

ENSINO DE EPIDEMIOLOGIA NA ESCOLA MÉDICA

Institucionalização da Epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Aluno: Carlos Henrique Duarte Alves Torres

Orientador: Dina Czeresnia

Rio de Janeiro, junho de 2002.

Agradecimentos

À minha família – Ana Cecília, Mariana, Maria Clara, Maria Eduarda, Maria Celeste, José Maria, Nena, Sérgio, Marina e Rodrigo – pelo incentivo e apoio afetivo, emocional e material.

Aos professores que me concederam as entrevistas – Dr. Almir Fraga Valladares, Dra. Alice Reis Rosa, Dra. Ana Maria Vergueiro Borralho, Dr. Antonio José Leal Costa, Prof. Basílio de Bragança Pereira, Dra. Claudia Medina Coeli, Dr. Cláudio José Struchiner, Dr. Clementino Fraga Filho, Dra. Diana Maul de Carvalho, Dr. Guilherme Loureiro Werneck, Dr. José Rodrigues Coura, Dra. Kátia Vergetti Bloch, Dra. Léa Camillo Coura, Dra. Letícia Legay Vermelho, Dr. Maurício de Andrade Perez, Dra. Marleide da Mota Gomes, Dr. Mario Chaves, Dra. Pauline Lorena Kale, Dr. Roberto de Andrade Medronho, Prof. Ronir Raggio Luiz, Dra. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon e Dr. Volney de Magalhães Câmara – pelo interesse e disponibilidade, bem como pela inestimável contribuição para a realização desta dissertação. Infelizmente, não foi possível citar todos no texto final por problemas de espaço. Mas, certamente, a realização das entrevistas foi a parte mais interessante na elaboração do trabalho.

À direção da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, à Coordenação de Ensino de Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, à chefia do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, à direção do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, aos seus dirigentes e funcionários pela atenção e por terem me permitido o acesso a pessoas e documentos que foram fundamentais para a realização desta pesquisa.

À direção, à coordenação de pós-graduação, à coordenação do curso de mestrado em epidemiologia e aos professores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz pela oportunidade que me proporcionaram, durante os últimos dois anos, de conviver e aprender com pessoas interessantes e interessadas em Saúde Pública e Epidemiologia.

Aos meus colegas da turma de Epidemiologia do Mestrado 2000, que me ajudaram a conciliar as minhas diversas atividades com as exigências do curso. Sem a ajuda deles teria sido quase impossível chegar ao final.

À direção da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde e do Hospital Universitário da Universidade Iguazu, por terem autorizado mudanças em meu horário de trabalho de modo a me permitir a freqüência às atividades do curso.

Aos meus colegas de trabalho das disciplinas de Higiene e Medicina Preventiva e Medicina Social do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Iguazu – em especial, aos professores Carlos Alberto Silva e Souza e Carlos Gonçalves Serra – que me substituíram em várias ocasiões, possibilitando que eu pudesse 'estar em mais de um lugar ao mesmo tempo'.

À minha orientadora – Dra. Dina Czeresnia – que conseguiu entender o meu ritmo de trabalho e interferiu nos momentos certos, de maneira firme, mas sempre com inteligência, perspicácia e delicadeza.

À professora Eliana Granja, que fez a revisão final do texto e contribuiu com inúmeras e valiosas sugestões.

A todos, MUITO OBRIGADO!

RESUMO. *Este trabalho teve o objetivo de estudar o ensino de epidemiologia nos cursos de graduação em Medicina. O que motivou a sua realização foi a constatação de que a disciplina é básica para a formação médica, mas é pouco valorizada. Foi realizada uma revisão da literatura para analisar a constituição da epidemiologia como disciplina científica e as suas relações com a medicina e com o ensino médico. Foi estudada a introdução da disciplina, bem como seu desenvolvimento, na Faculdade de Medicina da UFRJ no período compreendido entre a Reforma Universitária de 68 e a publicação das diretrizes curriculares para os cursos de medicina em 2001. A documentação examinada se constituiu de Regimentos Internos da Faculdade de Medicina; dos Catálogos do Curso de Graduação em Medicina e dos programas das disciplinas de Epidemiologia, Medicina Preventiva, Mecanismos Básicos de Saúde e Doença e de Atenção Integral à Saúde. Foram efetuadas entrevistas com professores da Faculdade de Medicina da UFRJ para detectar as transformações ocorridas que não aparecem nos documentos oficiais. A revisão da literatura revelou que a aplicação da epidemiologia cresceu na gestão dos serviços de saúde, na medicina e na pesquisa médica. Nas escolas médicas, a partir do final da década de 80, o seu ensino começa a ser mais valorizado. Houve um crescimento da área de Saúde Coletiva em termos de carga horária e do número de docentes. Entre as disciplinas da área de Saúde Coletiva, a Epidemiologia e a Estatística apresentaram o maior crescimento. Atualmente, são responsáveis por mais da metade da carga horária e pela metade dos docentes existentes no ensino de Saúde Coletiva. Além do crescimento, houve expansão de seus conteúdos para outras disciplinas. Foram identificadas três fases: a primeira, nos anos 70, marcada pela hegemonia da medicina tropical e do movimento preventivista; a segunda, nos anos 80 sob a influência da Reforma Sanitária Brasileira; e a terceira, nos anos 90, caracterizada por uma valorização das suas aplicações às pesquisas clínicas. Ocorreu um processo de substituição de conteúdos que privilegiou os aspectos voltados para a pesquisa clínico epidemiológica em relação aos conteúdos de Saúde Coletiva.*

Palavras-chave: *Epidemiologia; Ensino; Medicina; História.*

ABSTRACT. *The aim of this study is to examine the teaching of epidemiology in medical degree courses. What motivated us to carry out this study was the realization that the subject is fundamental for qualification as a doctor but is undervalued. A review of the literature was carried out to analyse how epidemiology was constituted as a scientific discipline and its relationship with medicine and the teaching of medicine. We studied the introduction and development of the subject in the Faculty of Medicine in the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ) during the period which goes from the University Reform of '68 to the publication of the curricular rules for medical courses in 2001. The following documents were examined: the internal rules of the Faculty of Medicine, the catalogues of the medical degree course, and the programmes of the subjects Epidemiology, Preventive Medicine, Basic Mechanisms of Health and Illness, and Total Health Care. Interviews were carried out with lecturers from the Faculty of Medicine of the UFRJ to detect any changes that took place which do not appear in the official documents. The review of the literature showed that the application of epidemiology has grown in the administration of health services, in medicine and in medical research. In medical schools, from the end of the 80s onwards, its teaching started to become more highly valued. There has been an increase in the area of Public Health in terms of the number of hours teaching and the number of teaching staff. Among the subjects in the area of Public Health, Epidemiology and Statistics are the ones that have had the greatest growth. At present they are responsible for more than half the number of hours teaching and more than half the staff teaching Public Health. Apart from this growth, there has been an expansion of their content to other subjects. Three phases were identified: the first, in the 70s, marked by the hegemony of tropical medicine and the movement for prevention; the second in the 80s under the influence of the Brazilian Sanitary Reform; and the third in the 90s, characterized by the importance given to its application in medical research. There has been a process of substitution of content which has given preference to the aspects related to epidemiological medical research in relation to the Public Health content.*

Key words: *Epidemiology; Teaching; Medicine; History*

Sumário

<i>Introdução</i>	7
<i>Capítulo I. Epidemiologia e Medicina</i>	10
1.1 Origens e Desenvolvimento da Epidemiologia	10
1.2 A Introdução da Medicina Preventiva na América Latina	16
1.3 O Ensino Médico	21
1.4 A Organização dos Serviços de Saúde	26
<i>Capítulo II. Metodologia</i>	31
<i>Capítulo III. A História</i>	34
3.1 Da Faculdade de Medicina da UFRJ	34
3.2 Do ensino de Epidemiologia	35
3.2.1 A Cátedra de Higiene – O Ensino da epidemiologia antes do DMP	36
3.2.2 A implantação do Departamento de Medicina Preventiva	38
3.2.3 Da criação à mudança para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho	40
3.2.4 A mudança para o Hospital Universitário	44
3.2.5 Do HU ao NESC	45
3.2.6 A criação do NESC	48
3.2.7 Do NESC aos dias atuais.....	51
<i>Capítulo IV. Discussão dos Resultados</i>	73
4.1 Conclusões	81
<i>Referências Bibliográficas</i>	86

Introdução

Este trabalho tem como objeto o ensino da disciplina Epidemiologia nos cursos de graduação em medicina. O que motivou a realização deste estudo foi a constatação – oriunda da experiência como médico clínico e docente em epidemiologia – de que o conhecimento epidemiológico é básico para a formação do médico, mas, ao mesmo tempo, pouco valorizado. Apesar da presença constante de conceitos epidemiológicos na medicina e no senso comum tanto para a explicação da ocorrência das doenças como para a justificativa das intervenções, a epidemiologia permanece em posição marginal dentro da estrutura curricular da escola médica em relação às outras disciplinas.

Compreendida como o estudo do processo saúde-doença em populações humanas, a epidemiologia está intimamente relacionada com a medicina científica que se desenvolveu na Europa concomitante às transformações sociais provocadas pela Revolução Industrial. Foi a partir da definição moderna de doença que ambas se constituíram com base em um discurso de natureza científica (Czeresnia, 1997).

Por um lado, a epidemiologia se subordinou à medicina ao assumir, como objeto de estudo, a doença definida por critérios clínicos e patológicos (Gonçalves, 1990). Por outro lado, o seu desenvolvimento teve influência decisiva na ampliação do olhar clínico para além das concepções puramente biológicas. A constituição interdisciplinar da epidemiologia – envolvendo conhecimentos relativos às ciências biológicas, exatas e humanas – apresenta potencial importante de modo a contribuir para transformações qualitativas da formação médica.

No Brasil, o ensino médico ainda se encontra sob o domínio de uma medicina que, na maioria das vezes, privilegia práticas individualistas – de cunho predominantemente biológico – centradas no hospital, o que tem cooperado para a especialização precoce e para a incorporação indiscriminada de tecnologia. Esta ainda é a tendência hegemônica, mesmo considerando-se a influência dos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e das diretrizes de reorientação da educação médica no país.

A proposta de mudança no modelo assistencial brasileiro através do Sistema Único de Saúde e da estratégia da Saúde da Família tem se baseado no conhecimento epidemiológico para o planejamento e avaliação das ações de saúde e vem ressaltando a importância da formação dos recursos humanos. Na educação médica, a necessidade de formar profissionais para o atendimento dos problemas da população, que estejam aptos ao auto-aprendizado, tem preconizado a incorporação da epidemiologia para orientar transformações no ensino (Santos *et al.*, 1998).

Além da reorganização da assistência básica à saúde, o crescimento do sistema de saúde suplementar e a emergência da Medicina Baseada em Evidências têm contribuído para a crescente utilização da epidemiologia na avaliação de tecnologias médicas. O reconhecimento destas aplicações, tal como a sua progressiva incorporação por distintos campos da medicina, vem aumentando o interesse pela disciplina.

Autores ligados à Saúde Coletiva temem que, neste contexto, a incorporação da epidemiologia na escola médica tenda a valorizar apenas os aspectos instrumentais da disciplina em detrimento de seus aspectos coletivos (Silva, 1990; Barata, 1997).

O III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil referente ao período de 2000 a 2004, elaborado pela ABRASCO, enfatiza a necessidade de se retomar a discussão sobre o ensino da epidemiologia na graduação médica, tendo em vista os processos de mudança em curso nos serviços de saúde e nas escolas médicas, o relevante desenvolvimento técnico científico da disciplina e a sua importância crescente não só na área acadêmica e de serviços, como também para a população em geral (ABRASCO, 2000).

Para alcançar os objetivos propostos foi realizada uma revisão da literatura de modo a analisar a constituição da epidemiologia e as suas relações com a medicina, bem como o estudo de um caso concreto: a introdução da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O texto encontra-se organizado em quatro capítulos. No capítulo I, a revisão bibliográfica está disposta em quatro tópicos que são fatores importantes para a compreensão da institucionalização da epidemiologia como disciplina da escola médica. No primeiro, buscou-se compreender as origens e o desenvolvimento da epidemiologia para caracterizar sua articulação com a medicina e com a evolução do conhecimento em saúde. No segundo, analisou-se o surgimento do movimento da

Medicina Preventiva e sua introdução na América Latina em razão de sua importância nas mudanças ocorridas no ensino médico – inclusive com a introdução da epidemiologia nos currículos. No terceiro, abordou-se o ensino médico brasileiro, suas principais transformações, em particular, a partir da Reforma Universitária de 1968. Por fim, devido à importância da organização dos serviços de saúde na constituição do mercado de trabalho médico e deste na formação formal e informal dos futuros profissionais, foi estudada a evolução do sistema nacional de saúde.

Para a compreensão das origens da epidemiologia foi preciso rever a literatura referente ao nascimento da clínica e da medicina social na Europa a partir do século XVI. No estudo do ensino médico e dos serviços de saúde foi enfatizada a segunda metade do século XX, época do surgimento da Medicina Preventiva e das principais transformações ocorridas nesses setores no Brasil.

No capítulo II é apresentada a metodologia empregada para a realização da investigação sobre a institucionalização da epidemiologia como disciplina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. São informados os documentos obtidos, a forma de registro das entrevistas, os aspectos éticos observados na pesquisa e como os resultados foram analisados.

No capítulo III são apresentados os resultados obtidos com as entrevistas e com o estudo dos documentos. Este foi dividido em duas partes. Inicialmente, expõe-se um histórico da Faculdade de Medicina da UFRJ. Em seguida, mostra-se a história do ensino de epidemiologia, organizada em etapas: antes da criação do Departamento de Medicina Preventiva (DMP); entre a criação do DMP e a sua transferência para o Hospital Universitário (HU); da transferência para o HU até a criação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC); e, por fim, da criação do NESC aos dias atuais.

No capítulo IV é feita a discussão dos resultados, buscando-se relacionar as mudanças ocorridas no ensino de epidemiologia com processos internos e externos à Universidade e, também, identificar tendências que possam indicar caminhos para o desenvolvimento futuro da disciplina. As conclusões são apresentadas no final deste capítulo e apontam para as dificuldades na incorporação dos aspectos coletivos do processo saúde, doença e cuidados no ensino médico. A epidemiologia se valoriza na medida em que se aproxima da atenção individual e se assemelha as demais especialidades médicas. Para que a sua contribuição à formação médica possa ser explorada em toda sua potencialidade é preciso uma compreensão mais ampla da disciplina no curso médico.

Capítulo I. Epidemiologia e Medicina

1.1 Origens e Desenvolvimento da Epidemiologia

A partir do fim do século XVI, percebe-se, nos países europeus, uma preocupação crescente com a situação de saúde de suas populações. A constituição dos governos nacionais absolutistas na Europa, o mercantilismo e os conflitos entre as nações foram importantes para a realização das primeiras contabilidades de população. Nos fins do século XVII, William Petty e John Graunt, na Inglaterra, iniciam a aplicação da estatística – compreendida como a medida do estado – aos problemas de saúde da população (Foucault, 1984a).

A medicina urbana na França e a medicina de estado alemã, no século XVIII, contribuíram para a aproximação da medicina com as ciências naturais e para a ampliação suas funções sociais, assim como foram fundamentais para o desenvolvimento da noção de salubridade e para a constituição da Higiene Pública. Já no século XIX, o desenvolvimento da medicina da força de trabalho, na Inglaterra, se caracterizou pelo controle da saúde e dos corpos da classe trabalhadora, permitindo a organização de três sistemas médicos: um, assistencial, voltado para os pobres; um, administrativo, encarregado da saúde pública; e um, privado, destinado aos que podiam pagar:

O sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados, que permitiram durante o final do século XIX e a primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico bastante completo. (Foucault, 1984a, p. 97)

A revolução industrial, a consolidação do capitalismo e as suas conseqüentes transformações sociais foram responsáveis pela degradação das condições ambientais e sociais das principais cidades européias. Isto colaborou para o desenvolvimento de teorias que relacionavam a ocorrência das doenças com as

condições de vida da população, estabelecendo-se a idéia da medicina como uma ciência social (Rosen, 1979). O conhecimento epidemiológico foi, nesse contexto, influenciado pelo estudo dos aspectos sociais do adoecer humano.

A medicina moderna – que se consolidou com o advento da bacteriologia – estabeleceu a hegemonia da teoria da transmissão dos germes na explicação da gênese das doenças. Estas passaram a ser compreendidas como a relação entre o agente etiológico, as alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que constituíam o principal problema de saúde pública (Nunes, 1998). De acordo com Rosen:

... não foi difícil passar o doente e o seu ambiente para um plano secundário e estabelecer uma relação de causa e efeito entre o germe e a doença. A doença, e não o paciente, se tornava assim a preocupação principal do médico. (Rosen, 1979, p 115)

Mas, mesmo quando a bacteriologia era proclamada como a verdade médica, muitos ainda mantinham o interesse pelas condições sociais na causação das doenças, reagindo contra o exagero do ponto de vista bacteriológico (Rosen, 1979).

No início do século XX – em particular, na Inglaterra e nos EUA –, a epidemiologia iniciou o seu desenvolvimento institucional com a criação dos primeiros departamentos em Universidades (Ayres, 1997). Entre as disciplinas médicas, a epidemiologia se dedicou ao estudo da dimensão populacional das doenças transmissíveis. Os estudos epidemiológicos se caracterizavam pela investigação de doenças particulares, buscando estabelecer suas distribuições específicas de acordo com características demográficas, sazonais e geográficas (Silva, 1990).

