

Unicamp é selecionada para indicar concorrentes ao Prêmio Nobel de Medicina

A Unicamp foi convidada para indicar os concorrentes ao Prêmio Nobel de Medicina ou Fisiologia de 2010. O convite, inédito, foi recebido por meio da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e coloca a Unicamp em pé de igualdade com instituições de ensino de renome internacional como Cambridge, Oxford, Massachusetts Institute of Technology (MIT) e Harvard que participaram, regularmente, da indicação de nomes nas diferentes áreas do conhecimento para o prêmio. “A Unicamp ser vista como uma instituição credenciada para a indicação de candidatos ao Prêmio Nobel é sinal de reconhecimento da qualidade do trabalho de nossos pesquisadores, particularmente da FCM. Isso é motivo de orgulho”, comentou o pró-reitor de Pesquisa da Unicamp, Ronaldo Pilli.

Para o diretor da FCM, José Antônio Rocha Gontijo, um dos motivos da indicação da faculdade é a repercussão internacional de suas pesquisas. De 2004 a 2008, a FCM publicou 4.318 artigos e resumos em periódicos internacionais e mais de cinco mil em periódicos nacionais, além da publicação de livros e patentes. Em 2009, a área médica da Unicamp ganhou dois Núcleos de Ciência e Tecnologia, um voltado para o diabetes e outro para estudos do sangue.

A FCM pode indicar até dez pesquisadores brasileiros ou estrangeiros. Uma comissão coordenada pela Pró-Reitoria de Pesquisa da Unicamp e formada por professores e pesquisadores da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e outros cientistas convidados tiveram até o dia 1º de fevereiro para enviar a relação de candidatos. O nome dos integrantes da comissão e dos indicados ao prêmio é mantido em sigilo, conforme normas estabelecidas pelo Prêmio Nobel.

“Não podemos ter um espírito corporativo de indicar pessoas sem representatividade. Acho que devemos indicar um ou poucos nomes que mostrem a maturidade e a capacidade da Universidade de escolher pessoas que contribuíram, efetivamente, para o avanço da ciência”, disse o diretor da FCM.

“As indicações devem ser bem justificadas e sucintas. O crivo é rigorosíssimo. Devemos ser como um farol a enxergar todas as áreas e não restringir as indicações”, comentou o pró-reitor de Pesquisa.

O Prêmio Nobel foi criado em 1901 pelo inventor sueco Alfred Nobel, criador da dinamite. O prêmio tem o objetivo de reconhecer pessoas que tiveram atuações marcantes nas áreas da física, da química, da medicina, da literatura e da paz. Tradicionalmente, medicina é a primeira área a receber o Prêmio Nobel. Os prêmios são entregues no dia 10 de dezembro em Estocolmo, Suécia, exceto o da paz, que é entregue em Oslo, Noruega.

Em 2009, Elizabeth Blackburn, Jack Szostak e Carol Greider venceram o Nobel de Medicina ou Fisiologia pela descoberta de como os cromossomos são copiados e protegidos contra a degradação. Eles receberam um prêmio de mais um milhão de dólares. Os vencedores são escolhidos a partir de uma lista de indicados, elaborada pela Fundação Nobel, após consulta a algumas universidades e faculdades do mundo. Diferente da entrega do Oscar, a lista não é divulgada previamente. Apesar de haver sempre muitos palpites e favoritos, é difícil saber quem vai vencer.

Edimilson Montalti
ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:
Hipertensão resistente: condição rara ou pandemia?

VEJA TAMBÉM:
Terapia hormonal no climatério e pós-menopausa - parte 1

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil: Consentimento Livre e Esclarecido - parte 2

Pós-graduação *latu senso* nos cursos de Aprimoramento da FCM: hora de reflexão

Oracy Nogueira: pioneiro da pesquisa qualitativa no Brasil

Zilda Arns, um retrato das mudanças do mundo

Hipertensão resistente: condição rara ou pandemia?

