

FCM é uma das líderes em produtividade científica na América Latina e Península Ibérica

A Unicamp está entre as três universidades líderes em produtividade científica da América Latina e Península Ibérica, segundo pesquisa do grupo espanhol *SCImago Institutions Rankings (Sir)*. Entre os anos de 2003 e 2008, utilizados como base para o ranking, os pesquisadores da Unicamp publicaram 14.913 artigos científicos. A pesquisa tem base em resumos e referências de cerca de 17 mil publicações científicas do mundo publicadas na base de dados *Scopus*. Além do volume de produção da universidade, o ranking levou em conta a qualidade das pesquisas e sua projeção internacional.

A Faculdade de Ciências Médicas (FCM) está em terceiro lugar no ranking de produção científica com 4.130 artigos publicados na categoria Ciências da Saúde, que agrega medicina, enfermagem fonoaudiologia e odontologia e abaixo, apenas, da USP e Unifesp, mas a frente das demais universidades brasileiras e de todas as 516 universidades avaliadas da América Latina e na Península Ibérica, como por exemplo, as Universidades de Barcelona, Chile, Lisboa, do Porto, de Navarra, Autônoma do México e Universidade de Buenos Aires entre outras. Agora, se comparados os dados referentes à colaboração internacional (CI), a FCM é a primeira do ranking e, se avaliada pelas publicações em revista de impacto (CCP), esta no mesmo nível da USP, em primeiro lugar.

"Nós só perdemos em quantidade para a USP porque a nossa faculdade é menor e os dados pegaram um período em que a produção da FCM ainda estava em ascensão. Nossa produção tem aumentado significativamente nos últimos anos, em especial a partir de 2006 e 2007 e, provavelmente, nos próximos anos teremos mudanças no ranking", disse o diretor-associado da FCM, Gil Guerra Júnior.

"A Unicamp é reconhecida como uma Universidade de pesquisa, tanto pela sua qualificada produção acadêmica quanto pela formação de novos pesquisadores na pós-

graduação, se tratando neste caso do contingente predominante de alunos na Universidade. Encontram-se matriculados na FCM aproximadamente 1.200 alunos fazendo mestrado e doutorado em nove programas de pós-graduação *stricto sensu* credenciados pela CAPES. Atendendo às características da Unicamp, nos últimos anos, a FCM tem investido na captação e formação de recursos humanos e infraestrutura direcionados à pesquisa. Temos em atividade mais de 100 laboratórios de pesquisa coordenados pela Comissão de Pesquisa da FCM e com expressiva capacidade de obtenção de recursos em agências de fomento. A Congregação da

FCM acaba de aprovar o Programa Médico/Pesquisador, dando oportunidades a alunos interessados em ter acesso a um novo modelo de formação que agrega o conhecimento médico ao treinamento precoce em pesquisa, principalmente translacional.", disse o

diretor da FCM, José Antônio Rocha Gontijo.

Outro fator que pode ter interferido na posição da FCM é o fato que parte expressiva de sua produção é em áreas caracterizadas pelo Sir como vinculada à área de Ciências da Vida (portanto, não incluída como Ciências da Saúde) tais como a produção em Farmácia, Neurociências, Toxicologia, Imunologia e Genética. Nestas categorias, a Unicamp aparece em quinto lugar entre as universidades latino americanas e em sexto lugar entre as universidades iberoamericanas. O ranking completo está disponível em www.scimagoir.com.

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:
O desenvolvimento de crianças vivendo com o vírus da imunodeficiência humana

VEJA TAMBÉM:
Condutas frente à suspeita de doença genética em óbito ou risco de morte iminente

Pesquisa envolvendo crianças: confidencialidade

2010, Ano Internacional da Enfermeira

Códigos de herança: genética e cultural

Com frequência, crianças e adolescentes infectados pelo HIV enfrentam condições de vida potencialmente prejudiciais a seu desenvolvimento cognitivo, como a vulnerabilidade social e familiar e a falta de estímulo intelectual.