A versão inglesa da medicina social – que se consolidou nos países centrais – desenvolveu práticas de saúde pública e epidemiologia nos países coloniais e periféricos. O controle das doenças tropicais teve como característica a subordinação das ações da saúde pública e da epidemiologia às ciências básicas da medicina. No Brasil, os problemas econômicos causados pela ocorrência de doenças infecciosas nas principais cidades criaram as condições necessárias para a implantação de ações de saúde pública, que propiciaram o surgimento de instituições, como, por exemplo, o Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e a

Escola de Higiene de São Paulo. Essas instituições tiveram papel fundamental no desenvolvimento da pesquisa e do ensino em saúde e, de certa forma, não só a epidemiologia como também a medicina científica têm suas origens, no país, na Saúde Pública. A Sociedade Brasileira de Higiene concentrava o debate das questões de saúde. O pensamento sanitário brasileiro associava práticas higienistas com investigações clínicas e utilizava os novos conhecimentos da microbiologia, parasitologia e imunologia (Ferreira, 1999a).

A insuficiência da explicação unicausal – baseada no agente etiológico para a explicação da ocorrência das doenças – deu origem às concepções multicausais dominantes durante todo o século XX. Estas teorias passaram por transformações ao longo do tempo, mas tiveram a redução do social a uma forma natural como característica nos diferentes modelos (Barata, 1985). Apesar de ampliarem os modelos de causalidade com a inclusão de variáveis sociais e psíquicas em uma perspectiva ecológica, mantiveram a base biológica do conceito de doença.

Até meados do século XX, a epidemiologia e a medicina – impulsionadas pelo crescente aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos, terapêuticos e estatísticos – proporcionaram a compreensão dos modos de transmissão e possibilitaram intervenções que contribuíram para o controle de grande parte das doenças transmissíveis, pelo menos nos países centrais. Consolidou-se a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças.

A partir da Segunda Guerra Mundial, com a transição epidemiológica que ocorreu nos países centrais, houve o estabelecimento das regras básicas da análise epidemiológica, o aperfeiçoamento dos desenhos de pesquisa e a delimitação do conceito de risco (Ayres, 1997). Isto, associado ao desenvolvimento das técnicas de diagnóstico, à evolução da estatística e à introdução dos computadores, consolidou a posição da epidemiologia como disciplina autônoma, criando inclusive a possibilidade de uma epidemiologia clínica que trata a atenção médica como um fator de risco de morbidade e mortalidade. Cada vez mais, é:

... uma lógica epidemiológica que justifica diagnosticar, tratar e prevenir as doenças, bem como fornece os parâmetros que delimitarão, na prática, as formas concretas assumidas pelos procedimentos de tratamento e prevenção. (Gonçalves, 1990)

A disciplina passa a ter importância crescente na tomada de decisões não só na saúde pública, como na medicina em geral.

O desenvolvimento dos métodos estatísticos e da capacidade de processar e analisar informações proporcionadas pelas ciências da computação, aliados ao aprofundamento do conhecimento biológico dos organismos, aumentaram muito o poder analítico da epidemiologia. Mas, a subordinação à biologia e à matemática dificultou a integração dos conceitos das ciências humanas e sociais e diminuiu o poder de síntese da disciplina.

No Brasil, a epidemiologia manteve-se como disciplina ligada às atividades da Saúde Pública. Foi a partir da campanha de erradicação da varíola, nos anos 60, que se começou a organizar um sistema nacional de vigilância epidemiológica e a difundir-se, no país, o uso das ferramentas epidemiológicas. Foi também nessa década que a disciplina chegou aos cursos médicos, através da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (Nunes, 1998).

Durante as décadas de 70 e 80, houve aumento significativo dos cursos de pós-graduação em epidemiologia, permitindo a sua difusão por todo o país. Formou-se um corpo de profissionais que, tanto nos serviços como nas instituições de ensino e pesquisa, tiveram papel decisivo em seu desenvolvimento no Brasil.

Pode-se identificar o surgimento de movimentos importantes nessa época. Na América Latina e Europa incrementou-se a discussão da determinação social das doenças como reação à tendência crescente de valorização dos aspectos biológicos do processo saúde e doença. Nos Estados Unidos e Canadá, consolidou-se a proposta da epidemiologia como uma metodologia para a investigação na área médica. Ocorreu um aprofundamento das bases matemáticas da disciplina que foi facilitado pela extensão do uso de microcomputadores e pelo desenvolvimento de *softwares* específicos para análises epidemiológicas.

No Brasil e em outros países da América Latina, vários autores aglutinaram-se em torno do movimento da Epidemiologia Social. Esta vertente do pensamento epidemiológico priorizou os estudos voltados à relação entre condições de vida, desigualdade e saúde.

A Epidemiologia Social retomou as abordagens da medicina social, ampliando a reflexão sobre a saúde e a doença para além dos processos estritamente fisiopatológicos, enfatizando os seus determinantes sócio-econômicos. Os autores dessa vertente buscaram integrar conceitos da teoria social aos estudos

epidemiológicos e, criticando a aproximação metodológica da epidemiologia com a sociologia funcionalista, construíram seus trabalhos com base na teoria marxista.

A avaliação crítica dessa corrente da epidemiologia abriu espaço para elaborações que destacaram a sua dimensão interdisciplinar. A Epidemiologia Social:

... cristaliza a possibilidade de invasão da epidemiologia – por extensão há que se admitir da prática médica como um todo – por formas de consciências alternativas. Essa possibilidade estava aberta, desde o momento em que algum social teve que ser legítima e explicitamente tomado como dizendo respeito ao campo de práticas da medicina. (Gonçalves, 1990, p. 72)

A vertente hegemônica da tradição anglo-saxônica se desenvolveu tanto na construção de uma ecologia médica (Foratini, 1980) como pela aplicação de seus métodos de estudo a problemas clínicos, tais como diagnóstico, terapêutica e prognóstico. A Epidemiologia dos Fatores de Risco e a Epidemiologia Clínica privilegiam os estudos analíticos com aplicação predominante no indivíduo. Seu aperfeiçoamento metodológico vem ocorrendo com ênfase na utilização da estatística e de modelos cada vez mais sofisticados, favorecidos pelos recursos da informática.

A formação, no exterior, da primeira geração de doutores na Epidemiologia dos Fatores de Risco, que retornou ao Brasil no fim dos anos 80, influenciou as mudanças nos cursos de pós-graduação em Epidemiologia. A discussão sobre a determinação social das doenças, predominante no início da década, cedeu espaço para uma valorização, cada vez maior, do método epidemiológico.

A partir dos anos 90, os cursos de mestrado e doutorado em epidemiologia passam por mudanças importantes, sendo reorientados para a especialização e para o domínio do método epidemiológico, em detrimento dos aspectos mais gerais da formação em Saúde Coletiva. Isto se refletiu no ensino de graduação, na medida em que a maioria dos docentes se capacitou a partir dessa época.

A medicina baseada em evidências popularizou-se no meio médico e, aliada à maior exigência das agências financiadoras com relação aos programas de pós-graduação e à necessidade da área clínica de incrementar a produção científica, reforçou a utilização da epidemiologia neste setor, com ênfase em seus aspectos metodológicos.

De acordo com Almeida Filho (2000), enquanto ocorria um grande desenvolvimento das técnicas de coletas e análise de dados, também se popularizava a noção de que a epidemiologia não era uma ciência, mas sim uma disciplina empírica, um método ou uma técnica para a resolução de problemas. O autor interpretou estas afirmações

... como sintomáticas da confusão epistemológica predominante neste campo, derivada da estagnação (ou mesmo retrocesso) observada no desenvolvimento conceitual da Epidemiologia moderna. (idem, p 71)

No início dos anos 90, havia uma preocupação de diversos autores com relação à tendência de hegemonia da epidemiologia clínica, o que era percebido pelo surgimento de cursos curtos de treinamento e pelo seu crescimento em algumas escolas médicas, nas disciplinas clínicas e nas ciências básicas (Barata, 1997). Essas preocupações também foram expressas no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em 1990 (Silva, 1990):

A forte tradição que liga a epidemiologia ao campo da saúde coletiva tem sido, até aqui, um anteparo suficiente contra o crescimento dessa corrente, pelo menos no âmbito dos departamentos de medicina preventiva e social. O questionamento dessa corrente não implica na negação da necessidade do aprimoramento das pesquisas clínicas, porém tal aprimoramento não deveria significar uma negação das pesquisas populacionais ou a exclusão da problemática da saúde coletiva do âmbito das instituições de ensino médico. (Barata, 1997, p 336)

A partir dessa época, a epidemiologia vem tendo um desenvolvimento sem precedentes no país. Foram realizados cinco congressos nacionais e um internacional com um número crescente de trabalhos apresentados e de participantes. O aumento no volume de publicações de artigos e livros sobre a disciplina vem demonstrando a vitalidade da produção científica na área e o interesse crescente do mercado consumidor por este campo de conhecimento. A epidemiologia se consolidou como uma disciplina básica para as abordagens clínicas ou coletivas nas diversas profissões da saúde.

Atualmente, a diversidade de temas abordados pela disciplina e os métodos de pesquisa utilizados demonstram a pluralidade de concepções acerca de seus objetos de estudo e de suas ferramentas metodológicas. Apesar do predomínio da

vertente anglo-saxônica de uma epidemiologia ecológica que privilegia os métodos quantitativos, alguns autores identificam limites para o desenvolvimento da epidemiologia dos fatores de risco. Em sua fase contemporânea, a disciplina tem buscado valorizar as abordagens de integração e síntese, procurando ultrapassar as concepções tradicionais de seus objetos e métodos. Com isso, tenta superar os impasses atuais na análise das relações entre as condições de vida e a situação de saúde da população (Carvalho, 2002; Almeida Filho, 2000).

No III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil referente ao período de 2000 a 2004, da ABRASCO, a construção do SUS serve de eixo norteador, em especial *“no que diz respeito aos processos de municipalização e reorganização dos serviços”* (ABRASCO, 2000, p. 10). São identificados cenários adversos no âmbito da educação, tais como a nova LDB e as políticas de financiamento. É reafirmada a *“desejável indissociabilidade do ensino, pesquisa e práticas de serviços”* (idem, p.11). E, com relação ao ensino de epidemiologia na graduação, são destacadas as seguintes questões:

... ênfase no enfoque clínico ou saúde coletiva; ênfase no conteúdo formativo ou instrumental; relação com as outras disciplinas da área de saúde coletiva e com disciplinas clínicas; atividades práticas e exercícios; usos de novas tecnologias de ensino e de novos enfoques pedagógicos. (idem, p.11)

Apesar das concepções concernentes às relações entre a ocorrência das doenças e as condições de vida da população estarem sempre presentes no desenvolvimento da epidemiologia, há uma tendência hegemônica de valorizar os seus aspectos técnicos e instrumentais em relação aos conteúdos ligados às ciências humanas e sociais. Isto pode limitar a aplicação do raciocínio epidemiológico e impossibilitar a construção de um entendimento mais amplo sobre o adoecer humano, diminuindo o seu potencial para contribuir na transformação do ensino médico.

1.2 A Introdução da Medicina Preventiva na América Latina

Em *O Dilema Preventivista*, Sergio Arouca estudou a introdução da Medicina Preventiva no Brasil e as suas influências no ensino médico e na organização dos serviços através da metodologia arqueológica proposta por Foucault e de uma aproximação com o materialismo histórico (Arouca, 1975). Este trabalho, apresentado como tese de doutoramento à Faculdade de Ciências Médicas da

Universidade Estadual de Campinas em 1975, tornou-se referência obrigatória para a compreensão do movimento preventivista e foi a base para a elaboração dos próximos parágrafos.

De acordo com Arouca, a Medicina Preventiva, entre o período de 1920 e 1950:

...fez o seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude formada nas Faculdades de Medicina. (Arouca, 1975, p 238)

O movimento preventivista, ao propor a reorganização do conhecimento médico, ampliou seu campo de atuação, transferindo, da sociedade e dos indivíduos para o médico, a responsabilidade sobre a promoção da saúde e a prevenção das doenças; provocando mudanças no ensino ao apontar a formação como estratégia para a transformação da prática médica; introduzindo a epidemiologia dos fatores de risco e, em consequência, a estatística como critérios científicos de causalidade; e promovendo uma naturalização dos aspectos sociais do processo saúde e doença ao construir modelos explicativos ahistóricos do adoecer humano (Arouca, 1975).

As origens do ensino de epidemiologia nas escolas médicas estão relacionadas com o ensino da Higiene e da Medicina Preventiva. Segundo Arouca:

A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por 3 vertentes, a primeira, a Higiene, que faz o seu aparecimento o século passado, intimamente ligada com o aparecimento do capitalismo e a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão do poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica. (Arouca, 1975, p.85)

Ao se constituir como um movimento ideológico, a medicina preventiva realiza uma crítica à medicina curativa – a ideologia que procura substituir – como uma prática médica que objetiva o diagnóstico e o tratamento, deixando a prevenção e a reabilitação em plano secundário. No dizer de Arouca:

... o movimento preventivista abriu, em síntese, uma contestação da prática médica em vários níveis:

1º - Da ineficiência da prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º - Da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Este fato levou a desenvolvimento de uma prática instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º - Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Esta conceituação, saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tri dimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º - Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população.

5º - Da educação médica que dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam às necessidades de atenção médica das comunidades. Esse problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo os padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social. (Arouca, 1975, p 9)

Neste processo de crítica à velha medicina e de constituição de um novo paradigma, a Medicina Preventiva cria as bases para uma organização do ensino inovadora, preparando o terreno para o desenvolvimento de propostas de reformulação da educação médica.

Ao assumir a epidemiologia como sua matéria básica, a Medicina Preventiva introduz o ensino da estatística e de outras disciplinas não tradicionais da escola

médica, como, por exemplo, as Ciências Sociais. Assim, “o social, que antes aparecia difuso no pensar, encontra também seu lugar institucional dentro da escola médica” (Arouca, 1975, p. 21).

A discussão sobre os conceitos de saúde e doença, antes ausente do ensino médico, com o movimento preventivista faz o seu aparecimento, a partir de uma fusão entre as concepções ontológica e dinâmica, em um conceito ecológico de saúde e doença: “Assim a determinação é simultaneamente ontológica, quando coloca os agentes como externos ao homem e é dinâmica quando coloca a relação em um equilíbrio de forças” (Arouca, 1975, p 148). Em síntese: “O individual e o coletivo, a clínica e a epidemiologia fazem o seu encontro na História Natural” (Arouca, 1975, p.152).

A História Natural das Doenças define duas dimensões da causalidade, a primeira, epidemiológica, é a da determinação do aparecimento das doenças, e a segunda, fisiopatológica, trata da evolução das mesmas. A epidemiologia assume, como conceito de causa, a noção de associação, ao passo que a divisão entre as associações é realizada pela estatística. A seguir, os fatores associados são organizados em redes de causalidade, constituindo-se em modelos ecológicos, em que as diferentes variáveis são admitidas ao modelo através de testes estatísticos. Ocorre uma redução das condições sociais em atributos naturais dos indivíduos e/ou do ambiente, ou seja, uma naturalização do social. E, a partir do estabelecimento de condutas em geral, se estabelece a neutralidade técnica da medicina e da prática médica nas suas intervenções sobre o processo saúde e doença nos indivíduos e populações.

O movimento da medicina preventiva, enquanto movimento ideológico, tinha relação com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana. Mas, diz Arouca:

... a Medicina Preventiva apresenta-se como sendo natural, na medida em que representa uma evolução intrínseca da própria medicina... e universal, quando generaliza esta alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapassa os limites de sua origem para tornar-se internacional. (Arouca, 1975, p. 128)

Na América Latina, a partir da década de 50, a Organização Pan-Americana de Saúde patrocinou a realização de seminários sobre o Ensino de Medicina

Preventiva (Chile, 1955 e México, 1956) que contaram com a participação de representantes das escolas médicas de diversos os países e foram fundamentais para a difusão das idéias do movimento preventivista na região. As conclusões básicas desses seminários foram que, a partir da constituição dos Departamentos de Medicina Preventiva, estes deveriam:

... promover uma mudança ao nível da escola médica, promovendo um sistema de integração curricular aliado a uma mudança de atitudes dos docentes e, ainda, deveriam inaugurar um novo sistema de relações com os órgãos de saúde, oficiais ou não, e o ambiente acadêmico. Todo este conjunto complexo de transformações deveria produzir um novo tipo de médico que, por suas características, promoveria uma mudança da qualidade da atenção médica e, por conseguinte, uma melhoria das condições de saúde da população. (Arouca, 1975, p. 120)

Até a década de 50, na América Latina, a medicina preventiva aparecia somente como uma das subdivisões da Higiene. Após os seminários ocorreu o reconhecimento de uma situação problemática na área de saúde que poderia ter, como solução, a formação de médicos com uma nova atitude. Mas, no dizer de Arouca:

... a construção teórico ideológica do real, nos países dependentes, coloca o profissional médico como agente das mudanças das condições de saúde, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar estas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos e, em segundo lugar, de analisar as condições sociais que envolvem e determinam o trabalho médico, bem como a organização social da medicina. (Arouca, 1975, p. 130)

No contexto internacional pode ser percebida a preocupação dos Estados Unidos com a América Latina – em particular, com o Brasil – após a revolução cubana de 1959, que representou uma ameaça à hegemonia norte americana no continente. A Conferência dos 21, realizada em 1960, aprovou na Ata de Bogotá “a inauguração de uma nova fase na postura dos Estados Unidos frente aos países latino americanos” (Fonseca, 1984, p.17). Em 1961, na Conferência de Punta del Este, quando foi criada a Aliança para o Progresso, os compromissos na área social incluíam a habitação, saneamento básico, educação e saúde.