O Ambulatório de Farmacologia Cardiovascular do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp iniciou o seguimento de hipertensos resistentes em 1999, suprimindo uma demanda crescente de encaminhamentos de pacientes “com hipertensão de difícil controle” para realização de “investigação de causas secundárias de hipertensão”.

Segundo o sétimo relatório do Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, hipertensão arterial resistente ou refratária (HAR) é a condição em que, após duas consultas consecutivas, os valores pressóricos mantêm-se acima da meta (não necessariamente 140/90 mmHg), a despeito de tratamento farmacológico triplice instituído, incluindo um diurético.¹ Pacientes que são intolerantes a diuréticos e têm pressão arterial não controlada sob uso de três ou mais classes diferentes de anti-hipertensivos, também são considerados hipertensos refratários. De maneira similar, pacientes que requerem quatro ou mais medicações, mesmo atingindo a meta pressórica também devem ser considerados hipertensos refratários.² Em todas essas situações deve ocorrer adesão plena ao tratamento dietético e medicamentoso.

A HAR é citada pela primeira vez na literatura científica pelo professor Robert Tarazi da Clínica Mayo, dos Estados Unidos, em 1978, como sendo uma “condição rara”. No entanto, desde o final da década passada, vários centros no mundo começaram a estudar especificamente esta situação hipertensiva, frente ao aumento de casos, principalmente, nos países ocidentais. Por exemplo, em 2002, a doutora Sandra Taler, no mesmo centro de investigação em que o professor Tarazi trabalhara anteriormente, relatou o achado de 11% a 13% de pacientes com HAR, no total de hipertensos seguidos naquela clínica especializada em HAR.

O Ambulatório de Farmacologia Cardiovascular do Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp iniciou o seguimento de hipertensos resistentes em 1999, suprimindo uma demanda crescente de encaminhamentos de pacientes “com hipertensão de difícil controle” para realização de “investigação de causas secundárias de hipertensão”. Observamos que, em sua maioria, esses pacientes recebiam tratamento farmacológico inadequado e/ou não eram aderentes ao mesmo. Porém, identificamos uma parcela significativa, em que excluídas

essas duas situações e descartada a hipertensão secundária, que não atingia valores inferiores a 140/90 com três classes diferentes de anti-hipertensivos, incluindo um diurético (conceito de HAR, à época). Atualmente, em nosso serviço, 54% dos hipertensos já encaminhados como resistentes mostram-se, após seis meses de acompanhamento, pseudorresistentes. Ressaltamos que a grande maioria dos pacientes nos é direcionada por outros ambulatórios especializados do próprio HC, ou seja, com triagem prévia adequada.

A prevalência de HAR varia de acordo com a população estudada e as ferramentas diagnósticas e terapêuticas utilizadas. Apesar da diversidade de agentes farmacológicos disponíveis para o tratamento da hipertensão arterial, estima-se que cerca de 15% a 17% dos adultos hipertensos sejam portadores de HAR. É importante lembrar que nessas estimativas está excluída a pseudorresistência, que tem como causas principais a medida incorreta da pressão arterial, escolha de doses e medicamentos inapropriados, não adesão à terapia prescrita e hipertensão do jaleco branco.

Outra causa importante de pseudorresistência é a chamada Inércia Terapêutica, neste caso definida como sendo a incapacidade do profissional de saúde em atingir as metas pressóricas previstas. Assim, mesmo considerando-se a pseudorresistência, parece-nos acertado afirmar que esta condição clínica não só não pode ser mais tida como rara, como necessita atenção particular pelo crescente número de casos no mundo ocidental. Este fato tem sustentação nas principais características clínicas desses pacientes, bem como na complexa fisiopatologia da HAR que os acometem, principalmente para os indivíduos idosos, obesos e diabéticos, comorbidades estas cada vez mais frequentes nos países industrializados.

Prof. Dr. Heitor Moreno Jr.
Prof. Dr. Luiz Cláudio Martins
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA
FCM, UNICAMP

1.Chobanian A V, et al., The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA, 2003; 289(19):2560-2572.