O desenvolvimento de crianças vivendo com o vírus da imunodeficiência humana

As ameaças à saúde e ao bem-estar de crianças e adolescentes brasileiros têm se acumulado ao longo de nossa história. Nos últimos anos, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) adicionou-se à lista, trazendo consigo significativa morbidade e mortalidade. De 1980 ao final de 2009, mais de 18 mil casos de infecção por HIV em crianças menores de 13 anos foram notificados ao Ministério da Saúde. Cerca de 90% dos casos se deveram a transmissão vertical (mãe-filho). Um número significativo de casos novos tem sido notificado anualmente (791 em 2008), apesar da disponibilidade de medidas preventivas.

Com frequência, crianças e adolescentes infectados pelo HIV enfrentam condições de vida potencialmente prejudiciais a seu desenvolvimento cognitivo, como a vulnerabilidade social e familiar e a falta de estímulo intelectual. Adicionalmente, em casos de evolução grave, hoje pouco frequentes, pode ocorrer uma síndrome de encefalopatia pelo HIV, cujas alterações anatômicas e fisiopatológicas podem causar retardo do desenvolvimento cognitivo e motor.

Com base nestes fatores de risco, realizamos um estudo objetivando avaliar o desenvolvimento cognitivo de crianças de 7 a 12 anos, infectadas pelo HIV, seguidas no Serviço de Imunodeficiência Pediátrica do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp. Paralelamente, avaliou-se um grupo-controle, comparável ao grupo infectado em termos de idade, sexo, renda familiar e escolaridade. Como instrumento de avaliação, utilizou-se um conjunto de provas constituintes do Método Clínico de Piaget.

Os resultados mostraram que o desempenho de ambos os grupos nas provas foi comparável, tanto em relação aos escores cognitivos como aos estágios de desenvolvimento. Pudemos inferir que crianças infectadas pelo HIV, clinicamente estáveis, apresentam desenvolvimento cognitivo comparável a crianças saudáveis que vivem em condições sociais e culturais semelhantes. É interessante ressaltar um dado adicional, que não fazia parte das hipóteses iniciais do projeto. Tanto nas crianças infectadas como naquelas saudáveis, os escores cognitivos apresentaram uma correlação direta com os resultados da avaliação padronizada de Qualidade de Vida.

A associação observada de fatores psicossociais, como a Qualidade de Vida, ao desenvolvimento cognitivo, independentemente do estado de infecção pelo HIV, sugere a necessidade de um cuidadoso e empático acompanhamento multidisciplinar, centrado na estrutura da vida comunitária e familiar. Impõe-se a necessidade de instrumentar-se a sociedade brasileira, de forma solidária e proativa, a auxiliar estas crianças vulneráveis a superar os vários fatores que podem afetar seu potencial para uma vida saudável, plena de significado e bem-estar.

Alessandra Bizeli de Oliveira Sartori

MESTRE EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FCM, UNICAMP

Prof. Dr. Marcos Tadeu Nolasco da Silva

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
FCM, UNICAMP

1. Calhoun D A, et al., Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Circulation*, 2008; 117(25):510-526

2. Ubaid-Girioli S, et al., Aldosterone excess or escape: Treating resistant hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 2009; 11(5):245-252.

Condutas frente a suspeita de doença genética em óbito ou risco de morte iminente

Nessa situação, o principal objetivo é coletar evidências para possibilitar, posteriormente, a conclusão diagnóstica e o aconselhamento genético da família. São procedimentos necessários que devem ser parte do atendimento médico rotineiro. Ainda que não haja médico geneticista no momento, a família poderá ser encaminhada para consulta. Antes de qualquer providência, a família deverá estar ciente da possibilidade do óbito, da necessidade de caracterização completa do quadro para posterior esclarecimento e aconselhamento genético. Ainda que a família diga que não é necessário ou que não pretende mais filhos, ela deve ser lembrada da importância diagnóstica para os outros membros da família. É fundamental ficar claro que, a realização de todos os procedimentos abaixo listados, não garante um diagnóstico, mas sim a possibilidade de uma futura averiguação especializada adequada. A família deve ser esclarecida das condições do serviço para a realização ou não de cada procedimento. É importante anotar no prontuário médico que tais informações foram transmitidas aos genitores e a anuência ou não da família para que sejam realizados.

