

Médicos reitores:

Mário Degni, o segundo reitor da Unicamp



Mário Degni - 1911/1996

O médico-cirurgião Mário Degni nasceu na cidade de Santo André, em São Paulo, a 5/12/1911.¹ Logo após graduar-se, em 29/3/1938, pela Faculdade de Medicina da USP, foi assistente na clínica particular e nos serviços cirúrgicos dirigidos pelo professor Eurico S. Bastos. Em 21/8/1939, iniciou a atividade de ensino como assistente extranumerário da Cadeira de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da USP. Em 1945, apresentou o trabalho “Contribuição anatômica e técnica para a cirurgia do ducto colédoco, com dados anatomocirúrgicos sobre os ductos pancreáticos” para o concurso de “docente livre”.

Curiosamente, conquistou a cátedra (que corresponde ao atual titular) de Técnica Operatória da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre, em outubro de 1948, embora continuasse a exercer as carreiras profissional e acadêmica em São Paulo, na USP. Seu currículo e produção acadêmica exemplificam uma época histórica em que algumas especialidades cirúrgicas atuais ainda eram exercidas pelo cirurgião geral. Ele era cirurgião geral e do trato gastrointestinal, mas foi se atualizando e se diferenciando, conforme a prática evolui e se aprimorou: obteve o título de especialista em cirurgia torácica, em 1952, e de especialista em angiologia e cirurgia geral, em 1964.

A primeira nomeação na Unicamp é para reitor e não para atividades docentes na cirurgia. Em 1963, o curso médico ainda estava no primeiro ano de funcionamento e as atividades cirúrgicas de ensino só seriam introduzidas posteriormente.

Muito pouco ficou da gestão de Mário Degni como reitor do período de 10/10/1963 a 10/9/1965. Seu mandato ocorreu em uma realidade urbana, arquitetônica, acadêmica e financeira muito distinta da atual. Dirigiu uma “universidade” de só uma faculdade, a Faculdade de Ciências Médicas, que funcionava, inicialmente, na Maternidade de Campinas e, a partir de 1965, na Santa Casa da Misericórdia. Os demais institutos pioneiros (Biologia, Matemática, Física e Química) e faculdades (Engenharia, Tecnologia de Alimentos) somente foram instalados pela Resolução de 19/12/1966 e começaram a funcionar em 1967.

A Faculdade de Odontologia de Piracicaba, embora existente, apenas seria incorporada à Unicamp em 1967. A cidade universitária era um sonho que, na época de Degni, estava sendo planejada para ocupar a Fazenda Santa Cândida, em Campinas. As terras do campus de Barão Geraldo não haviam sido doadas e a sua pedra fundamental foi lançada a 5/10/1966.²

Após deixar a Reitoria, Mário Degni foi contratado para reger a cadeira de Clínica Cirúrgica da FCM, a partir de 1966. Todavia, por trabalhar em RTP, continuar a residir em São Paulo e vir apenas duas vezes por semana à Unicamp, seu contrato não foi renovado e venceu em 25/5/1968.

Após a sua saída da FCM, ocorreu a dissolução do “Departamento de Clínica Médica” e do “Departamento de Clínica Cirúrgica”, unificados como “Departamento de Clínica e Cirurgia”. A separação da Clínica Médica e da Cirurgia, como departamentos independentes, viria a ocorrer novamente em 1971.³

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
GRUPO DE ESTUDO HISTÓRIA DA CIÊNCIA DA SAÚDE
FCM, UNICAMP



NESTA EDIÇÃO:

Saúde, interdisciplinaridade e reabilitação: primeiro curso de Mestrado Profissional da FCM

VEJA TAMBÉM: Reconstrução protética da face do paciente oncológico - parte 1

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil - parte 3

O acolhimento na triagem fonoaudiológica

A Escola de Chicago

Os rumos da pós-graduação no Brasil

1. Governo do Estado de São Paulo. Conselho Estadual da Saúde. Processo 857/65. (Siarc/Unicamp).

2. Unicamp 35 anos: ciência e tecnologia na imprensa. N.R. Martins et al. (Org.). Campinas: Editora da Unicamp, 2001.

3. Livro de Memórias da FCM/Unicamp. L.T.L. Costallat (Org.). Campinas: FCM/Unicamp, 2004.

Saúde, interdisciplinaridade e reabilitação: primeiro curso de Mestrado Profissional da FCM

Espera-se que os profissionais formados pelo Programa de Mestrado aperfeiçoem habilidades e competências que lhes permitam conceber, formular e implementar ações, políticas sociais e de educação para a Saúde, e desenvolver pesquisas em diferentes campos.