2.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):e510-526.

Terapia hormonal no climatério e pós-menopausa - parte 1

O climatério é definido como o período de transição entre a fase reprodutiva da vida da mulher e a senilidade, ocorrendo entre os 40 e 65 anos. Pode ser dividido em pré, peri e pós-menopausa: a pré-menopausa inicia-se, em geral, após os 40 anos e as mulheres mantêm padrão menstrual similar ao do período reprodutivo; a perimenopausa ou transição menopausal começa cerca de dois anos antes da última menstruação, estendendo-se por até um ano e as mulheres apresentam ciclos menstruais irregulares e alterações hormonais; a pós-menopausa começa um ano após a última menstruação.

A média de idade de ocorrência da última menstruação fisiológica definida como menopausa é por volta dos 50 anos de idade e ocorre em decorrência da exaustão da reserva de folículos ovarianos, levando à deprivação da produção hormonal pelos ovários, sendo considerada prematura antes dos 40 anos e tardia quando ocorre após os 55 anos.^{1(D)}

O climatério é, muitas vezes, acompanhado de uma variedade de sintomas associados à diminuição dos níveis de esteroides sexuais. Os sintomas mais frequentes são a irregularidade menstrual, a instabilidade vasomotora como as ondas de calor, sudorese, palpitações e insônia, sintomas psicológicos com nervosismo, irritabilidade e depressão e a atrofia urogenital, ocasionando secura vaginal, dispareunia e sintomas urinários. A longo prazo podem ocorrer doenças crônicas, como doenças cardiovasculares e osteoporose.

Terapia hormonal para tratamento do climatério

Com o aumento do tratamento medicamentoso, começaram a ser reportados eventos adversos sérios, como fenômenos tromboembólicos, aumento na incidência de hiperplasia e câncer de endométrio com uso de estrogênios, isoladamente e em altas doses, o que diminuiu, significativamente, seu uso. Em meados da década de 1980, evidências mostraram que a adição de progestogênios

poderia prevenir as alterações proliferativas das endometrias induzidas pelos estrogênios, levando a um aumento do uso da terapia hormonal (TH) combinada (estrogênios e progestogênios) para tratamento do climatério de mulheres com útero. Estudos mais recentes mostraram um maior risco de câncer de mama em usuárias de TH e, na última década, ensaios clínicos controlados descreveram, além do aumento no risco de câncer de mama, um aumento de risco cardiovascular em usuárias de TH combinada.

Atualmente, baseados nos resultados de ensaios clínicos controlados, surgiram incertezas entre os profissionais da saúde e as mulheres sobre o papel da TH, especialmente em relação ao risco de doença cardiovascular e câncer de mama.²

^{4(A)} O estudo Womens Health Initiative (WHI) foi o ensaio clínico controlado que avaliou os efeitos da TH para a prevenção primária de doenças cardiovasculares e controle de algumas das causas mais comuns de morbidade e mortalidade entre mulheres na pós-menopausa, com idade entre 50 e 79 anos (média etária de 63 anos).^{3(A)} Entretanto, várias publicações questionaram as características da casuística estudada, análise e conclusões.

Vários estudos clínicos atuais avaliaram os riscos e benefícios da TH e diversas sociedades médicas voltadas aos estudos do climatério, como a Sociedade Brasileira do Climatério (Sobrac) e a North American Menopause Society (Nams) têm elaborado diretrizes baseadas nas evidências da literatura para auxiliar os profissionais de saúde no manejo das pacientes climatéricas.^{2,3,4,5(A) 1,6(D)}

Nível de evidência:

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

Prof. Aarão Mendes Pinto-Neto
 Profa. Lúcia Costa-Paiva
 DEPARTAMENTO DE TOC GINECOLOGIA
 FCM, UNICAMP

A média de idade de ocorrência da última menstruação fisiológica definida como menopausa é por volta dos 50 anos de idade e ocorre em decorrência da exaustão da reserva de folículos ovarianos, levando à deprivação da produção hormonal pelos ovários, sendo considerada prematura antes dos 40 anos e tardia quando ocorre após os 55 anos.