Condutas na criança com anomalias múltiplas

- **Fotografar a criança:** face (frente e perfil), mãos (frente e perfil), pés (dorso e planta), corpo todo e particularidades detectadas (por exemplo, manchas, mamilos extramamários, posição ou formato anômalos, etc.);
- **Realizar um inventário radiológico:** crânio (frente e perfil), face, tórax, membros superiores e inferiores, mãos e pés, coluna (frente e perfil) e bacia;
- **Coletar sangue para exame de cariótipo:** utilizando técnica asséptica com álcool (não utilizar derivados de iodo), aspirar 0,3 ml de heparina sódica em seringa descartável e reencapá-la de forma asséptica (atenção: manter o produto na seringa, ou seja, não “lavar” a seringa e desprezar a heparina). Lembrar que o exame de cariótipo é uma cultura de células e, portanto, deve ser estéril. Uma alternativa é utilizar tubo tipo Vacutainer com heparina sódica. É importante listar os medicamentos que estão sendo administrados, visto que alguns deles podem influenciar na eficácia da cultura e na interpretação do resultado. O material pode ser conservado em temperatura ambiente ou geladeira (não congelar), geralmente por cinco a sete dias;
- **Descrever os achados clínicos, radiológicos, ultrassonográficos e laboratoriais:** o relatório médico bem detalhado é de grande auxílio. Ainda que a terminologia não seja a utilizada pelos especialistas, uma descrição adequada pode contribuir muito para o esclarecimento diagnóstico;
- **Encaminhar para exame anatomopatológico;**
- **Encaminhar a família para consulta especializada,** com a documentação acima explicitada.

Condutas para suspeitas de erros inatos de metabolismo

Tratando-se de um grupo bastante heterogêneo, cuja investigação pode ser diferenciada para cada situação, as particularidades de cada caso merecem ser valorizadas. Assim, as instruções abaixo são genéricas, devendo ser avaliadas em cada situação clínica.

- **Coletar uma amostra de sangue heparinizado, separando o plasma e leucócitos para congelamento:** para posterior dosagem de enzimas específicas. Uma amostra adicional de sangue total em EDTA poderá servir para exames de DNA;
- **Coletar amostra de sangue em papel de filtro** (semelhante ao da triagem neonatal);
- **Realizar biópsia de pele:** de maneira asséptica, armazenando o fragmento em soro fisiológico estéril em geladeira. Isso permitirá a cultura dos fibroblastos em laboratório específico para posterior dosagem enzimática;
- **Encaminhar para exame anatomopatológico:** mencionando a suspeita de erro metabólico, especificando o quadro clínico, para que a análise seja mais adequada;
- **Fotocópia do prontuário:** em algumas situações, para diagnóstico posterior, poderá ser útil o conhecimento do quadro completo, drogas administradas e seus efeitos;
- **Encaminhar a família para consulta especializada,** com a documentação acima explicitada.

É fundamental ficar claro que, a realização todos os procedimentos listados, não garante um diagnóstico, mas sim a possibilidade de uma futura averiguação especializada adequada.

Profa. Dra. Vera Lúcia Gil da Silva Lopes
 Prof. Dr. Ruy Pires de Oliveira Sobrinho
 DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA
 FCM, UNICAMP

Pesquisa envolvendo crianças: confidencialidade

É dever ético do pesquisador como profissional ou cidadão nos casos que indiquem risco de vida ou situações que necessitem de intervenção de outros âmbitos, estar instrumentalizado para tomar medidas interventivas, seja revelando à família o problema, seja denunciando e encaminhando o caso às autoridades competentes, de forma a reduzir o dano e garantir a proteção à criança.

Na pesquisa com crianças, o sigilo das informações, a garantia do anonimato e a proteção da identidade também merecem o cuidado do pesquisador. Esse cuidado, além de respeitar a questão ética e legal, ainda facilita uma relação mais espontânea e descontraída entre pesquisado e pesquisador. É preciso ressaltar que existe diferença entre anonimato e confidencialidade: no anonimato o pesquisador é incapaz de estabelecer uma ligação entre os achados e o sujeito a que eles se referem; na confidencialidade, embora o pesquisador possa estabelecer a ligação entre dados e sujeito, assume o compromisso de não revelá-los.