O Programa de Mestrado Profissional “Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação” é produto do compromisso e dos esforços dos docentes do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (Cepre) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, que desenvolve atividades assistenciais desde 1973. Este Centro tornou-se referência nacional na habilitação e reabilitação de deficiências sensoriais, tendo diversificado suas ações por meio do oferecimento de estágios especializados, assessorias técnicas e cursos de extensão.

Com o reconhecimento da comunidade, nos anos de 1990, o Cepre iniciou o oferecimento de cursos de especialização *latu sensu* para atender à demanda de formação na área da surdez e da deficiência visual. Além disso, foi responsável pela criação do Curso de Graduação em Fonoaudiologia em 2001, curso de caráter inovador pela formação interdisciplinar oferecida aos seus graduandos.

Em consonância com as atuais demandas de capacitação, o Programa de Mestrado Profissional “Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação” foi concebido com o objetivo de oferecer uma formação interdisciplinar no campo da Saúde e da Reabilitação, qualificando profissionais que atuam no mercado de trabalho para identificar e analisar os processos de desenvolvimento humano e suas alterações, bem como as ações de habilitação e reabilitação das deficiências sensoriais e dos agravos fonoaudiológicos quanto às possibilidades de prevenção e promoção da saúde e inclusão social. Para tanto, conta com um corpo docente composto por 14 professores de larga experiência.

Os objetivos do Programa de Mestrado foram estabelecidos com base no perfil multidisciplinar dos docentes e da atuação interdisciplinar, com o intuito de atender o desafio de atuar com uma variedade de formações e de expectativas.

O curso propõe-se a formar profissionais que poderão atuar também como pesquisadores e docentes, com uma visão ampla e crítica da realidade social, com uma visão integrada dos processos de desenvolvimento humano e suas alterações, centrando a atenção na deficiência

sensorial, na comunicação humana e na linguagem. Pretende-se também contribuir com a formação de profissionais capazes de atuar na intersecção de várias áreas do conhecimento, em programas de formação, graduação e pós-graduação e qualificá-los para conduzir processos de inovação em suas respectivas áreas e locais de atuação, usando para isso o instrumental científico oferecido pelo curso.

Espera-se que os profissionais formados pelo Programa de Mestrado aperfeiçoem habilidades e competências que lhes permitam conceber, formular e implementar ações, políticas sociais e de educação para a Saúde, e desenvolver pesquisas em diferentes campos.

A experiência dos dois primeiros anos de funcionamento do Programa tem se mostrado significativa. Os alunos compõem um grupo heterogêneo que tem em comum o interesse na perspectiva interdisciplinar e na ampliação de conhecimentos sobre saúde, reabilitação e desenvolvimento humano. O leque atual de formações inclui: médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e pedagogos oriundos de diversas regiões do país, o que evidencia a abrangência nacional do curso e atesta a carência de cursos dessa natureza e corpo docente com formação tão diversificada. O contato com o meio acadêmico tem favorecido a participação desses alunos em eventos científicos nacionais e internacionais, reafirmando-se, assim, a viabilidade de uma aproximação profícua entre a Universidade e o mundo do trabalho.

É relevante registrar a importância da formação oferecida a profissionais que atuam, majoritariamente, no serviço público e da produção de conhecimento voltada à prática cotidiana, ações que contribuem para a modificação e a inovação na realidade das instituições e das práticas nas áreas de interface do curso.