1. Controvérsias da terapêutica hormonal na mulher climatérica: TH na peri e pós-menopausa. Consenso da SOBRAC Associação Brasileira de Climatério. Ed. Fernandes CE. São Paulo: Medcomm, 2004.

2. Hulley S, Gray D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group. JAMA 1998;280:605-13.

3. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in health postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA 2002;288:321-33.

4. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Effects of conjugated estrogen equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy. The Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. JAMA 2004;291:1701-12.

5. Farguhar CM, Marjoribanks J, Lethaby A, et al. and the Cochrane HT Study Group. Long term hormone therapy for perimenopausal and postmenopausal women. In the Cochrane Library, Issue 1, 2006.

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil: Consentimento Livre e Esclarecido - parte 2

A solução ideal seria que todos tivessem conhecimento sobre o processo de doação de órgãos, por meio de campanhas informativas ou pela inserção do tema no currículo escolar no Ensino Fundamental e Médio. Assim, qualquer indivíduo, legalmente capaz, também poderia ser considerado esclarecido do ponto de vista ético, com margem de erro relativamente pequena.

No campo da ética, porém, raramente se julga uma pessoa incompetente com respeito a todas esferas de sua vida, uma vez que a avaliação ética envolve maior complexidade. Assim, de acordo com os pressupostos éticos, a pessoa acometida de transtornos mentais, assim como os indivíduos retidos em estabelecimentos hospitalares ou de custódia, não devem necessariamente ser vistos como totalmente afetados em sua capacidade de decidir. O diagnóstico de doença mental não implica na incapacidade do indivíduo para todas as decisões a serem tomadas com respeito à sua saúde ou vida.

Enfim, a questão do consentimento livre e esclarecido é envolta em muitos pontos polêmicos e divergentes, mas, excetuado os casos limítrofes e paradigmáticos, a autonomia do cidadão deve sempre ser respeitada. No que tange à doação de órgãos, o consentimento livre e esclarecido torna-se ainda mais fundamental. Ao defender, do ponto de vista ético, a autonomia do paciente na decisão de doar órgãos, é preciso que se tenha certeza de que o indivíduo consentiu de maneira esclarecida. Será que um indivíduo que manifestou, em vida, o desejo de ser doador tinha a informação e a compreensão necessárias para tomar tal decisão?

Essa é uma questão de difícil resposta, à qual, por vezes, pode tornar-se impossível. A partir daí, fica o questionamento se seria correto, do ponto de vista ético, a retirada dos órgãos desse paciente. A questão se torna ainda mais delicada em casos de morte encefálica, em que os batimentos cardíacos e a respiração ainda estão presentes. Mesmo que um indivíduo tenha decidido em vida que seus órgãos seriam doados após a morte, será que concordaria com a retirada desses órgãos quando ainda apresenta batimentos cardíacos? Percebe-se que pode ser configurada como uma agressão à ética a retirada de órgãos desses pacientes. Um consentimento de tal maneira “não esclarecido” jamais deveria ser considerado.

Como é praticamente impossível saber se o indivíduo está, de fato, esclarecido ou não, uma opção seria inferir isso por seu nível socioeconômico e cultural. Embora isto torne a decisão muito subjetiva, sujeita a erros e passível de ser influenciada por preconceitos, seria uma solução que tenderia a respeitar, pelo menos em parte, a autonomia do indivíduo. A alternativa seria deixar a carga da família a decisão, como é feito atualmente. Nenhuma dessas alternativas, no entanto, é ideal do ponto de vista ético. A primeira é sujeita a erros por inferência e generalização. A segunda, não respeita a autonomia do indivíduo, transferindo para a família a responsabilidade.