Em relação à privacidade e confidencialidade das informações, os adolescentes são particularmente preocupados com ela e o pesquisador precisa oferecer a garantia de que as informações fornecidas por ele não serão divulgadas, principalmente para a família ou escola, desde que não impliquem em risco de vida ou necessidade de intervenção da família para a preservação da integridade física e psíquica do próprio adolescente.

Cabe também ao pesquisador negociar com a criança quais informações obtidas com o estudo poderão ser divulgadas. Considerando que o sigilo e a confidencialidade fazem parte da abordagem profissional, respaldados nos códigos de ética profissional, bem como no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é dever de todos os profissionais e pesquisadores zelar pela proteção integral da criança. No entanto, em situações de risco social ou pessoal o pesquisador pode encontrar-se diante de um dilema ético: manter o sigilo acordado antes de iniciar a pesquisa ou denunciar os riscos que envolvem os pesquisados, percebidos a partir das informações obtidas pelo estudo?

Levando em conta a Bioética Principlista, Silva, Lisboa e Koller consideram que a quebra de confidencialidade pode ser admitida em três

circunstâncias que não atentam contra a prática eticamente correta: quando o princípio da não maleficência corre o risco de ser infringido, vale dizer, quando existe a possibilidade de um dano grave envolvendo o sujeito de pesquisa; quando a quebra de confidencialidade resultar em benefício real para o pesquisado (princípio da beneficência); quando for o último recurso, após terem sido esgotados todos os argumentos ou abordagens de persuasão (respeito ao princípio da autonomia).¹

Diante da exigência de quebra do sigilo em situação de pesquisa, cabe ao investigador informar a criança participante do estudo da necessidade de quebra do acordo inicial e lançar mão de estratégias de sensibilização para que o pesquisado tome a iniciativa de revelar o problema e dialogar com a família. É dever ético do pesquisador como profissional ou cidadão, nos casos que indiquem risco de vida ou situações que necessitem de intervenção de outros âmbitos, estar instrumentalizado para tomar medidas interventivas, seja revelando à família o problema, seja denunciando e encaminhando o caso às autoridades competentes, de forma a reduzir o dano e garantir a proteção à criança.

Ao pensar nas questões éticas que envolvem uma investigação com criança, o pesquisador, antes de tudo, deve considerar e aceitar que a criança, assim como o adulto, tem sua dignidade, capacidade e grau de autonomia. Por fim, é indispensável ressaltar que a preocupação ética não deve estar presente somente na fase de elaboração do projeto, mas deve permear todo processo da investigação e divulgação de resultados.

1. Silva LN, Lisboa C, Koller SH. Bioética na pesquisa com crianças e adolescentes em situação de risco: dilemas sobre o consentimento e a confidencialidade. DST - J Bras Doenças Sex Transm 2005;17(3):201-6.

2010, Ano Internacional da Enfermeira – parte 1

Dia 12 de maio, em todo o mundo, comemora-se o Dia Internacional da Enfermeira.¹ A data marca o nascimento de *miss* Florence Nightingale, em Florença, Itália, no ano 1820, durante uma das muitas viagens de seus pais, considerada a fundadora da Enfermagem Moderna.

O ano de 2010 marca o centenário de morte de Florence, ocorrido em 13 de agosto de 1910, e com apoio da Organização Mundial de Saúde, este é o “Ano Internacional da Enfermeira”, com o slogan “Enfermeiras - fazem a diferença na Saúde Global”.

Desta forma, presta-se uma homenagem a esta dama de família aristocrata que, segundo Lucy R. Seymer, uma de suas biógrafas, é uma das mais notáveis figuras femininas que a Inglaterra jamais produziu, pelo fato de ter aberto para as mulheres a possibilidade de seguir uma carreira independente, algo inaudito na época, e, também, desfrutar a liberdade social e econômica.