Profa. Dra. Adriana Lia Friszman de Laplane

Profa. Dra. Maria Elisabete Freire Gasparetto

Profa. Dra. Maria Inês Rubo de Souza Nobre

Profa. Dra. Regina Shon Yu Chun

COMISSÃO DE CURSO

CEPRE/IEL/FCM, UNICAMP

Reconstrução protética da face do paciente oncológico - parte 1

A reabilitação de indivíduos com deformidades craniofaciais decorrentes de traumatismos, má-formações congênicas e tumores, é um enorme desafio para as equipes multidisciplinares.¹⁰ Várias técnicas de cirurgias reparadoras, bem como próteses bucomaxilofaciais convencionais, têm sido empregadas, todavia, em muitos casos, apresentam resultados estéticos e funcionais não satisfatórios.¹⁰ A cirurgia plástica reparadora ampliou sua qualidade com o uso da microcirurgia e dos enxertos vascularizados, mas em razão da extensão e da especificidade anatômica das áreas a serem reparadas, os resultados não podem ser sempre previsíveis e de sucesso.¹⁰ Na cirurgia ablativa de tumores na região maxilofacial, somos confrontados com desvios e defeitos de padrões anatômicos nos quais a cirurgia plástica reparadora nem sempre é possível.¹⁰ Os pacientes são comumente idosos e múltiplos procedimentos cirúrgicos são necessários, sendo que o resultado final, muitas vezes, é imprevisível, além do que, retalhos ou enxertos teciduais podem esconder recorrências tumorais em estágios iniciais, e ainda a radioterapia pré ou transoperatória também interfere com a indicação da cirurgia plástica.

As próteses bucomaxilofaciais permitem uma reabilitação funcional, estética e social muito satisfatória, quando ancoradas ou retidas em implantes osseointegrados, principalmente em casos não tratáveis pelas próteses convencionais, sem outra alternativa de reabilitação.^{4(A)}

Modalidades de próteses bucomaxilofaciais

A-Próteses intraorais

1	Próteses para grandes perdas maxilares
1A	Para edêntulos
1B	Com remanescentes dentais
2	Próteses para grandes perdas mandibulares
2A	Para edêntulos
2B	Com remanescentes dentais
3	Próteses obturadoras da região velofaríngea
3A	Para edêntulos
3B	Com remanescentes dentais
4	Próteses elevadoras de palato

B- Próteses extraorais

1B	Prótese oculopalpebral
2B	Prótese ocular
3B	Prótese nasal
4B	Prótese auricular

C-Próteses faciais extensas: quando envolvem mais de 1/3 da face

D-Próteses conjugadas: são próteses onde interagem a prótese intraoral e extraoral.

E-Próteses radiferas: são próteses usadas para auxílio da radioterapia^{3(D)}

Retenção das próteses maxilofaciais

Próteses com retenção convencional

Podem ser retidas através de adesivos, retenções anatômicas ou armações de óculos.^{5(D)} O silicone, ou outros materiais plásticos modernos, tem possibilitado confeccionar excelentes próteses, mas há sempre o problema da retenção. Os adesivos têm sido empregados; no entanto, na maioria das vezes, causam irritação tecidual e reagem com o material da prótese, tornando-o quebradiço e com tendência a sofrer alterações de cor mais

precocemente.^{6(D)} A utilização de adesivos também pode comprometer a estética marginal da peça protética.^{7(D)} Outra alternativa são as armações de óculos com a desvantagem de o paciente não poder remover os óculos sem mostrar sua deformidade, o que provoca muita insegurança e desconforto; e o peso da peça protética dificulta a fixação e incomoda o paciente.^{6(D)} Vários estudos preconizam a confecção de próteses ocas para a diminuição do peso das peças protéticas.^{8, 9, 10(D)}

Próteses com retenção por implantes extraorais

O uso de implantes osseointegrados nas reabilitações faciais tem sido relatado com sucesso em várias literaturas, trazendo vantagem em relação às próteses de retenção convencionais. Vantagens da fixação com implantes osseointegrados: ótima fixação, não havendo perigo de deslocamento da peça durante movimentação da musculatura facial; leveza da peça; fácil remoção e colocação; maior durabilidade e a fixação pode ser através de magnetos, cliques ou orings.^{11(D)}

Para a confecção das próteses, pode-se utilizar silicone, acrílicos flexíveis e rígidos, sendo recentemente descrito o uso de cerâmica em uma estrutura metálico-fundida.^{12(D)} Estudos realizados relatam que o silicone sofre alterações de cores significantes, em média com 400 horas de exposição à luz ultravioleta, mas fazendo-se o uso de pigmentos especiais, a resistência deste material aumenta para uma estabilidade de cor com até 1.800 horas de exposição à luz.^{13(D)}

Vários autores relatam o conforto e a estética do silicone, indicando o mesmo como material de escolha.^{12, 13(D), 14(A)}

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.