No Brasil, com o golpe militar de 1964, há um momento de modernização do estado, de reformas no setor público e de opção pelo planejamento como instrumento de desenvolvimento (Santos, 1995).

Segundo Rosa (1995), aumentou o interesse pelos aspectos pedagógicos do ensino médico e desenvolveu-se um movimento de modernização educacional das escolas de saúde, na América Latina. Ocorreu a criação das associações nacionais e regionais de escolas médicas, com o apoio da OPS, que permitiram a difusão dessas idéias por todo o continente.

Garcia (1972), a partir de uma investigação desenvolvida em 1968 sobre a Educação Médica na América Latina, já apontava para as relações entre a educação médica e a estrutura social, além de mostrar a dissociação entre os objetivos da escola médica e o sistema de produção de serviços. No mesmo trabalho, com relação aos conteúdos de Medicina Preventiva, o autor afirma que:

... a medicina quantitativa, epidemiologia, ciências da conduta, a organização e administração dos serviços de saúde constituem o núcleo fundamental do que hoje se entende por medicina preventiva. O conhecimento inicial ministrado foi o de medidas preventivas nos tópicos de higiene pessoal e saneamento ambiental. A este, se acresceu a epidemiologia que permite aprofundar o conhecimento da enfermidade e justificar ou descobrir novos meios de controle. A medicina quantitativa surgiu como uma necessidade para a investigação epidemiológica e para o diagnóstico da situação de saúde a nível coletivo. A introdução da organização de serviços e ciências da conduta marcou uma ruptura com o processo anterior. Conhecida a enfermidade em sua distribuição, alguns de seus determinantes e as medidas de controle, surgiu a necessidade de tornar mais eficiente a ação médica e, com tal fim, se incorporou a administração e, em uma etapa posterior, as ciências sociais. (Garcia, 1972, p.137)

1.3 O Ensino Médico

O desenvolvimento do ensino médico durante o século XX deve ser compreendido mediante a consideração de três aspectos fundamentais: o estabelecimento da sua natureza científica, anunciada desde o fim do século XIX, mas que se consolidou com Relatório Flexner; o uso crescente de técnicas da pedagogia no ensino de medicina, principalmente a partir dos anos 50; e a evidente

importância dos aspectos sociais no processo saúde–doença–cuidados (Fraga Filho, 1982).

De acordo com Pereira Neto (2001), o decreto lei nº 11530/1915 estabeleceu critérios para equiparar o ensino livre de medicina – até então tolerado – ao que era oferecido pelas faculdades oficiais do Rio de Janeiro e Bahia. Este decreto pode ser comparado à reforma Flexner pelo menos nas intenções. Segundo o autor:

O esforço era neste sentido: restringir socialmente o acesso à faculdade de medicina e inviabilizar a existência de instituições que não tivessem condições materiais para funcionar de forma plena e academicamente aceitável ou que não dispusessem de mercado suficiente. (Pereira Neto, 2001, p. 43)

As diferenças entre as duas iniciativas destacadas pelo autor são: a proposta brasileira não incluía o exame de estado e, enquanto a reforma Flexner nos Estados Unidos partiu de parte da categoria médica, no Brasil o Estado é que impôs medidas de restrição ao acesso e a proliferação das faculdades de medicina. (Pereira Neto, 2001).

A Reforma Universitária de 1968 modificou a estrutura dos cursos superiores no país. As mudanças consideraram apenas aspectos internos à própria instituição educacional, não levando em conta os objetivos finais do curso de graduação – a prática médica e as necessidades de saúde da população. Conseqüentemente, não tomaram em conta a estreita relação entre o aparelho formador e o utilizador de recursos humanos, deixando intactos os fatores que condicionam o aluno e o docente a uma prática individual e a um enfoque curativo dos problemas de saúde. Persistiram as dicotomias: teoria–prática; psíquico–orgânico; indivíduo-sociedade.

Entre esses fatores, o fluxo de médicos residentes que foram se especializar nos Estados Unidos nos anos 60, teve importância decisiva para o desenvolvimento da medicina moderna no Brasil. Segundo Ferreira (1999a), *“pode ser entendido como a verdadeira extensão de Flexner à América Latina”*.

Tal realidade apareceu nos comentários dos professores entrevistados durante a pesquisa. De acordo com a professora Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon, durante o período de sua formação, na década de 60, *“estavam começando a se delinear as especialidades médicas. Os professores tinham chegado dos EUA, onde estavam fazendo uma especialidade. É uma época do reforço do ensino*

voltado para especialidades” (Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001).

Os departamentos de Medicina Preventiva, criados a partir da Reforma Universitária de 1968, embora em sua origem estivessem diretamente ligados ao movimento ideológico da Medicina Preventiva, mantinham também íntimas ligações com a Saúde Pública e alguns passaram a adotar uma posição mais inovadora de crítica construtiva da realidade médica e social e da prática da medicina (Nunes, 1998). Escorel (1995) identifica as origens do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na segunda metade da década de 70, nesta postura das suas “bases universitárias”.

Com o apoio da OPAS foram implantados pólos de capacitação de docentes e de assessoria pedagógica nas Faculdades de Medicina. (Rosa, 1995). Os Departamentos de Medicina Preventiva passaram a desenvolver projetos de integração docente assistencial, de medicina comunitária, financiados por organismos internacionais (Santos, 1995). Estes fatos contribuíram para a realização de reformas curriculares, mas não alteraram substancialmente o modelo tradicional e hegemônico do ensino médico.

As reformas curriculares da década de 80 incorporaram conteúdos das ciências humanas e sociais. Contudo, estas disciplinas acabaram isoladas e periféricas, sem integração às de conteúdo biológico. Na prática, o que ocorreu foi a criação de novas disciplinas, o aumento da carga horária e a estigmatização do campo da saúde coletiva e da saúde mental (Piccini *et al.*, 2000).

Almeida (1999) relata que, no encontro das escolas latino-americanas realizado em Havana, em 1991, surgiram críticas à 1ª Conferência Mundial de Educação Médica de 1988. A principal crítica dizia respeito às recomendações terem se centrado nos aspectos educacionais e curriculares, não considerando as relações existentes entre o ensino, a prática médica e a organização da sociedade.

O autor ressalta que, embora a Conferência de Havana tenha se constituído em *“um processo importante de reafirmação ideológica e aprofundamento teórico conceitual das questões vigentes na América Latina, decorridos seis anos da sua realização, não se tem conhecimento de avaliações acerca do significado desse evento no contexto do setor saúde, particularmente da educação médica, nos países da região”* (Almeida, 1999, p 60). E acrescenta que, apesar de o movimento da educação médica na América Latina ter uma postura crítica e de busca de inovações educativas, essas *“preocupações respondem mais às necessidades de*

funcionamento e requerimentos corporativos internos das escolas que às efetivas necessidades do seu entorno social” (idem, p. 61).

De acordo com esse autor, as escolas têm apresentado crise de liderança, falta de auto-crítica sobre educação médica, baixa capacidade de planejamento e de gestão administrativa e se restringem a reformas curriculares eventuais e superficiais (Almeida, 1999).

Durante a década de 90, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico - CINAEM – composta por entidades representativas de vários segmentos da área médica brasileira, de estudantes, associações médicas, secretários municipais de saúde, escolas, universidades e conselhos – organizou um processo de avaliação do ensino médico, que se encontra em sua quarta fase.

De acordo com os resultados apresentados, o curso de medicina se organiza em dois anos de curso básico e quatro anos de curso profissionalizante, de acordo com o modelo originado, há quase cem anos, nos Estados Unidos, e adotado atualmente em cerca de 90% das escolas médicas (Santos *et al.*, 1998).

No ciclo básico, há hegemonia dos conteúdos biológicos para explicar, compreender e estruturar a intervenção sobre o processo saúde-doença. No ciclo profissionalizante, a semiologia é a ferramenta de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios orgânicos. Mas, não consegue, entretanto, integrar os conhecimentos das ciências humanas e sociais, impossibilitando a construção de uma compreensão mais ampla do adoecer humano. A formação dos alunos para intervir no processo saúde-doença ocorre em disciplinas que correspondem às especialidades médicas, fragmentam o indivíduo biológico e reproduzem a organização do trabalho médico, incentivando a incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas. O internato consolida o modo de intervenção no indivíduo biológico construído durante todo o curso (idem).

As propostas de reformulação do ensino médico apontam para a importância do processo de ensino aprendizagem estar centrado nas necessidades de saúde, possibilitando o desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e de atitudes nos estudantes, capacitando-os para compreender os principais problemas da população e neles intervir. As necessidades de saúde permitem a integração das ciências humanas e das ciências sociais às ciências biológicas e podem se constituir em uma base para a organização da atividade médica em todas as suas dimensões (Piccini *et al.*, 2000).

A epidemiologia, por sua característica interdisciplinar, é uma disciplina capaz de realizar a articulação necessária à construção do conhecimento a partir das situações de saúde dos indivíduos e coletividades.

O MEC, desde 1998, vem realizando a avaliação dos cursos de medicina por meio da realização de provas e da verificação das condições de ensino oferecidas pelas faculdades. Em 2001, foram aprovadas as novas diretrizes curriculares para o ensino de medicina no país. A resolução do Conselho Nacional de Educação, no Art. 2º, afirma:

... as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior. (Brasil / MEC / CNE, 2001)

Estas diretrizes apontam para a formação de um médico generalista:

... capacitado a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (idem)

Entre os conteúdos essenciais constam: a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, nos níveis individual e coletivo em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção (idem).

O projeto pedagógico deve ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Esse projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão / assistência (idem).

A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações; utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, além de estimular

a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; inserir o aluno precocemente em atividades práticas; e vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS (idem).

A principal preocupação com relação ao estabelecimento de diretrizes pelo MEC é que elas reflitam os processos de mudança em curso nas escolas médicas do país e do mundo. A produção de lista normatizadora dissociada de um processo de investigação e transformação permanentes das escolas médicas terá pouca eficácia. A acreditação das escolas médicas e a certificação profissional são dois temas que têm acirrado o debate entre os atores envolvidos no processo de transformação do ensino médico (Piccini *et al.*, 2000).

Portanto, no momento atual a discussão sobre o ensino médico está em plena efervescência, com mudanças na legislação e a apresentação de propostas e experiências. Existe consenso em torno de linhas gerais que indicam as necessidades de saúde da população e o compromisso com o SUS como eixos norteadores; um processo de ensino aprendizagem centrado no aluno e que favoreça a construção ativa do conhecimento e a integração entre ensino, serviços e pesquisa.

1.4 A Organização dos Serviços de Saúde

Em 1975, Donnangelo publicou um trabalho sobre a profissão médica em que buscava caracterizar as formas de participação do médico no mercado de trabalho. Nesse estudo, apresentado originariamente como tese de doutoramento à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a autora faz uma análise das transformações do mercado de trabalho médico e destaca suas relações com as formas de organização dos serviços de saúde, com a ampliação dos instrumentos necessários à produção de serviços de saúde e ao aumento da oferta de mão de obra (Donnangelo, 1975).

A partir da criação do INPS, na década de 60, Donnangelo identifica a participação crescente do Estado na prestação de assistência médica e ressalta a sua dimensão racionalizadora. A política de extensão de cobertura assistencial, patrocinada pela Previdência, teve como característica o esvaziamento da

autonomia do produtor isolado, mas garantiu o desenvolvimento do setor privado mediante a compra de serviços, contribuindo para a formação de um empresariado médico. O Estado, através da Previdência garantiu a *“continuidade e a expansão de uma rede de serviços que incorpora progressivamente a tecnologia moderna”* (Donnangelo, 1975, p. 38).

O desenvolvimento técnico e científico e o aumento dos custos dos instrumentos de trabalho impossibilitaram sua apropriação por produtores isolados. Isto contribuiu para a organização do trabalho em grupos e estimulou, ainda mais, a especialização. Começava a ser imposta uma forma de organização que dividiu o trabalho médico e ampliou quantitativa e qualitativamente os recursos necessários à sua execução (Donnangelo, 1975).

É a época do crescimento acelerado do número de escolas médicas, principalmente no setor privado. Até 1960 eram 27 e, em 1971, já existiam 73, 37 das quais criadas a partir de 1965 (Donnangelo, 1975). Com isso ocorre:

... a passagem de uma situação relativamente estável, em termos de oferta, para outra situação na qual a força de trabalho, já integrada no mercado, se enfrenta com o fator novo: a disponibilidade de numerosos contingentes de profissionais jovens, pressionando no sentido da obtenção de oportunidades de trabalho. (Donnangelo, 1975, p.53)

São médicos mais receptivos às novas modalidades de competição do mercado que impõem ou o assalariamento ou a condição de empregador. Os efeitos destes fatores sobre o trabalho médico foram a perda da autonomia, perda do controle sobre a clientela, sobre os instrumentos e sobre o preço do trabalho, o que significou o assalariamento. Outros aspectos, tais como a valorização social dos profissionais especializados, controle do mercado pelos especialistas, também influenciaram nesse processo. Portanto, não seria possível mudar inteiramente esta tendência, exclusivamente, através de reorientações educacionais ou da racionalização do processo de produção (Donnangelo, 1975).

A partir da segunda metade da década de 70 observa-se o surgimento do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Segundo Escorel, três aspectos tiveram particular importância para o desenvolvimento do Movimento Sanitário: a reativação da política como mediação das relações Sociedade / Estado; o privilegiamento do setor social no II Plano Nacional de Desenvolvimento e as reformas institucionais que ocorreram no interior do Sistema Nacional de Saúde. Embora as reformas no

Sistema Nacional de Saúde, nesse momento, não tenham alterado as bases financeiras da Previdência e nem a tendência hegemônica dos interesses empresariais, abriu espaço para a discussão sobre as ações governamentais, possibilitando a elaboração de propostas de modelos alternativos de prestação de serviços de saúde.

Em virtude do avanço do processo de redemocratização do país e da crise da Previdência Social na década de 80, o movimento sanitário penetra no aparelho de Estado e amplia sua capacidade de intervenção social. Desde o Plano CONASP, que possibilitou a estratégia das Ações Integradas de Saúde, até a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, foram criadas as bases jurídicas para implantação das propostas da Reforma Sanitária (Escorel, 1995).

Os anos 90 trouxeram novos desafios para o Movimento da Reforma Sanitária. As experiências municipais, principalmente a partir de 1988, viabilizaram o desenvolvimento de uma base local que passou a exigir estratégias operacionais de implementação da proposta, levando a um deslocamento de preocupações mais gerais para objetivos mais específicos e operacionais. Na medida em que a adesão às mudanças significava aumento de recursos financeiros, as propostas foram implementadas em muitos municípios sem a consideração de seus princípios básicos (Escorel, 1995).

De acordo com Giovanella e Fleury (1996), o ideário da Reforma Sanitária se traduziu ou se reduziu, no processo de implementação dos dispositivos constitucionais, ao acesso universal à atenção médica e a uma reestruturação do sistema público de prestação de serviços:

As questões relativas à determinação social do processo saúde / enfermidade não foram encaminhadas. A garantia da saúde através de políticas econômicas e sociais que diminuam os riscos aos agravos, afirmada na Constituição, não foi implementada. Nem a atenção integral foi alcançada. As medidas de promoção e proteção à saúde foram descuradas. (Giovanella e Fleury, 1996, p.197)

Segundo as autoras, o sistema de atenção no Brasil era composto, no início da década de 90, por três subsistemas: O subsistema de alta densidade tecnológica, dirigido a um mercado que pode pagar por serviços de alto custo, o qual atende de 2 a 3 % da população brasileira. O subsistema de assistência médica supletiva, em expansão, que atende a cerca de 25 % da população brasileira e se orienta pela

lógica de mercado. Este subsistema se constituiu dentro do processo de auto-exclusão dos segmentos sociais de maior renda e dos prestadores privados de serviços do subsistema público que acompanhou a universalização dos serviços públicos. E o subsistema público, entendido como o sistema sob a responsabilidade do setor estatal, que tem se caracterizado, na maioria dos municípios, por serviços próprios deteriorados, sem credibilidade, prestadores privados mal remunerados e tecnologicamente atrasados. É dirigido à população de baixa renda, os de menor qualificação ou os não inseridos no mercado de trabalho formal:

A sociedade brasileira, altamente segmentada, criou formas de manter e traduzir essa segmentação no interior de um sistema legal, administrativamente unificado e universalizado, diferenciando o acesso e a qualidade da atenção. (Giovanella e Fleury, 1996, p. 188)

Atualmente, apesar da estratégia da Saúde da Família proposta pelo Ministério da Saúde para a transformação do modelo assistencial do subsistema público estar em expansão com apoio de praticamente todos os setores da sociedade, o seu impacto ainda é muito pequeno. Na maioria dos municípios ainda predominam as formas tradicionais de organização dos serviços, tendo como base a assistência médica.