O cuidado para com os feridos e doentes já existia antes de Florence, entretanto sua forte personalidade, a visão e a habilidade prática para a organização conseguiram dar à enfermagem os fundamentos, princípios técnicos, educacionais e éticos que impulsionaram a profissão e criaram oportunidades anteriormente impensáveis. Ela é a figura dominante no desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão, tendo atuado, também, na reforma dos hospitais civis e militares e também das condições sanitárias do Exército inglês e de hospitais e prisões na Índia, então colônia inglesa.

Hugh Small, outro de seus biógrafos, considera-a como a pioneira que impulsionou o progresso social da Inglaterra com a criação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*). O suíço Jean Henri Dunant (1828-1910) dizia que havia se inspirado em Florence Nightingale para criar a Cruz Vermelha.

Florence teve uma educação refinada que condizia com sua estirpe. Seu pai, homem culto e de visão, providenciou preceptores que lhe transmitiram conhecimentos de história, matemática, ciências e de vários idiomas, como latim, grego, inglês, francês, alemão e italiano. O casal Nightingale incutiu em suas filhas, Florence e Parthenope um profundo senso

de responsabilidade social e sensibilidade para com os menos favorecidos, fazendo com que se interessassem pela melhoria das condições de vida e pela educação das pessoas.

Florence buscava uma vida que não fosse estreita, enfadonha e inútil, como ocorria com as mulheres de seu nível social, ocupadas com bailes, chás e conversas polidas nas longas noites em que não havia convite para jantar ou dançar. Esperava-se das mulheres que fizessem bons casamentos, criassem famílias, fossem esposas submissas e compreensivas. Nada de ambições. Nada de carreira. Em 1844, aos 24 anos, percebeu o que desejava fazer: trabalhar nos hospitais, cuidando das pessoas.

Ela viveu em uma época em que o abismo entre ricos e pobres era muito grande. Quebrar uma perna significava amputá-la. Os hospitais ingleses eram locais insalubres, sem higiene, diz-se mesmo que foi a época em que estiveram sob piores condições, em razão, principalmente, da predominância de doenças infectocontagiosas e a falta de pessoas preparadas para cuidar de doentes. Eram locais para se temer, escuros, mal administrados e sujos, mesmo diante da reorganização dos hospitais que já se encontrava em marcha. Os nobres eram tratados em casa, enquanto os pobres, por não terem alternativa, eram “hospitalizados”, nestes verdadeiros morredouros. Nenhuma dama ousava se expor aos sons e às visões destes lugares.

É neste cenário que Florence passa a atuar, de início estudando em segredo sobre hospitais e saneamento, até que em 1851 seu pai aceita sua vontade de ser enfermeira. Ela esteve junto das irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, no Egito, em Kaiserswerth, na Alemanha, e, no Hotel-Dieu de Paris, buscando aprender sobre enfermagem e o que era ser uma boa enfermeira, apesar de divergir na forma de preparo das alunas nestes lugares. Pôde vislumbrar que a enfermagem poderia ser uma profissão laica.

Ela viveu em uma época em que o abismo entre ricos e pobres era muito grande. Os nobres eram tratados em casa, enquanto os pobres, por não terem alternativa, eram “hospitalizados”, nestes verdadeiros morredouros. Nenhuma dama ousava se expor aos sons e às visões destes lugares.

Profa. Dra. Ana Regina Borges Silva
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

1. Optou-se na redação pelo gênero feminino por ser este o predominante na profissão

Códigos de herança: genética e cultural

A noção sobre aquilo que se herda, após o advento da genética, está relacionada a aspectos bastante concretos. Os processos de fecundação e hereditariedade estão suficientemente mapeados para guiar a compreensão da herança biológica ligada às espécies, mesmo que a quebra do código genético seja, ainda, um dos mais importantes projetos científicos na atualidade. No entanto, a herança cultural, diferente daquela associada aos títulos de nobreza, apenas no século XX começou a ser compreendida, sobretudo ao lidar com aspectos muito mais abstratos, como: valores, símbolos e crenças. O fato de a cultura ser um conceito polissêmico, com muitos diferentes significados e interpretações, agrega dificuldade extra à compreensão de seu processo de hereditariedade. No entanto, o sociólogo Bourdieu, ao trabalhar com o conceito de hábitos, associado à noção de capitais culturais, identificou o que chamou de um quase código hereditário, no sentido de que existe uma forte reprodução social associada à posição e à condição de classe social. Em outras palavras, o autor identificou que os filhos de classes sociais distintas tendem a ter ocupações do mesmo nível de seus pais, filhos de executivos tendem a ser executivos e de trabalhadores braçais a ser braçais.