Dr. Marcelo P. A. Sampaio
Dr. Márcio Luis Tomoli
Dra. Laura H. A. A. D'Ottaviano
Dr. Marcelo P. A. Sampaio
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS, UNICAMP

A cirurgia plástica reparadora ampliou sua qualidade com o uso da microcirurgia e dos enxertos vascularizados (...)

1. Borghetti VI, Wassal t. O uso de implantes osseointegrados na reconstrução craniofacial. Revista Implant News. 2004;1(4):339-46.

2. Dib LL, Curi MM, Granström G, Bränemark P, Piras JA, Seignemartin CP. Reabilitação das Deformidades craniofaciais com o uso de implantes osseointegrados. Revista da APCD. 1998;52(3):227-31.

3. Rezende JRV. Fundamentos da Prótese Buco Maxilo Facial. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 1997.

4. Tjellström A. Other applications of osseointegrated implants. In: tissue integrated prostheses. Osseointegration in clinical dentistry. Edts. Bränemark Zarb/ Albrektsson. Quintessence Books, 1978; p 333-343.

5. Rezende JRV. Prótese Buco-Maxilo- Facial: Conceitos Básicos e Práticas de Laboratório 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 1986.

6. Dib LL, Sêneda LM, Curi MM. Princípios gerais e aplicações clínicas dos implantes osseointegrados em oncologia. Manual de condutas diagnósticas e Terapêuticas em oncologia. 2000;445-9.

7. Pinho BP, Rocha L, Dias PV, Santos R. Reabilitação óculo palpebral sobre implantes osseointegrados. Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA. 1995;14:42-7.

8. Rode, R. Prótese Ocular Oca em Resina Acrílica. Revista Faculdade Odontologia Universidade de São Paulo. 1975;13(1):55-64.

9. Bruno, AS. Prosthetic Treatment of maxillofacial Patients. J. Prosthet Dent. 1967;17(5):497-508.

10. Riley, C. Maxillofacial Prosthetic Rehabilitation of postoperative cancer patients. J. Prosthet Dent. 1968;20(4):352-60.

11. Bränemark, PI. Craniofacial Prostheses Anaplastology and osseointegrations. Quintessence Publishing CO, Inc. Carol Stream I, 1997.

12. Tjellström A. Osseointegrated Implants for Replacement of Absent or defective ears. Clinics in plastic surgery. 1990;17(2): 55-66.

13. Beatty, WM, Mahenna KG, Dick K, Jia W. Color changes in dry pigmented maxillofacial elastomer resulting from ultraviolet light exposure. J. Prosthet Dent. 1995;74(5):493-8.

14. Lemon J, Chambers MS, Wesley PJ, Reece GP, Martin JW. Rehabilitation of a midface defect with reconstructive surgery and facial prosthetics: A case Report. Int J Oral Maxillofac Implants. 1996;11:101-65.

Aspectos éticos da legislação de transplante e doação de órgãos no Brasil - parte 3

Embora, na opinião da maioria dos autores, a morte encefálica possa ser diagnosticada unicamente por meio de critérios clínicos, em algumas situações recomenda-se a confirmação dos achados clínicos por exames complementares que evidenciem a ausência de fluxo sanguíneo ou de eletrogênese encefálicos.

Em muitos países europeus foram adotadas definições de morte, tendo como foco apenas a função do tronco encefálico. Nestes países, por exemplo, o teste para a atividade cortical pode ser desconsiderado se o teste da apneia indicar morte do tronco encefálico. Por outro lado, nos Estados Unidos, a definição de morte encefálica requer demonstração de ausência de atividade tanto cortical quanto do tronco encefálico. A alternativa “neocortical” define como morte encefálica apenas a perda das funções mais nobres do encéfalo (morte cerebral). Embora nenhum governo adote essa definição, estudo de 1989 de Younger e colaboradores aponta que um terço dos médicos aplicam essa definição como critério para obter órgãos destinados a transplantes.