A solução ideal seria que todos tivessem conhecimento sobre o processo de doação de órgãos, por meio de campanhas informativas ou pela inserção do tema no currículo escolar no Ensino Fundamental e Médio. Assim, qualquer indivíduo, legalmente capaz, também poderia ser considerado esclarecido do ponto de vista ético, com margem de erro relativamente pequena. Apesar de eticamente ideal, esta solução seria um tanto quanto utópica em nosso país, no qual se reconhece, estatisticamente, a dimensão do analfabetismo funcional. É importante salientar ainda que, quando a decisão fica a cargo da família, a questão do consentimento livre e esclarecido é mais de ordem prática do que por razão ética. Nesses casos, a equipe de captação de órgãos deve ser bem treinada, para efetivamente informar e esclarecer os familiares, e ser capaz de perceber quando a família não conseguiu entender o processo. Daí a importância de uma equipe de captação de órgãos multiprofissional, capacitada para lidar com a situação de maneira adequada.

Paulo Vítor Portella Silveira, Amanda Ambrósio da Silva, Ana Carolina Souza Oliveira, Anderson José Alves, Camila Renault Quaresemin, Cristiane de Moraes, Flávia Santos de Oliveira, Michelle Juliana Magalhães e Rodrigo Martins Alves

REVISTA BIOÉTICA 2009 17 (1): 61 75

Pós-Graduação *latu senso* nos Cursos de Aprimoramento da FCM: hora de reflexão

No ano de 2009, os 55 cursos de aprimoramento receberam cerca de 1.078 inscrições para seu processo seletivo, para um total de 101 vagas, com uma média de 11 candidatos por vaga, com 69 bolsas da Secretaria Estadual de Saúde/SP, administradas pela Fundap. Esse foi o segundo ano em que os cursos de aprimoramento passaram a ser cursos de Pós-Graduação *latu senso* e, com isso, os alunos passaram a ter todos os benefícios dos alunos da Unicamp e, principalmente, os cursos passaram a constar oficialmente entre as atividades didáticas da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Foram produzidas 101 monografias ou pesquisas científicas, sendo que algumas resultaram em artigos científicos que estão sendo publicados em revistas indexadas e a maioria está sendo apresentada em Congressos das diversas especialidades. No Seminário anual dos cursos de aprimoramento, esses trabalhos foram apresentados à comunidade FCM na forma de pôsteres, sendo que os melhores estudos foram premiados.

Os cursos são oferecidos por 12 Departamentos da FCM (tabela anexa) e, portanto compõem a carga didática do departamento e dos docentes envolvidos nos cursos. Além de docentes, os cursos contam com supervisão de vários servidores Unicamp que têm contribuído para o fortalecimento e andamento desses

cursos. Sendo agora cursos da Unicamp, pós-graduação *latu senso*, pode-se criar novos cursos independentes da Secretaria de Saúde e, portanto sem bolsas.

Da experiência do oferecimento de vagas sem bolsas, podemos perceber claramente a necessidade de especialização em várias categorias profissionais em que a possibilidade de realizar o curso sem qualquer ônus em nossa Universidade acaba sendo uma grande oportunidade. Por essa razão, pensamos que agora é a hora de cada departamento rever seus cursos e ver a possibilidade de ampliar tanto o número de vagas como os cursos que são oferecidos. Para embasar essa reflexão, cada departamento deverá receber o resultado da avaliação discente dos cursos realizados em janeiro de 2010.

Finalizando, gostaríamos de agradecer a todos os docentes e servidores participantes dos cursos de aprimoramento 2009, bem como aos representantes discentes e solicitar um empenho ainda maior em 2010, para que possamos melhorar cada vez mais a qualidade dos Cursos de Pós-Graduação *latu senso* Aprimoramento da FCM.

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo

DEPARTAMENTO DE GENÉTICA

COORDENADORA DOS CURSOS DE APRIMORAMENTO

FCM, UNICAMP

Os cursos são oferecidos por 12 Departamentos da FCM e, portanto compõem a carga didática do departamento e dos docentes envolvidos nos cursos. Além de docentes, os cursos contam com supervisão de vários servidores Unicamp que têm contribuído para o fortalecimento e andamento desses cursos.