A necessidade de controlar os custos vem obrigando as operadoras privadas do subsistema complementar a incorporar progressivamente as estratégias racionalizadoras desenvolvidas no setor público para a organização e gerência dos serviços. Os princípios da regionalização, hierarquização, integração, quando aplicadas ao setor privado, provocaram protesto veemente por parte de médicos e usuários (CFM / AMB 2001).

De acordo com a observação de Arouca, *“na América Latina, o movimento preventivista vem se deslocando no sentido da introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica”* (Arouca, 1975, p 242). A epidemiologia vem sendo incorporada progressivamente, em princípio, no subsistema público e, mais recentemente, também no subsistema complementar, como um instrumento para o planejamento, administração, avaliação e controle das redes de prestação de serviços de saúde. Esse processo vem ocorrendo dentro de uma óptica, predominantemente, de contenção dos custos da assistência médica.

As tendências apontadas por Donnangelo há 25 anos se acentuaram com a constituição do SUS e com a consolidação do sistema de saúde complementar. O

médico atualmente é um profissional assalariado, a especialização é uma necessidade para a progressão na carreira e a incorporação de tecnologia agrega valor ao ato médico. Isto pode explicar, pelo menos em parte, o pequeno impacto das reformas curriculares implementadas nas últimas décadas sobre a formação dos profissionais e indicar uma subordinação do ensino médico a organização social da medicina.

Capítulo II. Metodologia

O estudo da institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi realizado através da análise de documentos históricos (currículos, ementas, portarias entre outros) e de entrevistas com professores e dirigentes da instituição. Foi estudado o período compreendido entre a Reforma Universitária de 68 – quando foi criado o Departamento de Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da UFRJ – e a publicação das novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina pelo Ministério da Educação e Cultura, em 2001.

A escolha da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro como foco deste estudo deveu-se ao fato de ser o segundo curso médico criado no país e por sempre ter sido considerada como uma das melhores escolas médicas do país - avaliação que tem sido ratificada pelo MEC nos exames nacionais de cursos. Apesar dos aspectos singulares do seu desenvolvimento, a Faculdade de Medicina da UFRJ tem se constituído em referência para as demais escolas médicas brasileiras que surgiram durante todo o período. Por isso, pode-se extrair do seu exemplo tendências mais gerais que, provavelmente, se expressam também nas outras faculdades de medicina do país.

O currículo oficial foi avaliado mediante a análise da introdução da epidemiologia na grade curricular e as suas transformações em termos de inserção, carga horária, conteúdos, referências bibliográficas, formação dos professores e modelos pedagógicos. A documentação examinada se constituiu de Regimentos Internos da Faculdade de Medicina dos anos de 1955, 1966 e 1971; dos Catálogos do Curso de Graduação em Medicina, dos anos de 1974, 1981 e 1997; e dos programas das disciplinas de Medicina Preventiva, Mecanismos Básicos de Saúde e Doença, Epidemiologia e Atenção Integral à Saúde das décadas de 1980, 1990, e 2000.

Foram efetuadas entrevistas com 23 profissionais para detectar as transformações ocorridas que não aparecem nos documentos oficiais, registrando-se

cerca de 25 horas de depoimentos. Todos são professores da Faculdade de Medicina da UFRJ e, durante o período estudado, foram diretores da Faculdade de Medicina, diretores adjuntos de graduação e pós-graduação, chefes do Departamento de Medicina Preventiva, diretores do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, coordenadores e professores das disciplinas de Medicina Preventiva I e II, DIP, Mecanismos Básicos de Saúde e Doença, Epidemiologia, Medicina Baseada em Evidências, Atenção Integral à Saúde e do Núcleo de Tecnologias Educacionais Aplicadas à Saúde (NUTES).

Atualmente, todos permanecem em atividade nos serviços, ensino e pesquisa em saúde. A maioria se encontra na UFRJ, mas alguns estão na Fundação Oswaldo Cruz e na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. São profissionais reconhecidos em sua área de atuação com publicações nacionais e internacionais.

É importante ressaltar que, da mesma forma que o autor, todos os entrevistados são profissionais contemporâneos ao processo em estudo. Este fato, por um lado, pode provocar distorções na interpretação e análise dos resultados. Mas, por outro, incorporou ao trabalho os aspectos subjetivos e as percepções pessoais dos entrevistados na re-construção desta história.

Na realização das entrevistas optou-se pela utilização de um roteiro com questões abertas, em que constavam perguntas relativas à história da constituição do DMP e do ensino de epidemiologia. Mas foram abordados também os aspectos gerais das relações entre a epidemiologia e a medicina, da organização dos serviços de saúde e da evolução do ensino médico. Desta forma, o material obtido, além de ser utilizado para elaboração dos resultados, foi aproveitado para enriquecer a revisão bibliográfica e a discussão dos resultados.

Como havia o interesse do pesquisador em identificar os autores dos depoimentos, o principal risco para os entrevistados seria a publicação de declarações atribuídas a eles que não correspondessem ao seu verdadeiro sentido. Em razão disso, foram tomados cuidados no sentido de preservar a fidedignidade das entrevistas e evitar problemas éticos. Todos os entrevistados foram contatados pessoalmente pelo pesquisador, que expôs os objetivos e a metodologia do trabalho. Todos assinaram um termo de consentimento onde afirmavam terem sido informados desses objetivos e métodos e concordavam com o registro das entrevistas em fita magnética e com a publicação de suas declarações com a identificação.

Devido ao método utilizado para o registro das entrevistas, os depoimentos ficaram com o tom coloquial da linguagem oral. Para a citação de trechos no texto, optou-se por realizar uma adaptação da linguagem falada para a escrita, com o cuidado de manter o sentido original das declarações. Por ser o autor médico sanitário, epidemiologista com inserção profissional em serviços públicos de saúde e docente de medicina preventiva em outra faculdade de medicina, havia a possibilidade de interpretações distorcidas. Para evitar semelhante problema, as citações baseadas nas entrevistas foram submetidas aos seus autores para prévia aprovação através de outro termo de consentimento para a publicação.

Decidiu-se apresentar os resultados em seqüência cronológica, colocando as informações obtidas nos documentos junto às declarações dos entrevistados com o objetivo de destacar as diferenças existentes quando se comparam as duas fontes.

Na discussão dos resultados, procurou-se examinar a introdução e o crescimento da epidemiologia como disciplina curricular a partir da evolução de sua carga horária e do número de docentes. Para avaliar a importância da disciplina no ensino médico foi analisada a presença de conteúdos de epidemiologia nas ementas de outras disciplinas do curso e, a partir dos depoimentos, buscou-se perceber a sua valorização pelos alunos e por outros docentes da faculdade. A evolução dos conteúdos e dos métodos de ensino foi estudada com base nas ementas e programas das disciplinas, nas referências bibliográficas e nas declarações dos entrevistados. A análise procurou relacionar as mudanças ocorridas no ensino de epidemiologia com as transformações ocorridas na medicina, na epidemiologia, nos serviços de saúde, na pesquisa e no ensino de graduação e pós-graduação.

Capítulo III. A História

3.1 Da Faculdade de Medicina da UFRJ

A história da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro representa, de certa forma, a história do ensino médico no Brasil. Com a vinda da família real portuguesa, a atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro foi criada por D. João VI. Determinou-se, através de Carta Régia assinada em 5 de novembro de 1808, o estabelecimento de uma Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia no Hospital Militar do Morro do Castelo. Em 3 de outubro de 1832, foi sancionada a lei que transformava as Academias Médico-Cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e de Salvador em Escolas ou Faculdades de Medicina.

Durante o século XIX, “predominou no Brasil o denominado Ensino Livre” (Pereira Neto, 2001, p. 38). Prevaecem as concepções de que a formação médica seria obtida a partir da experiência prática em laboratórios, consultórios e salas de cirurgia. O estado liberal autorizava o funcionamento de novos cursos, o número de alunos não sofria nenhum controle e os médicos se habilitavam ao exercício da profissão através de diferentes critérios de aprovação (Pereira Neto, 2001).

Nesse período, o país se constituiu como nação e com a Proclamação da República o Estado ampliou sua intervenção sobre a sociedade. No ensino médico, o decreto 11530 / 1915, modificou a tendência liberal do Estado brasileiro em relação ao ensino superior no país. Isto foi de grande importância para a medicina brasileira (Pereira Neto, 2001).

É, a partir de então que a medicina assume, no país, um caráter social e que o conhecimento médico passa a ser produzido sobre uma base científica. (Ferreira, 1999, p 83)

Em 12 de outubro de 1918 foi inaugurado o primeiro prédio próprio da Faculdade de Medicina na Praia Vermelha. A Faculdade de Medicina funcionou como escola isolada até 7 de setembro de 1920, quando foi criada por decreto a

Universidade do Rio de Janeiro. Em 1937, com a criação da Universidade do Brasil – constituída por 15 Faculdades e 16 Institutos – passou a chamar-se Faculdade Nacional de Medicina. A partir da década de 20, sob a influência dos trabalhos de Flexner, consolidou-se o modelo científico na formação médica, de base biológica, de caráter experimental, centrado no hospital.

Em 1965, a Universidade do Brasil passou a ser denominada Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em 1973, foi determinada a transferência da Faculdade de Medicina da UFRJ da Praia Vermelha para o *campus* da Cidade Universitária da UFRJ (Ilha do Fundão). A Faculdade de Medicina, por força da lei da Reforma Universitária, dividiu-se em vários setores do Centro de Ciências da Saúde (CCS).

Atualmente, as disciplinas da Área Básica estão sob a responsabilidade do Instituto de Ciências Biomédicas, Instituto de Biofísica, Instituto de Microbiologia e Instituto de Biologia. As Disciplinas da Área Profissional estão sob a responsabilidade dos Departamentos da Faculdade de Medicina. Compete aos Departamentos o planejamento, a execução e a coordenação do ensino das disciplinas que o integram. A Faculdade de Medicina está organizada em dez Departamentos, de acordo com as áreas de conhecimento: Cirurgia, Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Patologia, Pediatria, Psiquiatria e Medicina Legal e Radiologia. As atividades são desenvolvidas em Órgãos Suplementares do Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, Instituto de Ginecologia, Instituto de Psiquiatria, Instituto de Doenças do Tórax, Maternidade Escola e Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e em unidades da rede de saúde do município do Rio de Janeiro.

3.2 Do ensino de Epidemiologia

O Departamento de Medicina Preventiva é responsável pelo ensino de DIP e das disciplinas da área de Saúde Coletiva (Saúde e Trabalho, Epidemiologia e Administração e Planejamento). Está organizado em seis setores de conhecimento: Administração e Planejamento, Bioestatística, Ciências Sociais, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Epidemiologia e Saúde e Trabalho. As atividades que pertencem à área clínica estão localizadas no Centro de Vacinação de Adultos (CVA) e no Centro de Informação em Saúde para Viajantes (CIVES), no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Serviço de DIP e Comissão de Controle de Infecção

Hospitalar), no Instituto de Pediatria (Ambulatórios e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). As da área de Saúde Coletiva estão localizadas no NESC (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva), um Órgão Suplementar do Centro de Ciências da Saúde.

A epidemiologia, como disciplina curricular da Faculdade de Medicina, surgiu com a criação do Departamento de Medicina Preventiva, em 1970. Antes, poucos conteúdos sobre a disciplina eram ministrados na cadeira de Higiene. Desde a sua criação até hoje, o DMP tem passado por mudanças determinadas tanto pela legislação educacional federal como por decisões internas da Universidade e da Faculdade de Medicina. Nesse período, ocorreram reformas curriculares, a criação de órgãos e a incorporação de atividades extracurriculares. No Departamento de Medicina Preventiva, a criação do NESC em 1989 e as reformas curriculares das décadas de 1970 e 1990 foram as responsáveis pelas principais transformações.

Atualmente, o Departamento de Medicina Preventiva tem 53 docentes, é responsável por 9 disciplinas no curso médico, sendo 4 obrigatórias (Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde, Saúde e Trabalho e Doenças Infecciosas e Parasitárias) e 5 disciplinas de escolha condicionada (Bioestatística; História da Medicina; Diagnóstico Microscópico em DIP e Vida, Morte, Saúde e Doença, Ações Estratégicas em Saúde Coletiva). A área de Saúde Coletiva do departamento tem 28 docentes, sendo 9 de epidemiologia e 5 de estatística.

A epidemiologia é oferecida no 5º período. Exige como pré-requisitos as disciplinas de Atenção Integral a Saúde, Parasitologia Médica e Microbiologia e Imunologia Médica, e é pré-requisito para as disciplinas de Saúde e Trabalho, Administração e Planejamento de Saúde, Doenças Infecciosas e Parasitárias (todas do DMP) e Psiquiatria e Saúde Mental.

3.2.1 A Cátedra de Higiene – O Ensino da epidemiologia antes do DMP

Na Faculdade de Medicina da UFRJ, a cadeira de Higiene e História da Medicina foi criada em 1832, sendo mantida até a reforma de 1968. No regimento interno publicado 1955, mas elaborado em 1946, o concurso para catedrático de Higiene, em sua prova prática, exigia a realização de *“um diagnóstico higiênico e epidemiológico da doença sorteada”* (Regimento interno da Faculdade Nacional de Medicina, 1955, p. 39). A cadeira de Higiene foi a responsável, até a criação do Departamento de Medicina Preventiva, pelo ensino de epidemiologia na graduação.

Nesse mesmo regimento apareceu, pela primeira vez, a estrutura departamental dentro da Faculdade de Medicina. O curso, então, era composto por 31 cadeiras, entre elas a Higiene, e 41 disciplinas, incluindo a Bioestatística. As cadeiras constituíam 7 departamentos. A Higiene estava no Departamento III, com a Patologia Geral, Anatomia e Fisiologia Patológicas, Microbiologia e Imunologia, Parasitologia Médica e História da Medicina. A cadeira era ministrada no sexto ano, no mesmo período da Medicina Legal e mais 10 cadeiras de clínica.

No Regimento Interno da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro de 1966 foram definidos 12 departamentos e as cátedras que os integravam. Foi desta época a criação do Departamento de Medicina Preventiva, que era composto pela cátedra de Doenças Infecciosas e Parasitárias, localizada no Hospital São Francisco de Assis, e pela cátedra de Higiene, que era ministrada na Faculdade de Medicina da Praia Vermelha. Este foi um dos fatores apontado pelo professor Clementino Fraga Filho para que o novo sistema demorasse a ser efetivamente implantado.

A verdade é que, expresso nas letras dos estatutos e regimentos o novo sistema, na prática, mal chegou a ser implantado. A força da tradição, o afastamento geográfico dos serviços hospitalares universitários, a autonomia das cátedras, a ausência de dispositivos regimentais complementares, tudo concorreu para que a representação departamental não passasse de um conselho consultivo, atuando à maneira de assessoria da administração da Faculdade. (Fraga Filho, 1980, p. 44)

De acordo com o Prof José Rodrigues Coura, o *DMP* era composto pela cadeira de Doenças Infecciosas e Parasitárias e a cadeira de Higiene. Mas, na realidade, começou a funcionar a partir de 1970. (Prof José Rodrigues Coura – entrevista realizada em 8/11/2001)

Com relação aos conteúdos de epidemiologia existentes nesse momento, os depoimentos de professores que eram alunos da época são apresentados a seguir:

Não havia ensino de epidemiologia. Os conteúdos eram voltados principalmente para saneamento e outras medidas de saúde pública, ministrados na Cadeira de Higiene, tradicional na Instituição, uma disciplina que passava despercebida, devido ao pouco interesse dos

alunos apesar da qualificação dos professores. (Prof. Lea Ferreira Camillo Coura – entrevista realizada em 27/11/2001)

Tinha uma cadeira de Higiene que era a pior do curso. As aulas eram muito fracas e todos achavam que aquilo não interessava para a carreira. (Prof. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001)

Havia uma cadeira de Higiene que era inexpressiva. Mas, não me lembro de conteúdo de epidemiologia. (Prof. Alice Reis Rosa – entrevista realizada em 4/12/2001)

3.2.2 A implantação do Departamento de Medicina Preventiva

A Lei nº 5.540 de 28 de novembro de 1968, que fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior no seu artigo 12, parágrafo 3, define que o departamento será a menor fração da estrutura Universitária para todos os efeitos de organização administrativa, didático-científica e de distribuição de pessoal, e compreenderá disciplinas afins. No artigo 33, parágrafo 3, extingue a cátedra ou cadeira na organização do ensino superior do país.

A Resolução 8, de 8 de outubro de 1969, do Conselho Federal de Educação, tendo em vista as conclusões do parecer nº506/69, fixou os conteúdos e a duração mínima do curso de Medicina. No seu artigo 1º, o Estudo da Saúde Coletiva consta entre as matérias profissionais. No artigo 9º, define que o Estudo da Saúde Coletiva particularizará os aspectos nacionais e regionais e incluirá a Epidemiologia, as Medidas de Profilaxia (Saneamento do Meio e Saúde Ocupacional), Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica. No artigo 11, afirma que, na elaboração dos currículos mínimos, as partes integrantes dos conteúdos de Saúde Coletiva não constituirão obrigatoriamente disciplinas individualizadas.