Portanto, a literatura médica internacional inclui diversas fontes culturais e legais, e muitos médicos podem cometer o erro de acreditar que práticas médicas aceitáveis, do ponto de vista médico e legal em qualquer lugar do mundo, também o possam ser em seus países. Visto isso, padrões específicos para a prática médica de determinação de morte encefálica permanecem como meras diretrizes, e as declarações de morte encefálica são feitas de acordo com critérios determinados pelos próprios hospitais, ou mesmo pelos médicos assistentes.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução 1.480, de 1997, adotou critérios e princípios para o diagnóstico de morte encefálica, de acordo com o conceito estabelecido pela Comunidade Científica Mundial. O diagnóstico de morte encefálica é baseado em dados obtidos por intermédio da anamnese, exame físico e exames laboratoriais: a- paciente com doença estrutural ou metabólica conhecida e irreversível, na ausência de intoxicação exógena recente, uso de depressores do sistema nervoso central (SNC), bloqueio neuromuscular e/ou hipotermia primária, na certeza de que todas as medidas de proteção encefálica já tenham sido realizadas (metabólicas,

hemodinâmicas etc.). A causa do coma deve ser estabelecida desde o início; b- perda da função de todo encéfalo, inclusive do tronco encefálico, levando a um estado permanente de inconsciência; c- positividade ao teste de apneia.

Embora, na opinião da maioria dos autores, a morte encefálica possa ser diagnosticada unicamente por meio de critérios clínicos, em algumas situações recomenda-se a confirmação dos achados clínicos por exames complementares que evidenciem a ausência de fluxo sanguíneo ou de eletrogênese encefálicos. Tais exames são: angiografia cerebral, mapeamento cerebral por radionuclídeo, eletroencefalograma (EEG) e estudos dos potenciais evocados do tronco encefálico. Se, ao final da avaliação, há evidências de morte encefálica (ME), deve-se aguardar um período mínimo de observação para uma segunda avaliação (exame clínico e, se necessário, complementar) para se fazer o atestado.

Após o diagnóstico de morte encefálica, o médico deve informar a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado. Cada estado da federação tem uma Central que coordena a captação e alocação de órgãos, baseada na fila única, estadual ou regional. Essa notificação é compulsória, independente do desejo familiar de doação ou da condição clínica do potencial doador de converter-se em doador efetivo. A seguir, a família deve ser consultada e orientada sobre o processo de doação de órgãos. A entrevista deve ser clara e objetiva. Segundo a literatura, esta conversa pode ser realizada pelo próprio médico do paciente, pelo médico da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou pelos membros da equipe de captação, que devem estar preparados para prestar todas as informações que a família necessitar.

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

REVISTA BIOÉTICA 2009 17 (1): 61 75

O acolhimento na triagem fonoaudiológica

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Constituição Federal de 1988, tem levado a reformulações nos processos de trabalho. Orientado pelos princípios da universalização do sistema, facilitação do acesso, humanização do atendimento e aumento da capacidade de resolução de problemas relacionados à saúde, introduziu o conceito ampliado de saúde. Aspectos psíquicos, físicos, biológicos e sociais são incorporados, trazendo a necessidade de rever as formas de atendimento nos vários serviços de saúde.

O curso de Graduação em Fonoaudiologia do Centro de Estudos, Pesquisa e Reabilitação (Cepre) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) foi implantado na Unicamp em 2002, tendo como característica a interdisciplinaridade, objetivando a formação de profissionais para atuarem de forma crítica e criativa na área da saúde. Visa à promoção, prevenção, habilitação, reabilitação e aperfeiçoamento no que se refere à linguagem oral e escrita, voz, audição e motricidade orofacial.

Por meio de um currículo abrangente, enfoca aspectos preventivos e sociocomunitários, uma vez que a visão tradicional, puramente técnica e imediatista, não tem sido eficaz nem suficiente para solucionar a demanda do sistema de saúde. Em muitas situações, tal conduta, inclusive, retarda e acentua problemas que poderiam ser facilmente resolvidos.

Para atingir tais objetivos, a clínica-escola, parte integrante do currículo na práxis e formação dos alunos do referido curso, iniciou suas atividades em fevereiro de 2004, desenvolvendo atendimentos especializados, vinculados ao SUS. Dessa forma, a implementação dos princípios básicos que norteiam o SUS tem sido o paradigma que orienta uma nova proposta de atendimento.