Rapaille descobriu que na sociedade japonesa daquele tempo seria impossível vender café, instantâneo ou não, pois naquela cultura não havia nenhuma conexão emotiva com o produto. Assim, era preciso, primeiro, atribuir algum significado ao café.

Partindo dessa ideia, outro francês chamado Rapaille, agora com formação psicanalítica, construiu o conceito de código cultural, para explicar porque somos diferentes na forma de viver, comprar e amar.¹ Segundo o autor:

*“o código cultural constitui o significado inconsciente que aplicamos a qualquer coisa, por meio da cultura em que fomos criados. (...) Ele oferece o benefício do entendimento do motivo pelo qual você age de determinado jeito. (...) Da visão de que cada um de nós tem um complexo conjunto de motivações, inspirações e princípios que nos guiam – um código pessoal. [Construído] na maneira como pensamos como cultura, como um grupo com padrões previsíveis, baseado no kit de sobrevivência que recebemos e que capacita-nos a percorrer o mundo”.*¹

O autor relata que iniciou a construção do código ainda nos anos de 1970, quando era psicanalista de crianças autistas em Paris e tomou contato com a obra de Henri Laborit, que relacionou a aprendizagem à emoção, mostrando que sem a primeira a segunda inexistente. Mais tarde, após ministrar uma conferência, foi abordado por alguém da plateia que lhe convidou para auxiliar em uma operação de mercado, mais especificamente pediu ajuda para compreender porque a Nestlé não conseguia vender café instantâneo no Japão naqueles dias. Rapaille, que na época também era professor universitário, aceitou o desafio. Pediu uma licença sabática e viajou para o Japão. Sem nenhuma estratégia específica, tomou as ferramentas que tinha e propôs a diferentes grupos de japoneses uma dinâmica de três horas:

“na primeira hora, assumia o personagem de um visitante vindo de outro planeta, alguém que nunca vira café antes e não fazia a mínima ideia de como ele era utilizado. (...) Na hora seguinte, eu os fiz sentar no chão como crianças do ensino fundamental, com tesouras e uma pilha de revistas, pedindo que realizassem colagens [relacionadas] à palavra café. (...) Na terceira hora, fiz os participantes deitarem no chão (...) coloquei uma música suave e pedi que relaxassem. (...) Quando alcançaram esse estado, eu os

regredi a uma viagem mental passando por sua adolescência e indo para uma época em que eram muito jovens. [Então] pedi-lhes que pensassem outra vez em café, recordando sua primeira lembrança (...) e que recordassem o momento mais significativo do produto em suas mentes”.

Rapaille descobriu que na sociedade japonesa daquele tempo seria impossível vender café, instantâneo ou não, pois naquela cultura não havia nenhuma conexão emotiva com o produto. Assim, era preciso, primeiro, atribuir algum significado ao café.

Após, então, repetir várias vezes a dinâmica construiu o conceito de Código Cultural e a metodologia para operá-lo, com base em cinco princípios: 1) você não pode acreditar naquilo que as pessoas dizem; 2) a emoção é a energia necessária para aprender algo; 3) a mensagem está na estrutura, não em seu conteúdo; 4) existe uma janela de tempo para causar uma impressão profunda e seu significado varia de uma cultura para outra; 5) para ter acesso ao significado de uma impressão profunda em uma cultura, você deve aprender seu código.

Por fim, o autor anuncia que com o Código Cultural identificou um terceiro inconsciente em funcionamento, chamado cultural, e que não pode ser identificado com o inconsciente individual freudiano e nem com o coletivo junguiano. Também, que trabalhando com ele, obteve revelações que ajudaram a se comportar, fazer negócios e enxergar os outros sob outro prisma.