Conforme o depoimento da professora Alice Reis Rosa, apesar da proposta inicial ser a criação de uma disciplina de Medicina Preventiva, a implantação do regime de créditos e a pressão por parte dos docentes para aumentar o número de disciplinas contribuíram para a individualização dos conteúdos de Medicina Preventiva em disciplinas:

Houve a implantação do regime de créditos. Este foi um dos fatores que contribuíram para a fragmentação das matérias do currículo

mínimo em disciplinas. O Departamento de Medicina Preventiva registrou 3 disciplinas: a Epidemiologia, a Higiene e Saúde Pública e a DIP. Claro que existem outros fatores, mas a implantação do regime de créditos favoreceu tal fragmentação. (Prof. Alice Reis Rosa-entrevista realizada em 04/12/2001)

O Departamento de Medicina Preventiva era uma obrigação legal para todas as faculdades de medicina e sua implantação teve soluções variadas conforme o lugar. Na Faculdade de Medicina da UFRJ, quem assumiu esse departamento foi a antiga cátedra de Doenças Infecciosas e Tropicais. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

De certo modo, nós já fazíamos trabalhos experimentais, de campo, sobretudo baseado em doenças infecciosas. O grupo das doenças infecciosas tinha uma visão epidemiológica boa e enquanto os outros grupos tinham uma visão predominantemente clínica. (Prof José Rodrigues Coura – entrevista realizada em 8/11/2001)

O Prof. José Rodrigues Coura se refere a esse período, de fusão da DIP com a Higiene, como de profunda confusão. Vários catedráticos, de outras Universidades, assumiram temporariamente a chefia do DMP. Em 1970, tendo tomado posse uma nova direção na Faculdade de Medicina e com a vacância das duas cátedras que o compunham, o DMP se estruturou no Pavilhão Carlos Chagas e no Hospital São Francisco de Assis “*com assessoria da OPAS, nos moldes mais modernos da época*” (Coura, 2000).

Além da assessoria direta da Organização Pan-Americana de Saúde, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz foi a principal referência para a estruturação do ensino de epidemiologia na Faculdade de Medicina. Segundo a Prof. Lea Ferreira Camillo Coura, “*os exercícios iniciais da Disciplina de Epidemiologia, quando foi implantada, foram baseados em material da ENSP, que já tinha uma disciplina bem conceituada*” (Prof. Lea Ferreira Camillo Coura – entrevista realizada em 27/11/2001).

No Regimento Interno da Faculdade de Medicina, ainda em vigor, aprovado pelo Conselho Universitário em novembro de 1971, o Departamento de Medicina Preventiva é composto por quatro disciplinas: Doenças Infecciosas e Parasitárias; Epidemiologia e Estatística; Higiene e Saúde Pública e a Medicina do Trabalho

(Regimento Interno da Faculdade de Medicina, 1971). Mas, na realidade, além da disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias, “*existiam 2 disciplinas, uma de Epidemiologia, e a outra de Higiene e Saúde de Pública*” (Prof Volney de Magalhães Câmara-entrevista realizada em 5/11/2001).

3.2.3 Da criação à mudança para o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

O Departamento de Medicina Preventiva funcionou no Hospital São Francisco de Assis desde 1970 até a sua transferência para o Hospital Universitário, em 1978. No Catálogo do Curso Médico de 1974, o Departamento de Medicina Preventiva conta com 1 professor titular, 7 professores adjuntos, 8 professores assistentes, 9 auxiliares de ensino e 1 professor convidado. No total eram 26 docentes responsáveis pelas disciplinas de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Higiene e Saúde Pública e Epidemiologia e Estatística (UFRJ, 1974).

O ensino de Epidemiologia, nesse período, consistia no “*estudo da metodologia epidemiológica e dos fatores sócio econômicos, culturais e demográficos que interferem na saúde individual e comunitária*” (Catálogo Fac. Medicina, 1974, p. 40). A disciplina de Higiene e Saúde Pública ensinava:

... conceito de medicina preventiva. Os grandes problemas de controle ambiental. Nutrição. Poluição ambiental. Custo, organização e incidência da assistência médica. Crescimento populacional e medicina: implicações recíprocas. Medicina do trabalho: suas normas e legislação vigente. (Catálogo Fac. Medicina, p. 39, 1974)

No ensino das Doenças Infecciosas e Parasitárias estavam incluídos os aspectos epidemiológicos das doenças prevalentes no Brasil. Segundo as ementas das demais disciplinas, apenas na Pneumologia II e Tisiologia estava previsto o ensino da epidemiologia da tuberculose, câncer pulmonar, micoses, sarcoidose, pneumoconioses e das doenças mediastinais; e na Reumatologia os aspectos epidemiológicos das afecções reumáticas mais comuns (UFRJ, 1974).

A disciplina de Epidemiologia e Estatística tinha carga horária de 48 horas e era ministrada no 5º período do curso. Os docentes eram professores da disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias. As suas atividades eram distribuídas em aulas teóricas e em aulas práticas nos serviços de saúde e em comunidades no Centro da cidade e na Ilha do Governador para a realização de trabalhos de pesquisa. Os conteúdos eram basicamente de epidemiologia descritiva com algumas

noções básicas de estatística e demografia, relacionadas às atividades de saúde pública. As doenças infecciosas eram o eixo principal da disciplina, embora, já existissem pesquisas sobre tabagismo e acidentes de trânsito, por exemplo.

As atividades práticas de campo eram voltadas para elaboração de questionários, coleta de dados e realização de palestras em comunidades. Os métodos de ensino incorporavam o contato com a população e os serviços e estratégias pedagógicas para vencer a resistência dos alunos que, em sua maioria, não viam importância na disciplina. A integração com as demais disciplinas do curso e com os serviços de saúde foi tentada, mas com poucos resultados.

O depoimento da professora Lea Ferreira Camillo Coura, responsável pela implantação da disciplina de epidemiologia na Faculdade de Medicina da UFRJ, em 1970, esclarece sobre os conteúdos, os docentes, os métodos de ensino, a receptividade dos alunos e a integração com as outras disciplinas:

Tentou-se implantar conhecimentos básicos, muito simples de epidemiologia: prevalência, incidência, indicadores de saúde e risco. Conceitos muito elementares, porque a reação inicial foi muito grande. Estatística, só a básica, ligada aos indicadores.

Tínhamos dois assistentes da DIP, sem formação especializada em epidemiologia, os dois eram da clínica de DIP. Acrescentamos uma assistente social e uma socióloga. Houve uma reação forte da direção da faculdade à época, por ser o primeiro departamento a aceitar profissionais não médicos e a trabalhar com equipe multiprofissional. No entanto, tudo foi bem resolvido.

Foram realizados trabalhos com os estudantes sobre acidentes de trânsito, sobre o hábito de fumar em alunos da UFRJ. Os alunos então apresentavam os resultados de suas pesquisas em seminários, amplamente discutidos. Depois, passamos a fazer trabalhos de campo na comunidade, a trabalhar em favelas. Os alunos participavam, no início com resistência, porque a quase totalidade nunca havia entrado em uma favela. Realizávamos palestras sobre doenças sexuais, sobre drogas e outras do interesse da comunidade, com a participação de líderes comunitários.

A epidemiologia e estatística não trabalham com a pessoa doente, mas com o coletivo. Isso fazia com que o jovem, pensando em ser médico,

não tivesse, com algumas exceções, interesse, não compreendesse o alcance do que lhe era ministrado.

Houve tentativas de integração com as disciplinas da clínica, mas mal sucedidas pela dificuldade de aceitação de seus docentes; era um assunto novo, uma nova abordagem. (Prof. Lea Ferreira Camillo Coura – entrevista realizada em 27/11/2001)

De acordo com o depoimento do professor Cláudio José Struchiner, aluno da época, o DMP era o espaço na Faculdade de Medicina onde ocorria uma discussão mais abrangente dos problemas de saúde, incluindo suas dimensões políticas. Mas, isto não despertava o interesse da maioria da turma.

Os alunos não levavam o curso a sério. Uma parcela pequena dos estudantes tinha sensibilidade para as aulas. Era um curso que aproximava as pessoas dos problemas brasileiros. Era um dos poucos que tinham elementos técnicos e elementos políticos. (Prof. Cláudio José Struchiner – entrevista realizada em 28/11/2001)

No início da década de 70, a disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias era uma das principais disciplinas da Faculdade de Medicina em pesquisa. Em 1970, havia sido criado o “Curso de Pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, o primeiro curso de pós-graduação da área médica do Brasil” (Coura, 2000). O Departamento de Medicina Preventiva se constituiu de acordo com as propostas do movimento preventivista. Mas, a tradição da cátedra das Doenças Tropicais teve influência decisiva em sua conformação inicial. Por um lado, possibilitou a realização de trabalhos de campo que permitiram a incorporação de uma perspectiva mais ampla da saúde. Mas, por outro lado, contribuiu para a consolidação de uma visão clínica do processo saúde e doença.

Escorel relata que, a partir da segunda metade da década de 70, observou-se nos Departamentos de Medicina Preventiva um movimento de crítica ao ideário preventivista, dele se originando o discurso da Medicina Social: “Essa crítica construiu um conhecimento alternativo que caracterizou a identidade de um discurso – o da Medicina Social” (Escorel, 1995, p 130).

No Departamento de Medicina Preventiva, os conteúdos referentes às propostas da Reforma Sanitária não aparecem nos programas das disciplinas. De acordo com os depoimentos, apesar da participação de docentes no Movimento da Reforma Sanitária, que traziam estas discussões para as salas de aula, havia

resistência da Faculdade e do Departamento à introdução destes temas nos programas.

A reforma curricular, iniciada pelo ciclo básico, chegou ao ciclo clínico em 1977. Foram criadas as disciplinas de Medicina Preventiva I e II, que assumiram os conteúdos das disciplinas de Epidemiologia e Estatística e Higiene e Saúde Pública. Ocorreu, também, a tentativa de integração da disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias nas disciplinas de Clínica Médica. Esta proposta encontrou resistência na disciplina e no Departamento de Medicina Preventiva, os quais, a partir da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, influenciaram os Ministros da Saúde e Educação, que determinaram à Universidade a sua manutenção (Coura, 2000).

De acordo com a professora Alice Reis Rosa – na época, diretora adjunta de graduação – *o que se desejava era o ensino interdisciplinar. A Universidade criou os Programas Curriculares Interdepartamentais aplicáveis não só na medicina, mas em todos os cursos de graduação para estimular a integração entre as disciplinas e permitir o registro acadêmico deste tipo de trabalho* (Prof. Alice Reis Rosa – entrevista realizada em 4/11/2001).

Porém, não era esta a visão dos professores. Segundo o professor José Rodrigues Coura, chefe do DMP, e a professora Lea Ferreira Camillo Coura, as mudanças não conseguiram proporcionar o trabalho interdisciplinar e contribuíram para que as disciplinas perdessem a sua identidade.

Mudaram os nomes, mas os conteúdos permaneceram como Epidemiologia e Saúde Pública, incluindo a Medicina do Trabalho. As disciplinas tinham que manter o nome. As pessoas passaram a não saber o que era (Prof. José Rodrigues Coura – entrevista realizada em 8/11/2001).

As disciplinas passaram a ser chamadas de Medicina Preventiva I e Medicina Preventiva II. Nós não fomos a favor, gostaríamos que houvesse sido mantida a caracterização das disciplinas, o que facilitaria ao aluno compreender melhor a sua atuação; atualmente esta caracterização voltou a ser reconhecida.

A DIP era uma disciplina tradicional, já existia desde Evandro Chagas. Ela tinha força, tinha peso. A epidemiologia foi implantada em 1970. Não tinha história, não tinha tradição. A DIP tinha peso, tinha história

para isso. (Prof. Lea Ferreira Camillo Coura – entrevista realizada em 27/11/2001).

3.2.4 A mudança para o Hospital Universitário

Em 15 de março de 1978 foi inaugurado o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Na fase inicial de implantação do HU foram constituídas comissões para definir os princípios gerais e os fundamentos que deveriam orientar a estruturação de seus vários setores. A comissão de Saúde Comunitária foi coordenada pelo professor José Rodrigues Coura, na época, chefe do Departamento de Medicina Preventiva. Na definição da estratégia operacional, o HU era entendido como:

... um complexo assistencial docente, necessariamente integrado no sistema regional de prestação de serviços de saúde, participando ativamente em toda a sua extensão numa determinada área programática, desde os cuidados primários de promoção de saúde individual e coletiva até os cuidados mais centralizados de recuperação da saúde em níveis secundário e terciário. (UFRJ, 1977, p. 52)

Esperava-se assim, permitir “aos alunos e ao corpo docente uma visão global da medicina e das outras profissões de saúde em sua verdadeira função social” (idem). A área programática compreendia 10 distritos da Ilha do Governador, cuja população estimada era de 130.000 habitantes. Previa-se assistência integrada nos ambulatórios e emergência do HU e, na medida do possível, em ambulatórios e hospitais periféricos; a hospitalização dos casos indicados pelo setor de pacientes externos e o atendimento em programas especiais coordenados pela Divisão de Saúde Comunitária.

Nas recomendações finais da comissão, foi proposta a criação de uma Divisão de Saúde Comunitária multidisciplinar para planejar, coordenar e desenvolver as atividades de promoção da saúde; o estabelecimento de convênios com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e com a Previdência Social; a institucionalização da Divisão de Saúde Comunitária como elemento de conexão do HU ao sistema regional de saúde; e a destinação de área, recursos humanos e materiais à Divisão de Saúde Comunitária (UFRJ, 1977).

A partir da mudança, a disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias ficou em uma enfermaria, enquanto as disciplinas de Medicina Preventiva se localizaram no Serviço de Assistência Comunitária do HU. As disciplinas ficaram subordinadas

às direções da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário. Os professores referem-se a este período como um momento de duplo comando com dificuldades administrativas.

A ida para o HU, do ponto de vista clínico foi bom, do ponto de vista de integração com o serviço foi ruim porque não se conseguiu fazer da Ilha um módulo docente assistencial. A Divisão de Saúde da Comunidade, criada como algo moderno, não conseguiu se desenvolver. Os problemas eram maiores dentro do HU pela falta de cultura na área de trabalhos de campo. (Prof. José Rodrigues Coura – entrevista realizada em 08/11/2001)

Quando houve a mudança para o HU em 1978, a situação ficou ainda mais difícil, a estrutura do hospital era diferente. As disciplinas de Medicina Preventiva I ficavam no Serviço de Ação Comunitária e a de Doenças Infecciosas e Parasitárias no Serviço de Clínica. Ainda tivemos alguns trabalhos em comunidade, de difícil continuidade. Havia mais interesse pelo trabalho hospitalar. (Prof. Lea Ferreira Camillo Coura – entrevista realizada em 27/11/2001)

3.2.5 Do HU ao NESC

Com a implantação do HU, foi assinado um convênio entre a Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, UFRJ, Ministério da Aeronáutica, INAMPS e FIOCRUZ para a implantação do programa de regionalização docente assistencial. Foi criado um grupo permanente de trabalho que realizou vários estudos, os quais foram apresentados no Seminário de Integração da XX Região Administrativa, em outubro de 1979. Apesar disto, persistiam as dificuldades de implantação do programa. Os problemas existiam tanto nas secretarias de saúde que tinham a rede de serviços incipiente e pouco receptiva à introdução do estudante, quanto na Universidade, cujos esforços se dirigiam para a conclusão da implantação do Hospital (Rosa, 1995).

Com relação a essas experiências, a Faculdade de Medicina da UFRJ:

... não conseguiu executar algumas propostas. O Departamento de Medicina Preventiva fazia diagnósticos de saúde na Ilha do Governador. Mas, nunca se tornou uma atividade orgânica. As propostas da saúde comunitária e de integração docente assistencial

nunca se refletiram em mudanças efetivas de atividades de ensino. Apesar de ter algum investimento, de terem sido feitos projetos de pesquisa, inquéritos e levantamentos. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

Nos Programas do Curso Médico de 1981, na ementa da disciplina Medicina Preventiva I, constavam como conteúdos “*Metodologia em Saúde, Conhecimentos Básicos de Epidemiologia Geral e Demografia. Epidemiologia das Doenças Infeciosas, Não Infeciosas e Infortúnica. Noções de Demografia. Cuidados Primários em Saúde*” (Programa dos Cursos Médicos, Faculdade de Medicina, 1981 p.54). A disciplina era oferecida no 5º período, com 130 horas e 5 créditos. Os conteúdos de epidemiologia e estatística eram o ensino do método epidemiológico, métodos quantitativos em saúde, métodos em ciências sociais aplicados à saúde, o conceito epidemiológico de causa, história natural das doenças e vigilância epidemiológica (UFRJ, 1981).

A ementa da Medicina Preventiva II previa o ensino da “*Saúde Ocupacional. Saúde e meio ambiente: saneamento básico, poluição, radiações. Economia e Política de Saúde*” (idem, p.60). A disciplina era oferecida no 6º período, com 130 horas e 5 créditos. Na disciplina de DIP, previa-se a aplicação dos conhecimentos epidemiológicos no diagnóstico e prevenção das doenças. Nas demais disciplinas clínicas, apenas a ementa de Psiquiatria e Saúde Mental fazia referência à epidemiologia psiquiátrica (UFRJ, 1981).

No ciclo básico, o Programa Curricular Interdepartamental de Mecanismos Básicos de Saúde e Doença, com a participação do Departamento de Medicina Preventiva, era oferecido no 4º período, com 9 créditos e 340 horas. Era composto por 5 unidades temáticas e apresentava, em sua unidade I, a discussão do binômio saúde-doença e os seus conceitos; e a visão psicossocial do adoecimento, incluindo os aspectos antropológicos. De acordo com a ementa estudava-se o “*Conceito de Saúde e Doença: visão psicossocial, fatores genéticos e imunológicos*” (idem, p.45).