Dentre as práticas desenvolvidas, a triagem, considerada uma das principais

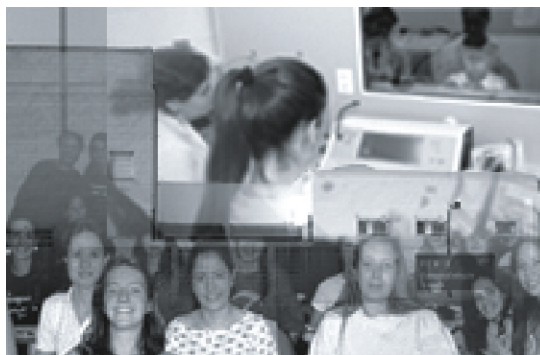
portas de acesso da população para os atendimentos clínicos especializados, tem adotado condutas diferenciadas. Não apenas identifica e somente encaminha para os tratamentos. Acolhe os pacientes de uma maneira diferenciada, buscando compreender todos os aspectos envolvidos, a fim de conduzir da melhor forma a hierarquização dos procedimentos.

Capacita o aluno a desenvolver um raciocínio clínico, considerando os aspectos clínicos, emocionais e sociais na investigação dos casos.

Realiza pronto atendimento, orientações, esclarecimentos e encaminhamentos para outros setores, quando necessário, a fim de que os casos que necessitem de um tratamento urgente possam ser iniciados de imediato.

Tais condutas têm favorecido a agilização do fluxo da demanda, diminuído o tempo de espera e a angústia dos usuários e solucionado cerca de 10% dos casos, em que as orientações assistidas são suficientes para a resolução das queixas.

Há um longo trabalho ainda a ser aprimorado e tem ficado claro que o perfil profissional exigido implica em uma qualificação técnica em que exista não apenas a escuta dos problemas, mas que, efetivamente, saiba realizar sua detecção e um planejamento de como solucioná-los.



Profa. Dra. Marian Hideko Nagae
Profa. Dra. Zélia Z. Lourenço C. Bittencourt

CURSO DE FONAUDIOLOGIA
FCM, IEL, UNICAMP

Por meio de um currículo abrangente, enfoca aspectos preventivos e sociocomunitários, uma vez que a visão tradicional, puramente técnica e imediatista, não tem sido eficaz nem suficiente para solucionar a demanda do sistema de saúde.

A Escola de Chicago: marco histórico da sociologia e dos primeiros estudos da sociologia médica

O legado, nesse momento, foi a importância dos métodos descritivos, estudos de histórias e relatos de vida e a noção de “círculos concêntricos” para o estudo do espaço urbano.

Há cem anos atrás, em 1910, surgia nos Estados Unidos uma escola de pensamento que, reunindo um grupo de professores do Departamento de Sociologia da Universidade de Chicago, se tornaria uma referência das pesquisas sociológicas na primeira metade do século XX, com fortes repercussões até a atualidade.

Tomando como objeto principal de pesquisa o espaço urbano, criou e desenvolveu teorias e metodologias que impregnaram as investigações tanto nos Estados Unidos como em outros países. Além disso, pelos problemas sociais investigados, a *D' Sociology* (“D”) para *Disease, Drugs, Delinquency, Drink, Disorganization* - à época denominados de “patologia social”, constitui a primeira fase de estudos empíricos da sociologia médica, tanto nesta fase a da 1ª. Escola de Chicago (1915-1940), como em seu expressivo desdobramento, a chamada 2ª. Escola de Chicago (1940-1960), que iria desenvolver o “interacionismo simbólico” e enfatizar a pesquisa qualitativa.

Fazem parte da 1ª. Escola de Chicago, o fundador do Departamento de Sociologia e Antropologia, Albion W. Small, Robet E. Park, Ernest W. Burgess, Roderick D. McKensie e outros que passam a estudar Chicago, usando o conceito de ecologia humana, grandemente influenciados pelo “evolucionismo social” - marcante na sociologia, em seu estágio inicial de desenvolvimento - tomando como base uma analogia entre os mundos vegetal e animal, de um lado e o meio social, integrado pelos seres humanos, neste caso, a cidade, de outro.

O legado, nesse momento, foi a importância dos métodos descritivos, estudos de histórias e relatos de vida e a noção de “círculos concêntricos” para o estudo do espaço urbano. Exemplar dessa fase é a pesquisa de Faris e Dunham *Mental disease in urban areas* (1939) que, mapeando a distribuição residencial dos pacientes dos hospitais públicos e privados de Chicago, concluíram que as áreas mais pobres (central e de transição) apresentavam taxas mais elevadas de doenças mentais do que as zonas residenciais dos estratos socioeconômicos mais elevados.