Conclusivamente, é possível que o Código seja um dos elos faltantes para que profissionais da saúde trabalhem com elementos da cultura, identifiquem a força da reprodução dos símbolos, valores e crenças, e compreendam a distância entre o seu código cultural e o da maior parte das pessoas que buscam sua ajuda.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

¹Rapaille C. O Código Cultural: porque somos tão diferentes na forma de viver, comprar e amar? Rio de Janeiro: Elsevier. 2007.

* O doutorando Vinícius D'Ávila Bitencourt Pascoal recebeu o prêmio Aristides Leão durante o 33º Congresso da Liga Brasileira de Epilepsia, ocorrido em Brasília no início deste mês. O trabalho, intitulado “A interleucina 1-beta mostra uma ação protetora na fase aguda do modelo de epilepsia induzido pela pilocarpina”, ficou em primeiro lugar na área de pesquisa básica. O estudo, que será publicado no *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, é resultado de sua pesquisa de doutorado, defendida na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). O trabalho tem orientação de Iscia Teresinha Lopes Cendes, da FCM, e conta com Bolsa de Doutorado da FAPESP. Foi desenvolvido no âmbito do Programa de Cooperação Interinstitucional de Apoio a Pesquisas sobre Cérebro (CInAPCe) da FAPESP. O estudo utilizou um modelo experimental para epilepsia induzida pela pilocarpina, substância extraída da planta *Pilocarpus jaborandi* que, em altas doses, provoca grande efeito excitatório no sistema nervoso central. A epilepsia é um distúrbio neurológico crônico que atinge cerca de 2% da população em geral. As causas comuns são traumas durante o parto e tumores no sistema nervoso central. “Trata-se de uma doença complexa com causas multifatoriais e ainda pouco conhecidas. Uma descarga neuronal atípica e descontrolada leva à crise”, disse Pascoal à Agência FAPESP. Segundo ele, após esse efeito tóxico há elevada morte neural em algumas regiões cerebrais. Nessa fase entra em ação a interleucina 1-beta, substância pró-inflamatória que age no sistema nervoso central contra traumas e processos patológicos. “Ela age de forma a sanar o dano, mas, quando sua expressão é aumentada, estudos apontam uma possível ação neurotóxica. Ou seja, a interleucina 1-beta poderia levar a efeitos pró-convulsivantes”, disse. De acordo com Pascoal, há muita discussão na literatura se o aumento da interleucina 1-beta, após esse efeito tóxico, ajudaria ou não na recuperação

do sistema nervoso central em seguida a uma crise. “Muitos trabalhos afirmam que, quanto mais interleucina for liberada, pior é o prognóstico em animais, mas nossos resultados demonstram o oposto”, disse. Ao utilizar ferramentas da biologia molecular (interferência por RNA) nos testes realizados em ratos, o pesquisador demonstrou a ação da interleucina ao injetar um composto de substâncias com fragmentos de aminoácidos (peptídeos) para modular os genes envolvidos no processo inflamatório. “Aumentamos a ação da interleucina em um grupo de animais ou diminuimos em outro grupo sua ação por meio do seu antagonista endógeno, que é uma proteína sintetizada para controlar esse mecanismo. Percebemos que, quando diminuimos a interleucina, os animais levaram menos tempo para ter as crises, ou seja, diferentemente de outros testes ela desempenhou um papel protetor inicial”, afirmou. Segundo Pascoal, o modelo baseado na utilização da pilocarpina já é amplamente utilizado, mas se baseava na utilização de anticorpos (para promover um bloqueio mecânico dos genes estudados) ou em injeção exógena nos animais das proteínas de interleucina purificada. “Mas, em ambos os casos, são necessárias cirurgias estereotáxicas para entrega dessas moléculas, o que em si já pode provocar uma inflamação e mascarar os resultados”, ressaltou. Com a técnica de interferência por RNA os efeitos inespecíficos são menores. “Além disso, ao injetar um complexo de substâncias na veia caudal dos animais diminuimos os efeitos causados pelo procedimento cirúrgico”, disse. Além dos resultados, um dos destaques da pesquisa foi ter conseguido uma padronização da técnica de interferência por RNA em modelos animais de epilepsia. “Esse estudo poderá propiciar outros projetos para estudar não apenas a inflamação relacionada à perda neuronal, mas também a modulação de genes relacionados à excitabilidade neuronal”, disse.