Portanto, segundo os documentos, o ensino de Medicina Preventiva apresentou aumento significativo em termos de carga horária, passando de 96 para 260 horas e de 6 para 10 créditos. O ensino de epidemiologia, apesar da sua incorporação pela Medicina Preventiva I, teve aumento de carga horária – de 48 para 65 horas (referentes à metade da disciplina de Medicina Preventiva I, considerando o ensino da estatística como parte do ensino de epidemiologia). Além disso, a introdução dos aspectos sociais e antropológicos do processo saúde e

doença no Programa Curricular Interdepartamental de Mecanismos Básicos de Saúde e Doença representaram um crescimento dos conteúdos de epidemiologia no curso de medicina.

Durante a década de 1980, o ensino de epidemiologia se misturou aos outros conteúdos de Medicina Preventiva. As aulas eram, em sua maioria, teóricas, para grandes turmas. Os conteúdos, em função do momento político do país e do desenvolvimento do Movimento Sanitário, adquiriram uma conotação política importante. Existiam poucas atividades práticas, que se resumiam a visitas a estações de tratamento de água e esgoto, realização de inquéritos em comunidades e atividades em um ambulatório da atenção primária próximo ao HU.

A Medicina Preventiva I incluía conteúdos de saneamento, vacina, prevenção e o controle das doenças e um pouco de metodologia, alguns conteúdos de estatística, como média, mediana e moda, percentis. Havia aulas de políticas de saúde, das propostas da Reforma Sanitária e das doenças da pobreza e da miséria. Os alunos tinham dificuldade para compreender, porque era um conteúdo bastante politizado. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

O ensino da epidemiologia era uma parte da disciplina de Medicina Preventiva I. Era basicamente epidemiologia descritiva, os indicadores e a análise da situação de saúde. A questão mais atual, da metodologia, desenhos de estudo, não existia. A disciplina era voltada para as doenças infecciosas. Eu não me lembro de conteúdos sobre as doenças crônicas e degenerativas. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

Na disciplina de Medicina Preventiva I os conteúdos eram história natural das doenças, níveis de prevenção. Existia a epidemiologia descritiva, os indicadores de saúde. Mas, não se falava em método epidemiológico. Eu me lembro de visitas a estações de tratamento de água, de um enfoque sanitário. Mas não me lembro dos conteúdos mais voltados para o método. (Prof. Kátia Vergetti Bloch – entrevista realizada em 29/11/2001)

De acordo com as entrevistas, apesar da implantação do hospital ter proporcionado a abertura de novas vagas para professores, o número reduzido de docentes, a quantidade de alunos e a variedade de conteúdos determinavam, em parte, os métodos de ensino e a receptividade dos estudantes. A disciplina tinha uma estrutura modular; as turmas passaram a ser divididas em 6 grupos. Os professores ministravam todos os conteúdos e repetiam a mesma aula seis vezes para os diferentes grupos. As dificuldades de ensino e a baixa receptividade dos alunos podem ser percebidas nos depoimentos a seguir.

As aulas teóricas eram uma discussão que o aluno não conseguia encaixar nas outras disciplinas. Não tinha condição nenhuma, com 180 alunos e 1 professor. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

No departamento, uma parte dos professores sequer era epidemiologista. Eram poucos docentes. Havia um posto comunitário que proporcionava uma experiência muito interessante. Podia-se ver a importância da saúde pública básica. (Prof. Maurício A Perez – entrevista realizada em 13/11/2001)

Na época, nós, alunos, não identificávamos os professores de epidemiologia; eram todos de Medicina Preventiva. Era uma aula de epidemiologia, outra de planejamento e etc. Nós tínhamos aulas teóricas e visitávamos comunidades na Ilha do Governador. A imensa maioria da minha turma não queria nem saber o que era Medicina Preventiva. Os alunos achavam que não tinha importância para a formação deles. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

A receptividade dos alunos era ruim. Não parecia ser algo que tivesse atrativo para o médico ou importância para a vida profissional do clínico, que era o que a maioria almejava. (Prof. Kátia Vergetti Bloch – entrevista realizada em 29/11/2001)

3.2.6 A criação do NESC

Apesar das dificuldades para a inserção dos alunos nos serviços, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho passou a desempenhar papel importante na

integração dos serviços de saúde na área programática da Ilha do Governador. O Serviço de Ação Comunitária participava da Comissão Executiva de Área Programática e do Grupo Executivo Local, tendo atuação decisiva na implantação das Ações Integradas de Saúde na região.

Desde o início da década de 1980, os professores do Departamento de Medicina Preventiva, lotados no Serviço de Ação Comunitária do Hospital Universitário, vinham desenvolvendo projetos de pesquisa em saúde na Ilha do Governador. Em 1984, com as Ações Integradas de Saúde, ampliaram-se as articulações interinstitucionais e o Hospital Universitário se constituiu em uma referência para a área programática da Ilha do Governador. Este processo de crescente articulação entre os serviços, associado às propostas de integração docente assistencial foi o ponto de partida para a elaboração, aprovação e execução de onze projetos de pesquisa financiados pela Fundação Kellog.

O desenvolvimento desses projetos permitiu que a integração obtida com os serviços de saúde, em virtude do processo de articulação interinstitucional das Ações Integradas de Saúde, se expandisse para instituições acadêmicas, como o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Foi um momento de transição entre a tradição da Medicina Tropical, predominante na década anterior, e a incorporação, cada vez mais intensa, dos princípios do pensamento sanitarista, inspirados no Movimento da Reforma Sanitária, que progressivamente vinha ocupando espaços no ambiente acadêmico e nos serviços de saúde.

Esses projetos, além das articulações externas, proporcionaram uma integração com disciplinas da clínica médica para o desenvolvimento de pesquisas, entre elas, a cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, pneumologia e saúde ocupacional. Ocorreu também o envolvimento de outras unidades da UFRJ, como as faculdades de Enfermagem, de Farmácia, de Odontologia e dos institutos de Pediatria, de Microbiologia, do NUTES e da COPPE. Foram construídos e equipados laboratórios, serviços de odontologia e uma unidade de atenção básica em saúde, na Vila do João. Trabalhos sobre acuidade visual, com o treinamento de professores primários da Ilha do Governador e distribuição de material educativo para detecção e triagem de problemas que eram atendidos no HU – inclusive, com a distribuição de óculos – foram realizados.

Era um grande projeto de integração docente assistencial, constituído por onze subprojetos. Mas, que resultou em um projeto de integração

assistencial e de pesquisa. A integração docente assistencial propriamente dita ficou centrada no projeto da Maré, a partir da construção da unidade da Vila do João. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

Em virtude dos projetos, que possibilitavam a contratação de pessoal, houve um aumento de profissionais com formação em Saúde Pública que, a partir dos trabalhos de pesquisa, do desenvolvimento de relações com os serviços, com instituições acadêmicas e com organizações internacionais, foram importantes para o crescimento do Serviço de Ação Comunitária do HU.

Esse processo, que se desenvolveu durante toda a década de 80, culminou, em 1989, na criação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), como Unidade Universitária autônoma. Embora os trabalhos estivessem mais voltados para a realização de pesquisas e para a articulação com os serviços de saúde e não se refletissem diretamente nos programas de ensino de epidemiologia na graduação, foram fundamentais para o desenvolvimento da Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da UFRJ.

Em 1984, começa-se a articular uma série de projetos com a Fundação Kellog. Com esse financiamento, a história do departamento vai ser completamente diferente. (Prof. Maurício A Perez – entrevista realizada em 13/11/2001)

A criação do NESC teve a ver com um crescimento da área da Saúde Coletiva dentro do HU. Antes, nós éramos lotados no Serviço de Ação Comunitária do hospital. Quando foi criado, em 1977, o serviço era pequeno, mas foi se desenvolvendo. Na verdade, desenvolveu-se um Instituto de Saúde Coletiva dentro do hospital. Chegou um momento em que existiam projetos e relações externas que não podiam mais ser mediados pela direção do Hospital Universitário. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

A criação do NESC, embora não tivesse relação direta com o ensino de epidemiologia no curso de graduação, proporcionou, a partir da maior autonomia adquirida pela área, o crescimento da Saúde Coletiva dentro da UFRJ, o que se refletiu no aumento no número de profissionais e na melhora significativa das condições de trabalho, contribuindo para as mudanças curriculares que se intensificaram a partir dos anos 90. No início da década de 80, a *Saúde Coletiva não*

tinha prestígio nenhum na faculdade. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001) Com o NESC, cria-se *um espaço mais aberto, mais livre para se propor conteúdos disciplinares e mudanças curriculares.* (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001). Essas mudanças podem ser percebidas nos depoimentos a seguir.

O Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva coincide com o aumento dos docentes, coincide com o aumento do número de disciplinas de Saúde Coletiva de graduação, com a criação dos cursos de pós-graduação. O NESC foi fundamental para esse processo de crescimento. (Prof. Maurício A Perez – entrevista realizada em 13/11/2001)

O NESC, na área de ensino, tem a residência e o mestrado em Saúde Coletiva. Na graduação, as disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina são ministradas nas instalações do NESC, utilizando os recursos do NESC. Hoje, o espaço físico oferecido aos professores que optaram pela Saúde Coletiva e as condições de trabalho são muito melhores que as das outras clínicas. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

3.2.7 Do NESC aos dias atuais

Na Faculdade de Medicina da UFRJ, a década de 90 se iniciou com a posse de uma nova direção que desencadeou outro processo de mudanças curriculares. As principais alterações no ensino de epidemiologia foram:

- as alterações na estrutura do Departamento de Medicina Preventiva, com a fragmentação das disciplinas de Medicina Preventiva I e II em três novas disciplinas, Epidemiologia, Saúde e Trabalho e Administração e Planejamento de Serviços de Saúde;
- o crescimento do número de docentes, devido ao aumento do número de vagas em todos os cursos da Universidade e pela criação de 2 novos cursos na Faculdade de Medicina, os cursos de Fonoaudiologia e de Fisioterapia;
- a implantação das disciplinas de escolha condicionada e a obrigatoriedade de que, no mínimo, 16 créditos fossem obtidos através destas disciplinas. No Departamento de Medicina Preventiva foram criadas as disciplinas de História da Medicina e Diagnóstico Microscópico em DIP e, mais recentemente, as disciplinas de Vida, Morte, Saúde e Doença, Bioestatística e Ações Estratégicas

- em Saúde Coletiva. Na Faculdade de Medicina foram implantados, como disciplinas de escolha condicionada, os Programas de Iniciação Científica (PINC).
- a criação de dois programas interdepartamentais. O primeiro, de Atenção Primária em Saúde, o PAPS, inicialmente, como disciplina eletiva, que se tornou obrigatória, constituindo-se em um Programa Curricular Interdepartamental, a Atenção Integral à Saúde, com a participação dos departamentos de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva. O segundo, o Programa de Epidemiologia Clínica, criado com objetivo de capacitar os docentes e, principalmente, os orientadores dos programas de pós-graduação da Faculdade, na aplicação do método epidemiológico em pesquisas clínicas. Foram capacitados no exterior docentes de vários departamentos, inclusive do Departamento de Medicina Preventiva. Atualmente, o Programa de Epidemiologia Clínica está na pós-graduação da Clínica Médica e oferece as disciplinas de Pesquisa Clínica e de Medicina Baseada em Evidências.

Segundo a professora Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon, diretora da Faculdade de Medicina no período de 1990 a 1994, existiam várias demandas para a reforma do ensino. A principal era a necessidade de estender o período letivo para criar espaço na grade que permitisse uma flexibilização do currículo. Com isso, abriram-se lacunas de oito horas semanais nos horários dos alunos. Este espaço possibilitou a introdução das disciplinas optativas e permitiu transformar o Programa de Atenção Primária à Saúde em um Programa Curricular Interdepartamental, a Atenção Integral à Saúde, como disciplina obrigatória, no 3º período.

Quando a Atenção Integral à Saúde se tornou obrigatória, acrescentou-se uma parte teórica, onde entravam os conteúdos da Medicina Preventiva. Pretendia-se que o ensino de Medicina Preventiva começasse na Atenção Integral à Saúde com a parte teórica de saúde e sociedade, as bases da demografia, os indicadores e a organização do sistema de saúde. Não deu certo. Os alunos passaram a fazer muitas críticas à disciplina. Nas atividades práticas, dependia da unidade de saúde. Mas, a principal crítica era com relação aos conteúdos teóricos que eram dissociados da realidade das unidades de saúde. (Prof. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001)

Com relação ao Programa de Epidemiologia Clínica, a professora Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon afirmou que o interesse era:

... de reciclar os nossos docentes. O programa foi criado com a intenção de oferecer disciplinas para os mestrados e fornecer assessoria com o objetivo de melhorar as teses. O impacto foi maior nas disciplinas clínicas. Como, tradicionalmente, a epidemiologia é uma área da Medicina Preventiva, criou um atrito com o Departamento de Medicina Preventiva, que foi contornado, mudando o nome para Medicina Baseada em Evidências. (Prof. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001)

Os Programas de Iniciação Científica foram implantados com a intenção de criar oportunidades para os *alunos conhecerem o método científico, o método epidemiológico e a medicina baseada em evidências.* (Prof. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001)

A criação da disciplina de Epidemiologia ocorreu por

... pressão do Departamento de Medicina Preventiva. As disciplinas de Medicina Preventiva I e II se transformaram em Epidemiologia, Saúde e Trabalho e Administração e Planejamento em Saúde, ministradas no 5º, 6º e 8º períodos, respectivamente. (Prof. Vera Lúcia Rabello de Castro Haulfon – entrevista realizada em 26/11/2001)

De acordo com a professora Diana Maul de Carvalho

... não houve a criação da disciplina; teve o seu desenvolvimento. A epidemiologia foi, progressivamente, se tornando um conteúdo hegemônico na Medicina Preventiva I. Em 1995, foi o momento, como estava havendo uma reforma curricular, em que se tornou mais fácil mudar o nome. Já vinha se discutindo há bastante tempo a necessidade de individualizar as disciplinas da Saúde Coletiva. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

De maneira geral, os professores de epidemiologia consideram que a implantação das disciplinas eletivas e dos Programas de Iniciação Científica foi positiva. Contudo, vários têm críticas à disciplina de Atenção Integral à Saúde e ao Programa de Epidemiologia Clínica.

Com relação à disciplina de Atenção Integral à Saúde, nos depoimentos dos professores de Epidemiologia, percebe-se a dificuldade da integração interdepartamental, a insatisfação dos docentes quanto à coordenação da disciplina e um “jogo de empurra” com os conteúdos de epidemiologia relacionados à Saúde Pública, entre a disciplina de Epidemiologia e a de Atenção Integral à Saúde.

Uma parte da nossa carga horária foi retirada para compor a disciplina de Atenção Integral à Saúde. A ementa deste Programa Curricular Interdepartamental tinha conteúdos de epidemiologia, de ciências sociais, de saneamento. O conteúdo de epidemiologia descritiva e de diagnóstico de saúde desapareceu. Isso criou uma dificuldade para o ensino da disciplina de Epidemiologia. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

A Atenção Integral à Saúde nunca foi assumida como uma disciplina do departamento; ela é uma composição com outros departamentos. A idéia era de sensibilizar o estudante mais cedo. De certa forma, foi uma oportunidade para poder tirar esses conteúdos do nosso curso de epidemiologia. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

Era um momento em que a disciplina de Epidemiologia estava revendo seu conteúdo, estava se constituindo em uma disciplina diferente. Os docentes da disciplina de Atenção Integral à Saúde questionavam se tinham que assumir os conteúdos de epidemiologia. (Prof. Pauline Lorena Kale – entrevista realizada em 13/11/2001)

Os depoimentos vão ao encontro dos resultados do Relatório Preliminar de uma pesquisa realizada pelo NUTES/UFRJ, sobre a implantação e desenvolvimento da disciplina de Atenção Integral à Saúde (Rocha, 1999). De acordo, com a autora, a disciplina não estava alcançando os objetivos de possibilitar a integração docente e assistencial com os alunos e de contribuir para a formação básica do médico. Apesar de ser considerada importante por todos os envolvidos, “... era nítida a resistência ao projeto pedagógico que a disciplina representava no contexto do ensino médico da UFRJ” (Rocha, 1999, p.147).

Os professores de epidemiologia têm críticas ao Programa de Epidemiologia Clínica, porém admitem que contribuiu para uma difusão do método epidemiológico

nas áreas de pesquisa clínica do hospital. Os relatos a seguir mostram a visão de alguns dos entrevistados acerca da Epidemiologia Clínica, da Medicina Baseada em Evidências e de sua inserção na Faculdade de Medicina.