Da 2ª. Escola de Chicago fazem parte, dentre outros, Everett Hughes, Howard S. Becker, Anselm Strauss e Erving Goffman, que enfatizaram o estudo do comportamento humano de pequenos grupos, no qual, como salienta Becker, “a unidade básica de estudo era a interação social, pessoas que se reúnem para fazer coisas em comum”.¹ Lembra, ainda, que, “terminada a Segunda Guerra Mundial, a Escola de Chicago, de certo modo, deixou Chicago; o próprio Departamento voltou-se, como instituição, para uma perspectiva mais ligada ao *survey* e à pesquisa quantitativa, tornando-se menos aberto a estudos com abordagem antropológica. No entanto, autores como Goffman, eu mesmo, Eliot Freidson e vários dos alunos de Hughes, Warner e Blumer saímos para outros centros no país e começamos a ensinar”. São exemplos de pesquisas: *Boys in White* (Becker), *Asylums* (Goffman).

As influências da Escola de Chicago no Brasil foram extensas e numerosas e, como analisa Mendonza, em três grandes áreas: a) relações raciais (negros, brancos e imigrantes), b) estudos de comunidade (pequenas cidades rurais) e c) estudos na cidade (principalmente São Paulo).² Foi a Escola de Sociologia e Política de São Paulo, fundada em 1933, que trouxe muitos professores da Universidade de Chicago. Dentre esses professores, destaca-se Donald Pierson (1900-1995), que encaminhou muitos alunos para estudar nos Estados Unidos, como Mário Wagner Vieira da Cunha, Oracy Nogueira, Juarez Brandão Lopes e Levy Cruz. Cite-se, também, o antropólogo Gilberto Velho, do Museu Nacional do Rio de Janeiro que, no final dos anos de 1970, como *visiting scholar*, pôde estreitar seus contatos com a Escola de Chicago e trabalhar com Becker. Como declara em entrevista, “não me considero uma pessoa da Escola de Chicago, de jeito nenhum”, e prossegue “Quando se fala em Escola de Chicago, para mim, o fundamental é a vertente interacionista...”³

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

1. Becker, H. A Escola de Chicago. *Mana*. 1996; 2(2): 177-188.

2. Mendonza, ESG. Donald Pierson e a escola sociológica de Chicago no Brasil: os estudos urbanos na cidade de São Paulo (1935-1950). *Sociologias*. 2005; 7 (14): 440-470.

3. Velho, G. Entrevista com Gilberto Velho. *Estudos Históricos*. 2001; 28: 183-210.

Os rumos da pós-graduação no Brasil

A Comissão Pró-APG da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, por meio dessa carta, pretende manifestar o interesse em fundar uma Associação de Pós-Graduandos (APG) da FCM. Assim, faz-se necessário um processo de construção de identidade e consequente legitimidade junto aos pós-graduandos (mestrandos, doutorandos, residentes, aprimorandos, etc.) da FCM. Para isso, a Comissão se direciona a um movimento de defesa da pós-graduação enquanto instrumento potente para o real desenvolvimento do país. Partimos de pressupostos que defendam a produção de uma ciência humanista e de tecnologias que sirvam de soluções para os problemas sociais vivenciados por grande parcela da população.

Nesta perspectiva, faz-se necessário uma configuração, dos pós-graduandos, em um movimento ativo que discuta e problematize temas relacionados aos rumos da pós-graduação no Brasil. Ser pós-graduando é também compreender nosso papel de produtores, conservadores e disseminadores da ciência enquanto ideologia. Mas sobre qual e por qual Ciência estamos construindo conhecimento?

Assim, tornam-se imprescindíveis discussões sobre a pós-graduação *latu sensu e strictu sensu* na área da saúde, sob a ótica das condições de desempenho de atividades durante a formação, adequação de currículos, número e distribuição de vagas e de bolsas no país de acordo com as demandas existentes para a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas abordagens são importantes na medida em que possibilitam compreender que a efetiva produção científica voltada para a prática do trabalho em saúde

depende da adequação na formação de recursos humanos que direcionará o conhecimento de acordo com as demandas sociais.

Em relação às pós-graduações *strictu sensu*, tem sido enfatizada a necessidade de produção científica comprometida com a busca de soluções para os problemas de saúde de maior impacto para a população. Preconiza-se, ainda, a importância de políticas públicas vigorosas que favoreçam o desenvolvimento de tecnologias, de insumos como medicamentos, de modo sintonizado com as reais demandas sociais. Este é, sem dúvida, um pressuposto que deve ser observado, buscando evitar os efeitos deletérios ocasionados pela excessiva permeabilização do setor Saúde por interesses econômicos das grandes indústrias.