Departamentos e cursos oferecidos

CLÍNICA MÉDICA: Administração em Unidades de Alimentação Hospitalar; Atendimento ao Paciente com Tuberculose; Atendimento ao Paciente Portador do Vírus HIV; Fisioterapia nas Disfunções Cardiorrespiratórias; Hemoterapia; Nutrição Hospitalar; Nutrição em Hematologia e Oncologia; Nutrição em Doenças Crônicas em Atendimento Ambulatorial; Serviço Social em Oncologia; Serviço Social, Saúde e Envelhecimento **PATOLOGIA CLÍNICA:** Aprimoramento em Laboratório Clínico; Microbiologia e Parasitologia Clínica Aplicada à Atenção Secundária e Terciária à Saúde; Toxicologia Analítica **CIRURGIA:** Aprimoramento em Terapia Nutricional para Nutricionistas; Fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva; Nutrição no Sistema Digestório; Serviço Social, Saúde e Violência **CEPRE:** Atendimento à Saúde da Mulher; Desenvolvimento Infantil: Linguagem e Surdez; Fonoaudiologia e Saúde Auditiva; Fonoaudiologia em Neurologia Infantil; Fonoaudiologia na Área de Surdez; Fonoaudiologia Pediátrica; Práticas e Políticas Sociais na Área da Saúde e Reabilitação; Psicologia Clínica em Neurologia Infantil; Psicologia do Desenvolvimento e Deficiência; Psicologia do Desenvolvimento: Atendimento à Crianças e Adolescentes; Reabilitação em Atividades de Vida Diária; Reabilitação em Saúde Ocular; Serviço Social, Família e Reabilitação na Área da Saúde; Surdez: Desenvolvimento e Inclusão; Terapia Ocupacional e Reabilitação **MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL:** Atendimento ao Acidentado de Trabalho; Ciências Sociais em Saúde; Ouvidoria Hospitalar; Planejamento e Administração de Serviços de Saúde; Saúde Mental **ENFERMAGEM:** Enfermagem em Oncologia e Tratamento Antineoplásico **RADIOLOGIA:** Física Médica Aplicada à Radioterapia **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA:** Fisioterapia Aplicada à Ortopedia e Traumatologia **NEUROLOGIA:** Fisioterapia em Neurologia Infantil; Psicopedagogia Aplicada à Neurologia Infantil; Serviço Social em Incapacidades Neurológicas: Prevenção e Assistência **PEDIATRIA:** Fisioterapia em Pediatria; Nutrição em Pediatria; Serviço Social em Pediatria; Toxicologia para Enfermeiros **GENÉTICA MÉDICA:** Genética Molecular e Citogenética **TOCOGINECOLOGIA:** Psicologia Clínica em Saúde Reprodutiva da Mulher **PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA:** Psico-Oncologia; Serviço Social e Saúde Mental

Oracy Nogueira: pioneiro da pesquisa qualitativa no Brasil

Escrito há seis décadas, *Vozes é atual. Livro pioneiro, não somente pela temática no campo da socioantropologia da época, como pela metodologia utilizada na pesquisa de campo, com as marcas das formulações da Escola de Chicago.*

A recente publicação de *Vozes de Campos do Jordão: Experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no estado de São Paulo* de Oracy Nogueira, edição *fac-símile* da Dissertação de Mestrado, defendida em 1945, e com uma única edição em 1950, traz para os estudiosos da área da saúde uma obra de invulgar qualidade. Deixa de ser um “clássico esquecido”, como apontava Maria Laura Viveiros de Castro Cavalcanti, especialista nos estudos sobre Oracy, há alguns anos atrás.^{1,2} Para essa estudiosa, “*Oracy Nogueira, juntamente com intelectuais como Antonio Candido, Guerreiro Ramos, Florestan Fernandes, é membro de uma geração cuja história se entrelaça com a das ciências sociais no país*”.