LANÇAMENTO

***Assistência Ambulatorial ao Idoso**
Organização:
 Maria Elena Guariento e Anita Liberalesso Neri
 Editora Alínea

1ª edição - maio/2010
 464 pag. | 170 x 240 mm
 Preço: R\$ 74,00

Uma das consequências do envelhecimento populacional é o crescimento do número de idosos que demandam assistência aos vários aspectos de sua saúde física e mental. Diante dessa realidade, faz-se aumentar e qualificar a oferta de serviços a essa clientela em todas as regiões do país. A grande maioria dos idosos que busca auxílio especializado traz na bagagem os produtos do acúmulo de perdas e agravos devidos a fatores socioeconômicos, educacionais e de estilo de vida, que potencializam o declínio esperado da velhice. O livro-texto *Assistência ambulatorial ao idoso* oferece um enfoque abrangente das manifestações clínicas típicas do paciente geriátrico, das principais formas de avaliação e alternativas de tratamento e cuidado, considerando os

vários níveis de atenção à saúde, sob um ponto de vista multiprofissional. Especialistas das áreas médica, fisioterápica, de enfermagem, fonoaudiológica, odontológica, psicológica e sociológica apresentam conceitos e alternativas de diagnóstico, prevenção e tratamento de grande atualidade, precisão e praticidade a profissionais e estudantes das várias áreas da Geriatria e da Gerontologia.

Local: Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental e prédio da Pós-Graduação
Horário: 10 horas

Dia 23

***Posse do superintendente do Hospital de Clínicas**
Local: Livraria Cultura do Shopping Iguatemi Campinas
Horário: 19h30
Organização: Maria Elena Guariento e Anita Liberalesso Neri

Dia 30

***Abertura da exposição Revelando Olhares**
Local: Espaço das Artes FCM
Período de exposição: até 23 de julho
Horário: 11 horas
Artistas: Livar, Ana Holz, Solange Cazzaro, Nelson Braga Júnior, Sulamita Camargo, Fernanda Macahiba e Regiane Cap Couto Bucciolli
 Entrada franca

Dias 30 e 01/07

***Ciclo de palestras "Saúde do trabalhador como direito do cidadão"**
Local: Salão Nobre da FCM
Horário: 9 horas
Programação:
www.fcm.unicamp.br/eventos
Organização: Cerest Campinas
Apoio: Depto. de Med. Prev. e Social e diretoria da FCM

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

EVENTOS DE JUNHO**Dia 10**

***Workshop sobre iniciativas em ensino a distância, telemedicina e telessaúde**
Horário: 9 horas
Local: Salão Nobre da FCM
 Inscrições e informações:
www.fcm.unicamp.br/cead

Dias 16 e 17

***Consulta para a escolha da diretoria da FCM para o quadriênio 2010-2014**
Local: Anfiteatro 1 do conjunto de salas da aula da FCM
Horário: das 9 às 17 horas

Dia 21

***Inauguração da Unidade Multidisciplinar de Experimentação Animal, Laboratório de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e Laboratório de Microcirurgia**

EXPEDIENTE**Reitor**

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Vice Reitor

Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca

Departamentos FCM**Diretor**

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Prof. Dr. Luciano de Souza Queiroz

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Joaquim M. Bustorff Silva

Clínica Médica

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

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. Anamarli Nucci

Oftalmo/Otorrino

Prof. Dra. Keila Monteiro de Carvalho

Ortopedia

Prof. Dr. Mauricio Etchebehere

Patologia Clínica

Prof. Dra. Helena V. Wolf Grotto

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgalarroondo

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. 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 Investigação em Pediatria (CIPEP)

Prof. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

Coord. do Centro de Controle de Intoxicações (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 Renata Seixas B. Maia**Jornalista** Edmilson Montalti MTB 12045

Equipe Claudia Ap. Reis da Silva, Edson Luis Vertu, Maria de Fátima do Espírito Santo, Rafael Gonzales

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/ Ilustração Emilton B. Oliveira, Bruno Piatto

Revisão Maria Rita B. Frezzarin

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)