Para mim era tão óbvio que esses elementos deveriam estar presentes na formação de um médico e que já existiam, antes de serem chamados de epidemiologia clínica ou medicina baseada em evidências, que não vi surgir nada de novo. (Prof Cláudio José Struchiner – entrevista realizada em 28/11/2001)

Há um Programa de Epidemiologia Clínica na Faculdade de Medicina. Veio como uma proposta da direção da Faculdade. Várias pessoas saíram para treinamento. Mas, ao longo do tempo, os docentes da área clínica que assumiram, não se tornaram epidemiologistas. Não se precisa do epidemiologista clínico, precisa-se dos clínicos e dos epidemiologistas. Os métodos são os mesmos e alguém entende deles. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

Era uma tentativa da clínica médica de abraçar técnicas da epidemiologia. O Programa de Epidemiologia Clínica é interessante pela junção das duas áreas de conhecimento. Mas, as pessoas não conseguiram se articular. (Prof. Maurício A Perez – entrevista realizada em 13/11/2001)

A história é uma disputa entre o grupo da epidemiologia clínica dessa Universidade e esse grupo da Medicina Preventiva. Apesar da epidemiologia dos fatores de risco ser conteúdo da disciplina, nós não concordamos com a epidemiologia clínica no seu sentido mais estrito, da idealização do processo biológico. (Prof Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

Existe um grupo de clínicos, no hospital, que é reconhecido como o grupo da epidemiologia clínica. Existe uma pós-graduação em pesquisa clínica que vem sendo ministrada por esse grupo. Mas, sempre houve uma certa independência entre o nosso grupo e o da epidemiologia clínica. (Prof José Antonio Leal Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

Foram capacitados alguns docentes. Mas, cada um continuou atuando na sua própria área. Hoje, há uma tendência de reconhecer que existe a epidemiologia, enquanto método, enquanto fundamentos para a ciência, e que a epidemiologia clínica é uma aplicação no momento específico da prática clínica. (Prof Kátia Vergetti Bloch – entrevista realizada em 29/11/2001)

Esse processo de reforma curricular se desenvolveu durante a primeira metade da década de 90. Nesse período, no Departamento de Medicina Preventiva, devido, principalmente, ao desenvolvimento do NESC, ocorreu aumento do número de profissionais da área de Saúde Coletiva através de contratos de médicos, pesquisadores, professores substitutos ou convidados. Este crescimento, de acordo com os depoimentos, foi o fator mais importante nas mudanças de conteúdo e dos métodos de ensino da disciplina. Embora o aumento no número de docentes do quadro permanente só tenha se efetivado a partir de 1994, na epidemiologia, pelo menos cinco dos nove docentes atuais e, na estatística, pelo menos um vêm participando desde 1989 das atividades do NESC, do Departamento de Medicina Preventiva e das disciplinas. Além do aumento numérico de professores, houve também uma mudança qualitativa; foram admitidos docentes que tinham perfil diferenciado, do ponto de vista da formação acadêmica, da experiência profissional e do compromisso com o ensino e pesquisa em epidemiologia.

O programa da disciplina de Medicina Preventiva I do ano de 1991 ainda é muito parecido com os da década de 80, mas os aspectos relacionados ao método epidemiológico (desenhos de estudo, análise estatística etc.) e à validade dos testes diagnósticos já estão presentes. As referências bibliográficas em 1992, comparando com a década de 1980, são bem diferentes. Apenas um livro Epidemiologia Geral permanece e surgem referências de Estatística, Epidemiologia e Saúde e Epidemiologia Clínica.

Em 1992, a maior parte do curso, em termos de carga horária, ainda era dedicada à Epidemiologia Geral (Processo saúde doença, História natural das doenças, Indicadores, Diagnóstico de saúde, Imunização, Saneamento, Vigilância e Investigação Epidemiológica), quando comparados à Epidemiologia Analítica (Estudos Epidemiológicos, Amostragem, Testes estatísticos, Análise de artigo científico). Em 1994, a relação se alterou e as áreas passaram a se equivaler, ao passo que, a partir de 1997, se inverteu e passou a haver predomínio da

Epidemiologia Analítica em relação à Epidemiologia Geral. Tal situação se mantém até hoje.

Em 1997, de acordo com o Catálogo do Curso Médico, o Departamento de Medicina Preventiva era responsável por 4 disciplinas obrigatórias – DIP, Epidemiologia, Administração e Planejamento em Saúde e Saúde e Trabalho – e por 2 disciplinas de escolha condicionada – História da Medicina e Diagnóstico Microscópico em DIP. Além destas disciplinas, o Departamento de Medicina Preventiva participava do Programa Curricular Interdepartamental Atenção Integral à Saúde. O Departamento era composto por 40 docentes, sendo 17 de DIP e 23 de Saúde Coletiva. Os docentes de DIP estão localizados na Enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário e os de Saúde Coletiva estão localizados no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC).

A disciplina de Epidemiologia era oferecida no 5º período, com carga horária de 135 horas, que correspondiam a 6 créditos. A disciplina de Saúde e Trabalho era oferecida no 6º período, com carga horária de 60 horas, correspondentes a 3 créditos. Por sua vez, a disciplina de Administração e Planejamento de Saúde era oferecida no 8º período, com carga horária de 55 horas e 2 créditos. Portanto, a carga horária total das disciplinas obrigatórias do Departamento de Medicina Preventiva era de 250 horas e o total de créditos, 11. Houve, em relação a 1981, uma diminuição de 10 horas na carga horária e o acréscimo de 1 crédito. Com relação ao ensino de epidemiologia, comparando a 1981, houve aumento da carga horária de 65 horas na Medicina Preventiva I para 135 horas.

O ensino de epidemiologia em outras disciplinas também se expandiu. O Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde era oferecido no 3º período com carga horária de 165 horas, equivalentes a 7 créditos. O programa era composto por 3 unidades, sendo que, na primeira e na última, estavam propostos conteúdos de epidemiologia. Entre estes conteúdos constavam Epidemiologia e Saúde e Vigilância Epidemiológica. Os Programas de Iniciação Científica eram apresentados como 4 disciplinas opcionais, cada uma com carga horária de 144 horas e 4 créditos. Nas suas ementas constavam a epidemiologia clínica, o método científico e fundamentos de estatística.

Com relação às demais disciplinas clínicas, apenas o Programa Curricular Integrado de Medicina Interna II, composto pelos Departamentos de Patologia e Clínica Médica apresentava em sua ementa a epidemiologia das afecções

cardiovasculares, respiratórias, neurológicas e reumáticas mais frequentes na população.

Em 2001, os conteúdos de epidemiologia e das demais disciplinas não se alteraram, mas o número de docentes do DMP cresceu. Agora são 53 professores, sendo 28 das áreas da Saúde Coletiva. A epidemiologia tem 9 docentes e a estatística, 5. Os motivos desse crescimento, segundo os depoimentos, foram o aumento de vagas para todos os cursos da Universidade e a criação dos cursos de Fisioterapia e Fonoaudiologia pela Faculdade de Medicina.

Os docentes de epidemiologia são todos médicos formados em universidades públicas do Rio de Janeiro, cinco na própria UFRJ, no período entre 1970 e 1985. Todos têm residência ou especializações, sendo que sete na área de Saúde Coletiva e dois na área Clínica. Na área de Saúde Coletiva, 5 se especializaram na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 1 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) e 1 na Universidade Federal Fluminense. Todos têm mestrado, concluídos, em sua maioria, na década de 90. Dentre os de Saúde Coletiva, 5 foram realizados na ENSP e 2 no IMS/UERJ. São 7 com doutorado, todos em epidemiologia, sendo 2 na ENSP, 2 na Universidade de São Paulo, 1 no IMS/UERJ, 1 na Universidade Federal da Bahia e 1 em Harvard. Um dos docentes é doutorando no programa de Engenharia Biomédica da Coordenação dos Programas de Pós - Graduação em Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (COPPE/UFRJ).

Apesar de vários docentes terem formação geral em Saúde Coletiva proveniente de especializações e residências na área – e a maioria se referir espontaneamente a experiências profissionais em serviços de saúde como sanitaristas – os conteúdos mais relacionados à prática tradicional de Saúde Pública começaram, a partir de 1994, a ceder espaço para os conteúdos mais voltados para a aplicação do método epidemiológico em estudos clínicos. Entre os motivos apontados pelos docentes estão a necessidade de maior aproximação com os estudantes de medicina e, principalmente, as suas formações nos cursos de mestrado e doutorado, dentro da Epidemiologia dos Fatores de Risco.

A disciplina de Epidemiologia foi criada, na reforma curricular de 17 de abril de 1995, como disciplina obrigatória do curso de medicina para os alunos matriculados a partir de 1994, tendo substituído a disciplina de Medicina Preventiva I. Com a mudança houve aumento do número de créditos de 5 para 6, além de discreto aumento da carga horária de 130 horas para 135 horas. Mas, na prática, de

acordo com as entrevistas, a carga horária dobrou. Antes da criação da disciplina e do aumento do número de docentes, as atividades eram realizadas duas vezes por semana, mas para metade da turma de cada vez, ou seja, na realidade, os alunos tinham apenas uma sessão semanal. A partir de 1995, todos os alunos passaram a ter duas sessões semanais. Outra mudança, que os entrevistados relacionam com o aumento do número de docentes são as avaliações dos alunos, que passaram a ser mais rigorosas.

Os novos professores já não têm o mesmo tipo de prática, de ir lá dar a sua aulinha e ir para o consultório. A atividade em pesquisa começa a se transformar em uma atividade profissional. (Prof. Cláudio José Struchiner – entrevista realizada em 28/11/2001)

Ocorreu uma mudança em termos de recursos humanos. Hoje, pelo número de professores, é possível ter aulas teóricas, seminários, aulas quase individualizadas em grupos pequenos. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

As pessoas que estavam entrando naquele momento, já vinham de uma formação nesse paradigma da epidemiologia dos fatores de risco. Isso aumentou muito o conteúdo de epidemiologia analítica. Por um lado, existia a necessidade de se tornar o curso mais próximo da realidade do estudante de medicina, era um curso secundário para eles. Por outro lado, existia a necessidade de dar ênfase a patologias e agravos que requisitam a aproximação com a epidemiologia dos fatores de risco. Mas a mudança ocorreu porque essas pessoas que acabavam de se formar, começaram a ocupar espaços e trouxeram essa nova concepção. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

A carga horária de epidemiologia ocupa o semestre inteiro, duas vezes por semana, em torno de 160 horas. Antes, era um dia por semana, o semestre inteiro, a Medicina Preventiva I. A disciplina tem um conteúdo forte de metodologia; os alunos aprendem bastante metodologia e são muito cobrados. Foi priorizado o método e a estatística. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

Em 1994, a disciplina era Medicina Preventiva I, mas o conteúdo era essencialmente epidemiologia. A carga horária efetiva da disciplina era de um dia por semana. Quando passou para disciplina de Epidemiologia passou-se a utilizar dois turnos por semana. A turma passou a ser dividida em grupos menores. Os exercícios e as atividades teórico-práticas passaram a ser ministradas simultaneamente. Já havia uma proposta de centrar e priorizar o conteúdo da epidemiologia. (Prof. Antonio José Leal Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

A entrada dos novos professores, um grupo voltado para a questão metodológica, influenciou a concepção do nosso programa de epidemiologia. Agravado pelo fato de termos a disciplina de Atenção Integral à Saúde para trabalhar os conteúdos mais gerais da Saúde Pública. Passou, também, a ser uma disciplina que cobrava muito e começou a reprovar. O que mudou foi o aumento do número de professores. (Prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

A disciplina mantém o mesmo formato desde 1997, com pequenas alterações de conteúdo e de métodos de ensino, que não modificaram, substancialmente, as características do curso nesse período. No programa da disciplina para o segundo semestre de 2001 estava prevista a participação dos 9 docentes de epidemiologia e um docente de estatística, além de cinco professores convidados. Entre os convidados, estavam 2 professores de outras áreas do NESC, 2 professores da ENSP / FIOCRUZ e um do Hospital dos Servidores do Estado / MS. Estava prevista também a participação de 3 monitores (DMP, 2001).

A epidemiologia é apresentada como um campo relativamente recente do conhecimento, em constante atualização, que, em decorrência dos crescentes avanços epistemológicos, metodológicos e técnicos, é definida como:

... a ciência que estuda o processo saúde e doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação das doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (Almeida-Filho & Rouquayrol, 1993, apud DMP, 2001, p.1).

É enfatizado o caráter coletivo da disciplina, na *“crescente importância da prática epidemiológica nos serviços de saúde, diagnosticando a saúde de comunidades, definindo estratégias de controle de doenças e avaliando programas de atenção à saúde”* (idem, p. 1).

Afirma-se também a relação com a clínica, sendo seu ensino, no curso de medicina, tido como *“fundamental em vários aspectos como, por exemplo, orientar intervenções a nível individual e coletivo, desenvolver o raciocínio científico, instrumentalizar a crítica metodológica e a tomada de decisões na prática clínica”* (idem, p.1).

O curso *“procura valorizar esta interface com a clínica”* (idem), resguardando as diferenças, porque, de acordo com o programa da disciplina, *“a história de conturbadas relações com o ensino médico aponta para uma valorização das diferenças como uma estratégia de aproximação”* (idem).

O objetivo do curso é *“introduzir os fundamentos teóricos, métodos e técnicas do conhecimento epidemiológico e apresentar situações de aplicação próximas ao universo médico”* (idem, p. 1).

Os conteúdos estão divididos em cinco módulos integrados. No primeiro, conceitos e métodos básicos, são apresentadas as medidas de frequência das doenças, suas aplicações no diagnóstico de saúde e na descrição da evolução da situação de saúde brasileira. No segundo, vigilância epidemiológica, busca-se uma reflexão crítica e o conhecimento técnico sobre aspectos conceituais e operacionais da vigilância epidemiológica e sua aplicação no planejamento das ações de saúde. A distribuição temporal e espacial das doenças, a importância das fontes de informação e a qualidade dos dados em saúde são também enfatizadas. No terceiro, bioestatística, que tem o objetivo de fornecer o instrumental mínimo das técnicas estatísticas utilizadas pela disciplina, expondo-se as medidas de tendência central e dispersão, noções de probabilidade, de amostragem e testes de hipóteses. No quarto, epidemiologia no âmbito clínico, são introduzidos os aspectos metodológicos da pesquisa epidemiológica com vistas à leitura crítica de artigos científicos. São discutidos aspectos metodológicos e práticos dos ensaios clínicos e da investigação de novos procedimentos diagnósticos. E, no quinto, epidemiologia no âmbito populacional, a ênfase é nos aspectos metodológicos: aplicações dos estudos populacionais, estudos de coorte, caso controle, transversal e ecológico (idem).

O curso está estruturado em três tipos de atividades. As aulas teóricas, onde são apresentados, de maneira uniforme, os principais conceitos. Os estudos

dirigidos, onde são aprofundados os conceitos e técnicas apresentadas nas aulas teóricas, constituem atividades supervisionadas pelos professores e constam de debates sobre artigos científicos selecionados a partir de um roteiro fornecido pela disciplina. E, por fim, os exercícios, que são atividades supervisionadas por mestrandos e monitores, com o objetivo de desenvolver o raciocínio em questões relacionadas à prática epidemiológica. Além dessas atividades, estão previstas a realização de dois painéis, com a participação de docentes e de convidados. Os temas propostos para os painéis deste semestre são: Sistemas de Informação em Saúde e Medicina Baseada em Evidências (idem).

A turma é dividida em 4 grupos, e esses grupos são divididos em subgrupos de 4 ou 5 alunos. As aulas teóricas são ministradas para toda a turma, junta ou dividida nos grupos, simultaneamente. Os estudos dirigidos e os exercícios são realizados em grupos, mas devem ser apresentados pelos subgrupos. A avaliação do rendimento dos alunos é feita através de 2 provas e 3 testes, todos individuais, que são aplicados no decorrer do curso.

A disciplina oferece um horário semanal para esclarecimentos com o coordenador, além de todos os professores estarem à disposição dos alunos para a orientação, desde que seja previamente agendado. Existe um serviço de monitoria virtual, através de *homepage* da disciplina, onde as dúvidas dos alunos podem ser encaminhadas que serão respondidas, em 48 horas, pelos monitores não presenciais, alunos do nono período, sob a supervisão dos professores da disciplina.

A bibliografia básica é praticamente a mesma desde 1992. As mudanças ocorreram mais no sentido de acrescentar livros e edições mais recentes sobre epidemiologia e estatística. A partir de 1994, apareceram as primeiras referências em inglês e um livro de exercícios. A novidade a partir de 2001 foi a disponibilização do livro de Epidemiologia, escrito com a participação dos professores da Faculdade de Medicina da UFRJ, para os alunos sob a forma de fotocópia ou na *homepage* da disciplina. O livro, publicado no início de 2002, vem acompanhado por um caderno de exercícios e tem por objetivo ser referência bibliográfica para o ensino de epidemiologia nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde. (Medronho, 2002).

Os depoimentos a seguir registram as impressões dos professores quanto aos conteúdos atuais. Nota-se que eles percebem a predominância dos conteúdos mais técnicos e instrumentais em detrimento dos aspectos conceituais e básicos do raciocínio epidemiológico e dos conteúdos de Saúde Pública. Este fato é justificado

por se tratar de um curso de medicina e esta seria uma forma de aproximar o curso ao cotidiano dos alunos. Há, também, a necessidade dos alunos aprenderem um dos métodos de produção de conhecimento na medicina. Mas, percebe-se, na maioria dos docentes, a vontade de recuperar uma abordagem mais abrangente e integrada do processo saúde e doença, contribuindo para a formação de uma consciência sanitária. Apesar desta vontade, o formato atual do curso foi uma decisão dos docentes, certamente influenciada pela formação deles e pela tendência hegemônica de reforçar o caráter instrumental da disciplina para a avaliação de tecnologias médicas.