Oracy Nogueira nasceu em 1917 em Cunha, São Paulo, e faleceu em 1996. Concluiu a Escola Livre de Sociologia e Política (ELSP) em 1942 e, sob a orientação de Donald Pierson, fez o Mestrado (1945), tendo obtido uma bolsa para realizar o Doutorado sob a orientação de Everett Hughes, na Universidade de Chicago, onde permaneceu até 1947. Não chegou a defender a tese nos Estados Unidos, teve negado o visto para retornar àquele país, por pertencer ao Partido Comunista. Foi professor na ELSP de 1943 a 1952, quando aceitou o convite para a cadeira de Ciência da Administração da Faculdade de Ciências Econômicas e Administrativas da Universidade de São Paulo (USP) e para o Instituto de Administração anexo. Como pesquisador, sua obra se diversifica em temas que abordam: estigma e preconceito, relações raciais, família, comunidade, profissões, metodologia e técnicas de pesquisa.

Aos 19 anos, Oracy foi acometido de tuberculose e, em consequência, ficou isolado da família durante dois anos, em um sanatório; sem dúvida, esta experiência motivou-o a pesquisar o doente tuberculoso e as instituições de tratamento. Em *Vozes de Campos do Jordão* utiliza diversas técnicas de pesquisa: entrevistas (com doentes, médicos, enfermeiros, administradores de sanatórios); observação participante

(refeições, conversas, festas, reuniões); histórias de vida (de indivíduos e instituições); análise de documentos pessoais (foram colhidas 500 cartas, diários, trabalhos literários e consulta a coleções de 10 jornais diários publicados em São Paulo entre 1 e 31 de janeiro; 1 e 31 de julho de 1944) e questionário (respondido por 52 doentes de consultórios particulares e dispensários da Capital (SP) e 104 doentes de Campos do Jordão). Destacam-se no livro os capítulos sobre ideias e atitudes a respeito da tuberculose pulmonar; o ostracismo do tuberculoso; a vida do tuberculoso numa estação de cura; o “regime” nos sanatórios e pensões; manifestações psicológicas dos doentes; relações entre médicos e doentes.

Como apêndice, dois importantes trabalhos metodológicos: “O uso de documentos íntimos nas ciências sociais” e “O emprego do questionário nas ciências sociais”.

Escrito há seis décadas, *Vozes é atual. Livro pioneiro, não somente pela temática no campo da socioantropologia da época, como pela metodologia utilizada na pesquisa de campo, com as marcas das formulações da Escola de Chicago.* Antes mesmo das famosas noções sobre estigma, lançadas por Goffman, e das representações sociais dos anos de 1980 (ver, por exemplo, Claudine Herzlich, na França) Oracy tratou desses temas de forma original e inédita. As transformações sofridas ao longo dos anos, em relação ao conhecimento da tuberculose como doença e as formas de tratamento, não tiram o brilho do livro de Oracy, onde a pesquisa na interface da antropologia, sociologia e psicologia estão presentes num primoroso trabalho de campo. Exemplo de pesquisa qualitativa, leitura obrigatória para os cientistas da área da saúde. Moderno.

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Nogueira O *Vozes de Campos do Jordão: experiências sociais e psíquicas do tuberculoso pulmonar no Estado de São Paulo*. 2ff. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

2. Cavalcanti MLVC Oracy Nogueira e a antropologia no Brasil: o estudo do estigma e do preconceito racial. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 31:5-28, 1996.

3. Cavalcanti MLVC Oracy Nogueira: esboço de uma trajetória intelectual. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos* 2(2):119-134, 1995; acompanha o texto o depoimento de O. Nogueira prestado à Prof. Dra. Mariza Correa-IFCH/Unicamp, em 1984.