A Associação se faz, dessa forma, como um espaço em constante transformação que visa atuar de forma coletiva, convidando os pós-graduandos para a construção de uma rede de diálogos. Esta é uma possibilidade de dar norte à pós-graduação da FCM, enquanto nos fazemos presentes no universo da pesquisa e da academia, colaborando para o avanço da ciência como transformadora da trajetória do conhecimento que engendra recursos para a melhoria da saúde no Brasil.

A Associação se faz, dessa forma, como um espaço em constante transformação que visa atuar de forma coletiva, convidando os pós-graduandos para a construção de uma rede de diálogos. Esta é uma possibilidade de dar norte à pós-graduação da FCM(...)

Ana Luisa Oliveira e Oliveira

COMISSÃO PRÓ-APG DA FCM

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

FCM, UNICAMP

NOTAS

*O professor e chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, Gastão Wagner de Sousa Campos, recebeu, no dia 18 de novembro, às 19 horas, em Brasília, a medalha mérito Oswaldo Cruz, pelos relevantes serviços prestados à saúde pública brasileira. A entrega da medalha foi feita pelo ministro da Saúde, José Gomes Temporão, durante a abertura da 9ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, no auditório Star Hall do Golden Tulip Brasília Alvorada, antigo Hotel Blue Tree. A medalha de Mérito Oswaldo Cruz foi criada em 1970 no Governo Médici. A medalha se destina a homenagear pessoas nacionais e estrangeiras que, no campo das atividades científicas, educacionais, culturais e administrativas relacionadas com a higiene e a saúde pública em geral, tenham se distinguido de forma notável ou relevante, e tenham contribuído, direta ou

indiretamente, para o bem-estar físico e mental da coletividade brasileira.

*O urologista Paulo Cesar Rodrigues Palma, professor e chefe da disciplina de urologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp lançou o livro "Urofisioterapia: aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas disfunções miccionais e do assoalho pélvico". O evento aconteceu na Unicamp e antecedeu o lançamento oficial do livro no Congresso Brasileiro de Urologia. "Este livro é fruto de um trabalho coletivo de professores, pesquisadores e alunos de pós-graduação. Ele é baseado em evidências no uso de técnicas de fisioterapia no assoalho pélvico. Não há, na literatura nacional, nada parecido", comentou Palma durante a apresentação do livro.

EVENTOS DE DEZEMBRO**Dia 3**

**Jantar de confraternização da FCM*

Horário: 20 horas

Local: Terraço Alphaville

Org.: ARP e Diretoria da FCM

Dias 4 e 5

**Exame de residência*

Local: Auditório da FCM

Horário: dia 4, das 12h às 17h e

dia 5, das 7h às 15h

Org.: Comis. Residência Médica

Dias 11 e 12

**Simpósio Estudos avançados em audição*

Local: Auditório da FCM

Horário: das 8 às 18 horas

Org.: CBMEG

Dia 16

**Onze anos de cirurgia bariátrica na Unicamp*

Local: Auditório da FCM

Horário: das 9 às 14 horas

Org.: Departamento de Cirurgia

Dia 17

**Culto ecumênico, sarau e café natalino*

Local: Salão Nobre da FCM, Espaço das Artes e Espaço Gourmet da FCM

Horário: 10 horas

Org.: ARP e Diretoria da FCM

Dias 22

**Confraternização dos funcionários da FCM*

Local: Ch. Recanto Vista Alegre

Horário: das 9 às 17 horas

Dia 22

**VII Semana de Engenharia Mecânica da Unicamp*

Local: Auditório da FCM

Horário: das 11 às 17 horas

Convites à venda na ARP da FCM

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

Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE**Reitor**

Prof. Dr. 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. Nelson Adami Andreollo

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. Dr. Roger Frigério Castilho

Pediatria

Prof. Dr. Gabriel Hessel

Psic. Médica e Psiquiatria

Prof. Dr. Paulo Dalgallarrondo

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 (CIPED)

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, Marilza

Coelho Borges, Marcelo Henrique Fonseca

Projeto gráfico Ana Basaglia

Diagramação/ Ilustração Emilton B. Oliveira

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)