DIAS: 16, 17 e 18/10/2006  
HORÁRIO: das 18h30 às 22h30  
LOCAL: Auditório da FCM  
ORGANIZAÇÃO: Centro Acadêmico “Adolfo Lutz” (Caal)  
INFORMAÇÕES: (19) 3521-7942

### ENCONTRO

★ *II Encontro de aprimorandos de educadores*

DIAS: 19 e 20/10/2006  
HORÁRIO: das 9 às 12h30  
LOCAL: Auditório da FCM  
ORGANIZAÇÃO: Ceci, Cas, Prodecad  
INFORMAÇÕES: (19) 3521-7161

### EXPOSIÇÃO

★ *Pinturas de Frederico Barreto*

PERÍODO: de 4 a 27/10/2006  
HORÁRIO: 8h30 às 17h  
LOCAL: Espaço das Artes da FCM  
ORGANIZAÇÃO: ARP/ADCC

### PROGRAMA DE TREINAMENTO

★ *Cuidados com a pele, seu cartão de visita*

PALESTRANTE: Raquel C. Tancsik Cordeiro  
DIA: 26/10/2006  
HORÁRIO: 14h30  
LOCAL: Salão Nobre da FCM  
ORGANIZAÇÃO: ARP/ADCC  
INFORMAÇÕES: (19) 3521-8049

### COMEMORAÇÃO

★ *Dia do médico*

DIA: 27/10/2006  
HORÁRIO: 8h30  
LOCAL: Saguão da diretoria da FCM  
ORGANIZAÇÃO: ARP  
TELEFONE: (19) 3521-8049

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 Letícia Cintra

##### ANESTESIOLOGIA

Prof. Dra. Glória M. B. Potério

##### CIRURGIA

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

##### CLÍNICA MÉDICA

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

##### ENFERMAGEM

Prof. Dra. Izilda Esmênia Muglia

##### FARMACOLOGIA

Prof. Dr. Stephen Hyslop

##### GENÉTICA MÉDICA

Prof. Dra. Antonia P. Marques de Faria

##### MEDICINA PREV. SOCIAL

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

##### NEUROLOGIA

Prof. Dr. Fernando Cendes

##### OFTALMO/OTORRINO

Prof. Dr. Agrício Nubiato Crespo

##### ORTOPEDIA

Prof. Dr. João Batista de Miranda

##### PATOLOGIA CLÍNICA

Prof. Dra. Eliana Cotta de Faria

##### PEDIATRIA

Prof. Dra. Antonia Terezinha Tresoldi

##### PSIC. MÉDICA E PSIQUIATRIA

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

##### RADIOLOGIA

Prof. Dra. Irene H. K. Barcelos

##### TOCOCINECOLOGIA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Bahamondes

##### 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 FONOAUDILOGIA

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. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

##### COORD. COMISSÃO DE APRIMORAMENTO

Prof. Dra. Lise Roy

##### 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. Rita de Cássia I. Montilha

##### COORD. DO CENTRO DE CONTROLE DE DEINTOXICAÇÃO (CCI)

Prof. Dr. Eduardo Melo Capitani

##### ASSISTENTE TÉCNICO DE UNIDADE (ATU)

Carmen Silvia 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. Dr. José B. Lopes de Faria

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 Cecília M. P. Lima

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 CONRERP 237

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edimilson

Montali, Edson Luis Vertu, 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](mailto:jornalrp@fcm.unicamp.br)

TELEFONE (19) 3788-8049

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)