Zilda Arns, um retrato das mudanças do mundo

A médica pediatra, sanitarista e fundadora da Pastoral da Criança, Zilda Arns, morreu no último dia 12 de janeiro, vítima do terremoto que atingiu o Haiti. A professora e chefe do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Maria Isabel Pedreira de Freitas, conviveu por mais de dois anos com Zilda Arns, em Londrina, Paraná, de 1983 a 1987, na época em que a Pastoral da Criança estava começando. Essa relação resultou no trabalho “Treinamento de lideranças naturais com ações integradas de saúde”, premiado no Congresso Brasileiro de Enfermagem, e em um convite para trabalhar com Zilda, em Brasília, junto à Pastoral da Criança. Na época, por ter os filhos pequenos, Maria Isabel declinou do convite.

Passados mais de 25 anos, Maria Isabel guarda as recordações desse período em álbuns e diários. Em 1983, Maria Isabel e as alunas do curso de enfermagem da Universidade de Londrina desenvolviam um trabalho numa comunidade carente na zona Sul da cidade onde atendiam 273 famílias. Essa comunidade ficava sob a responsabilidade da paróquia Sagrados Corações, onde ela e a família participava, sob a coordenação do padre Luiz Lourenzo Garcia. Em 1984, Zilda Arns foi convidada pelo arcebispo dom Geraldo Magela para conhecer o trabalho do grupo. Imediatamente, ela se identificou com a equipe e convidou-os para integrarem o projeto da Pastoral da Criança.

Segundo Maria Isabel, Zilda era uma pessoa muito determinada e segura. Ela sabia muito bem o que queria e sempre tinha um sorriso no rosto. Nas reuniões, ela sempre falava baixo e firme. Ao invés de confrontar, ela tinha a incrível habilidade de chegar onde queria agregando ideias e pessoas. Ela identificava os líderes naturais da comunidade e buscava, neles, o apoio que precisava para realizar o seu trabalho. Ela ouvia a todos. As pessoas, naquela época, não sabiam o que era o voluntariado, mas trabalhavam felizes com

ela, mesmo enfrentando extremas dificuldades. Porém, nem sempre ela era uma pessoa fácil de se lidar.

Com o carisma de Zilda, a comunidade conseguiu construir uma creche, reurbanizar a área e implantar os objetivos da Pastoral da Criança: o aleitamento materno, a paternidade consciente, o soro caseiro, a vacinação e o reforço na alimentação. Com isso, a mortalidade infantil que era altíssima naquela região, diminuiu.

Ainda de acordo com Maria Isabel, o Brasil deu um salto enorme na qualidade de vida das crianças nos últimos anos e o país e o mundo vivem um outro momento no qual, no Brasil, o problema mais grave é a obesidade e não mais a mortalidade infantil.

“Hoje, o foco é a ecologia. Por isso Zilda foi para o Haiti. Ano passado, em minha disciplina sobre vivência extramuro, eu trouxe um artigo que saiu no jornal “O Estado de São Paulo” em que uma família haitiana morava no telhado de um paiol e se alimentava de bolinhos de terra. Se não tivéssemos fechado os olhos para o trabalho de Zilda, ela poderia estar aqui. Entretanto, eu não acredito em fatalidade. O que aconteceu lá foi o acomodamento de uma placa tectônica geográfica, algo natural. A Terra está vivendo um ciclo de transformação. Vulcões marinhos estão entrando em atividade. Catástrofe, para mim, será o que poderá acontecer com as crianças se caírem nas mãos de traficantes ou exploradores sexuais, como aconteceu na Indonésia após o tsunami. Zilda morreu trabalhando naquilo que acreditava: ajudando as pessoas, principalmente as crianças. O nome dela nunca será esquecido”, disse Maria Isabel.

Ela sabia muito bem o que queria e sempre tinha um sorriso no rosto. Nas reuniões, ela sempre falava baixo e firme. Ao invés de confrontar, ela tinha a incrível habilidade de chegar onde queria agregando ideias e pessoas. Ela identificava os líderes naturais da comunidade e buscava, neles, o apoio que precisava para realizar o seu trabalho. Ela ouvia a todos.

*Maria Isabel Pedreira de Freitas
em depoimento a Edimilson Montalti
para o Portal da Unicamp*