O conteúdo programático é basicamente quantitativo, de modelos de estudo e de análise estatística de resultados de estudos. O conteúdo mais conceitual da saúde e da doença e mais cultural, um conteúdo das ciências sociais e da antropologia, se perdeu. O que é explicitado é o modelo de doença que é utilizado na medicina e que não é explicitado em lugar nenhum. Temos que recuar um pouco. Hoje oferecemos muita técnica e pouca discussão conceitual. A epidemiologia pode contribuir para a formação do médico, fazendo com que ele domine uma discussão conceitual da doença no coletivo que é, cada vez, mais necessária. A técnica está mudando muito rapidamente. (Prof. Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

Ainda se tenta manter a discussão dos problemas de Saúde Pública brasileiros, mas vai perdendo terreno. É mais interessante discutir os estudos epidemiológicos, ler um artigo científico, saber analisar o p valor, o intervalo de confiança que são conteúdos extremamente relevantes. Mas, não deveriam ser o principal objetivo. Os estudos epidemiológicos tinham que ser instrumentos para a politização e estão sendo, às vezes, instrumentos da despolitização. A epidemiologia tem que ser capaz da construção do pensamento de profissionais, que saibam analisar além da estatística, que possam extrapolar para aquilo que se chama de epidemiologia social, estrutural. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

Oferecer um conteúdo forte de metodologia foi uma decisão política e pedagógica. A Saúde Pública fala em vigilância epidemiológica, em transição. Como tem uma visão populacional fica mais distante dos

alunos. O método epidemiológico diz respeito a grupos de pacientes, é um discurso mais do mundo deles, mais em cima da clínica. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

Não há propriamente um desequilíbrio entre epidemiologia descritiva e analítica. Na verdade, são 3 módulos. Um módulo que é de epidemiologia descritiva, um módulo de epidemiologia analítica e um módulo de bases de bioestatística para o estudante de medicina. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

O primeiro bloco é mais relacionado à Epidemiologia no contexto da Saúde Pública. É o momento em que se traz a discussão relacionada a determinação social dos problemas de saúde e dos seus aspectos demográficos. Em seguida, um conteúdo mais de bioestatística. Busca-se apresentar o método epidemiológico para fins de estudos populacionais e a sua aplicação na clínica. Por fim, os desenhos de estudo, apresentando cada um deles, discutindo e interpretando. (Prof. José Antonio Leal Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

O curso é mais voltado para o ensino do método epidemiológico. O primeiro módulo é a epidemiologia para a Saúde Pública em geral. O segundo são conceitos importantes para a aplicação do método epidemiológico. E o terceiro módulo é totalmente voltado para os desenhos de estudos epidemiológicos. O módulo inicial é minoritário, vem se discutindo a necessidade de repensar o curso, no sentido de favorecer mais a formação sanitária. (Prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

Os docentes identificam uma resistência dos alunos e alguns afirmam que esta postura é compartilhada por professores de outras disciplinas, que não vêem importância no ensino de epidemiologia. Este fato é relacionado a uma rejeição geral aos conteúdos que não estão diretamente vinculados à clínica e à cirurgia, à utilização de conceitos matemáticos na estatística e a uma imagem negativa associada à Saúde Pública presente na Faculdade de Medicina. De acordo com os depoimentos, apenas uma parte da turma se interessa pela disciplina, geralmente, pelos conteúdos da pesquisa clínica e epidemiológica. A avaliação dos docentes quanto aos objetivos alcançados, embora não existam estudos de avaliação dos

egressos, também indica valorização maior destes aspectos por parte dos estudantes. Isto é atribuído ao fato destes conteúdos estarem mais próximos da prática clínica e porque, de alguma forma, eles também são vistos em outras disciplinas do curso, em especial, nos Programas de Iniciação Científica.

Com relação ao momento do curso em que a epidemiologia é oferecida, o 5º período, o início do ciclo clínico, as opiniões são variadas. Alguns acham que é um bom momento, outros que deveria ser mais tarde e outros que deveria começar mais cedo e deveria estar presente durante todo o curso, integrada com as outras disciplinas. Mas, de maneira geral, percebe-se que, de acordo com as entrevistas, muitos docentes preferem que os conteúdos relacionados à aplicação do método epidemiológico estivessem em um momento mais adiante na grade curricular.

A impressão é que muitos não percebem a importância da disciplina. Querem voltar para a clínica, acham que estão perdendo tempo. A parte do curso que eles mais gostam é a de metodologia. A que mais detestam é a de estatística. A questão do risco, ensaio clínico, teste diagnóstico, sensibilidade, especificidade, artigos que falam de doenças, é mais concreto, é do cotidiano deles. Em termos do uso na vida profissional, não sei se estamos atingindo os nossos objetivos. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

A epidemiologia relacionada à Saúde Pública, o primeiro módulo, poderia ficar no 5º período. Mas, a bioestatística, as pesquisas, a leitura crítica de artigos seriam melhores em um momento posterior. Muitos alunos voltam interessados no método epidemiológico. O primeiro módulo, eles acham chato; são as questões mais coletivas, que não se resgatam mais durante o ensino médico. O segundo módulo é intermediário, mas serve mais ao terceiro módulo. Quando entra a estatística, eles têm resistência. Os testes diagnósticos eles gostam muito. No terceiro módulo, dos desenhos de estudo, os estudos ecológicos, eles não gostam; os estudos transversais, também não. Quanto mais perto do nível do indivíduo, mais eles gostam. Eles vêem alguma aplicação prática para isso. (Prof. Pauline Lorena Kale – entrevista realizada em 13/11/2001)

O 5º período é uma época boa. Os alunos encaram dois desafios: um que é a clínica, o que eles vieram fazer; o outro, é a saúde coletiva, que eles nem sabiam da existência. O estudante muito enfronhado na clínica está mais resistente para receber a epidemiologia como algo que possa ser útil na sua prática, seja do ponto de vista do raciocínio, da pesquisa ou da aprendizagem de técnicas da medicina. Quanto aos objetivos, tem se conseguido atingir mais na parte da pesquisa, da atualização, da leitura do artigo, da identificação da metodologia, dos problemas do diagnóstico e tratamento. Mas, quanto ao reconhecimento como profissional com uma responsabilidade sobre a saúde coletiva, não. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

Tem uma resistência com relação à epidemiologia, à Saúde Pública, a qualquer conteúdo que não seja da área clínica ou cirúrgica. No 5º período, os alunos não têm conhecimento clínico e maturidade para entender a importância da epidemiologia. Mas, existe uma parcela que percebe isso. Senão no momento da disciplina, mais adiante. Mas, o aspecto da Saúde Pública, de chamar a atenção para uma consciência sanitária, não. A epidemiologia seria um momento para despertar a consciência sanitária nos alunos; em poucos momentos no curso médico eles vão ter essa oportunidade. (Prof. Antonio José Leal Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

Eles já chegam com um preconceito. A resistência à epidemiologia é geral, mas tem turmas em que é patológica. Só vai mudar quando o professor de clínica achar que a epidemiologia é uma coisa importante. (Prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

Existia uma imagem negativa da Saúde Pública dentro da Faculdade de Medicina para os alunos, uma imagem do sanitarista como o clínico que não deu certo ou o político da saúde. O primeiro desafio é eles gostarem da disciplina e perceberem a importância. No início da clínica, eles não têm amadurecimento para perceber a importância de como adquirir conhecimento, como avaliar o conhecimento, como criticar o conhecimento. É com essa finalidade que a maioria vai utilizar a

epidemiologia. (Prof. Kátia Vergetti Bloch – entrevista realizada em 29/11/2001)

Quanto aos métodos de ensino utilizados, a tendência tem sido a divisão da turma em grupos menores e o desenvolvimento de atividades de exercícios, estudos dirigidos e seminários, com a diminuição das aulas teóricas expositivas para toda a turma. Embora, todos achem interessante a idéia de um trabalho prático, o número de alunos e a inexistência de integração com as outras disciplinas e com os serviços de saúde são apontados como os principais obstáculos. Os Programas de Iniciação Científica, apesar do número limitado e do perfil diferenciado dos alunos participantes, são citados como o momento em que ocorre uma atividade prática em epidemiologia, apesar de os alunos participarem apenas por 2 semestres e as pesquisas durarem, em média, mais do que isso. Uma das principais alternativas apontadas seria aumentar o uso da microinformática para o desenvolvimento das atividades práticas. Mas, o laboratório de informática do NESC ainda não tem condições de receber todos os alunos. Atualmente, o contato com os serviços de saúde é feito através dos painéis com a presença de convidados.

Existem 8 vagas para monitores da disciplina. A monitoria dura um ano, não conta como crédito e nem é remunerada. Estes são fatores citados para o fato de raramente se preencherem todas as vagas. A procura é irregular, varia de turma para turma, mas, de maneira geral, sempre tem número suficiente de monitores, em torno de 4. Na monitoria virtual, uma experiência recente da disciplina, os monitores são voluntários e têm uma relação informal, pois não fazem parte do programa oficial de monitoria da faculdade.

Na disciplina, a tendência tem sido a diminuição das aulas expositivas de anfiteatro e o aumento de outras formas de troca e aquisição de conhecimento, sejam teóricas ou práticas. Os métodos de ensino são aulas expositivas, seminários, estudos dirigidos e exercícios. Hoje, só fazem práticas os alunos que estão nos Programas de Iniciação Científica. Uma experiência nova e interessante é a monitoria virtual. É um espaço do ensino da epidemiologia na graduação, talvez o mais promissor. (Prof Diana Maul de Carvalho – entrevista realizada em 5/11/2001)

Hoje, se tem desenvolvido muito as práticas de trabalhar com os dados, de visualizar situações. Talvez, na Atenção Integral à Saúde, se

isso for construído, mas ainda não se conseguiu trabalhar ali. Como não se faz direito lá, ficam querendo trazer para a Epidemiologia. O aluno está começando a clínica, a internação e o ambulatório. Ele precisa discutir um artigo, ver o desenho do estudo. Ele fica interessado e trabalha bem. No Programa de Iniciação Científica são poucos e são alunos que têm interesse maior. Eles se inserem nos nossos projetos, vão para trabalho de campo. É uma oportunidade destes alunos estarem praticando, mas já são selecionados, é uma minoria. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

A parte prática é feita através de exercícios em sala, de leitura e discussão, em seminários, de artigos científicos publicados em revistas. É difícil pedir que os alunos participem em comunidades, serviços, secretarias, porque eles não têm tempo. No Programa de Iniciação Científica, eles estão fazendo pesquisa, inclusive publicando. Uma alternativa é incorporar a informática. Nada melhor do que a epidemiologia para usar a informática. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

Na epidemiologia, a prática teria que ser uma prática onde ele é ator. Essa prática não se dá em duas horas. Eles tinham que ter inserção sistemática em uma atividade, em um serviço. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

O curso tem três atividades. As aulas teóricas, os seminários e os exercícios que são estudos dirigidos. Os exercícios são uma série de perguntas sobre determinado tema; eles têm que responder e discutir na sala de aula. Os seminários são baseados em leituras de textos selecionados. (Prof. José Antonio Leal Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

Hoje, a prática se resume em fazer exercício e na leitura de artigos científicos. No Programa de Iniciação Científica, como a maioria não tem muita familiaridade com os softwares e com os sistemas de informação, gasta-se um tempo treinando e acabou o período. (Prof. Pauline Lorena Kale – entrevista realizada em 13/11/2001)

As atividades práticas são exercícios, mas não é a prática acoplada a um serviço. O espaço para dar conta deste aspecto era o da disciplina de Atenção Integral à Saúde. Uma forma é através do Programa de Iniciação Científica estar trabalhando a questão mais prática do método. Hoje, a tendência é partir mais para o uso do computador. A procura pela monitoria é bastante irregular, sempre tem mais vagas do que monitor. Mas, normalmente, tem um número razoável. A monitoria virtual era a possibilidade de usar o computador para permitir um suporte 24 horas. No segundo semestre de 1999, criou-se o endereço da disciplina, fizemos uma propaganda e foi um fracasso. Até que eles começaram a escrever, um número de alunos que foi crescendo, não foi um número significativo. É uma tutoria virtual, mas não só isso; é uma forma de enviar mensagens do curso, enviar material. (Prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

De acordo com os professores, nos últimos cinco anos, a disciplina manteve esse formato porque foi um período em que vários docentes se encontravam em processo de capacitação. Mas, avaliam que foi interessante essa experiência com quase dez turmas, porque permite melhor avaliação.

Todo mundo já terminou ou esta terminando o doutorado, é um momento para reavaliar. Foi bom o curso ter mantido o mesmo formato por esse tempo; se muda a cada semestre, não tem como avaliar. (prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

A integração com as outras disciplinas do curso, tanto as do NESC como as da clínica, é apontada como uma possibilidade de ampliação dos conteúdos e da inserção da epidemiologia na grade curricular. Segundo os depoimentos, a integração contribuiria para melhorar a aceitação da disciplina por parte dos alunos e dos docentes de outras áreas. No entanto, essa integração não existe. Atualmente, na pós-graduação, percebe-se maior aproximação com a clínica pela aplicação do método epidemiológico às pesquisas. A expectativa é que este movimento possa, no futuro, chegar também à graduação. Entre as dificuldades apontadas, destacam-se as relacionadas à estrutura da própria Universidade e ao acúmulo de atividades dos docentes. A localização do NESC, dentro do Hospital Universitário, é citada como fator estratégico na busca da integração, principalmente, com as disciplinas do ciclo clínico.

Seria o caminho de aumentar nossa presença, ter uma inserção mais ao longo do curso, para não ser visto como algo tão descolado do restante. Nós temos uma posição estratégica dentro do hospital. Tem tudo para essa integração se dar e está começando na pós-graduação. Tem um nível de integração, hoje, com a pós-graduação da clínica bem interessante. Esse tipo de aproximação, talvez, vá se refletir na graduação. Entre as disciplinas do NESC, houve, há um tempo atrás, um movimento, da coordenação didática do departamento, de buscar essa integração entre as disciplinas. Foi realizado um seminário para trocar experiências didáticas, pedagógicas, foi o último momento. (Prof. Claudia Medina Coeli – entrevista realizada em 5/11/2001)

As áreas ficaram muito separadas, não existe nenhuma integração. Tem muitas dificuldades, todos os docentes estão com muitas atividades. O tempo dedicado ao curso tem sido a ele próprio e não à integração. A integração seria uma exigência, uma necessidade, mas eu não vejo como possa acontecer hoje. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

A epidemiologia deveria ter uma parte sua própria e uma parte integrada no conteúdo das outras disciplinas. Mas a Universidade ainda é muito monolítica, as disciplinas são todas fechadas. É difícil construir algo integrado dentro dessa Universidade. (Prof. Letícia Legay Vermelho – entrevista realizada em 29/11/2001)

No NESC, foi criada uma comissão para discutir ensino de Saúde Pública na graduação, mas integração não existe. Com a clínica estamos começando a nos relacionar melhor na pós-graduação, nas pesquisas. Mas, na graduação, não existe nenhuma integração. (Prof. Roberto de Andrade Medronho – entrevista realizada em 29/11/2001)

A saída seria, inicialmente, buscar uma integração melhor das disciplinas da área de Saúde Coletiva. Em vez de restringir a disciplina de epidemiologia a um período, deveríamos estar indo e voltando, do 5º ao 8º período, todos simultaneamente. É uma tarefa difícil. A estrutura da faculdade não permite. A estratégia seria ganhar espaços fora da disciplina de epidemiologia. A articulação com a clínica é um

espaço, mas é uma demanda muito mais voltada para o método de pesquisa. (Prof. Antonio José Leal da Costa – entrevista realizada em 6/11/2001)

Quanto aos conhecimentos de epidemiologia que o estudante de medicina deveria aprender durante o curso de graduação, todos concordam que o programa atual da disciplina seria o mínimo. Com relação às dificuldades no ensino dos conteúdos de Saúde Coletiva, o professor Guilherme Werneck, destaca uma tendência da epidemiologia, em geral, e uma característica da formação dos professores da disciplina, em particular, que, por um lado, justifica sua diminuição no programa e, por outro lado, cria uma perspectiva para a sua recuperação no futuro.

Não se atualizaram os conhecimentos e as práticas da epidemiologia descritiva como as outras técnicas. Quando se fala de vigilância epidemiológica, fala da vigilância epidemiológica de vinte anos atrás. Os indicadores de morbidade, de qualidade de vida e das doenças no espaço-tempo são conhecimentos que estão sendo atualizados mais recentemente. Os estudos ecológicos também. Na medida em que isso aconteça e em que eles sejam trazidos para a disciplina, ela vai ter mais proximidade com a realidade de hoje. Realmente, falar daqueles indicadores de morbidade de vinte anos atrás soa distante para o aluno. Nós, particularmente, temos uma característica que nos favorece. Apesar, de termos nos formado originariamente na epidemiologia de fatores de risco, praticamente todo o grupo, de certa forma, desenvolveu seu doutorado em práticas ou métodos que são mais apropriados para a epidemiologia descritiva, tais como, análise espacial, geoprocessamento, qualidade de vida, série temporal e a integração dos grandes bancos de dados secundários. Isso vai acabar chegando à disciplina. (Prof. Guilherme Loureiro Werneck – entrevista realizada em 22/11/2001)

O ensino de epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFRJ se institucionalizou com a criação do Departamento de Medicina Preventiva, há mais de 30 anos, através de "*professores de clínica de doenças infecciosas, que começaram a fazer inquéritos e foram, paulatinamente, deslocando a atividade de pesquisa dos casos clínicos hospitalares para o campo*" (Prof. Cláudio José Struchiner – entrevista realizada em 28/11/2001). Durante este período, a disciplina, que chegou a sair da

grade curricular, passou por transformações, principalmente a partir da última década, com aumento de sua carga horária, do número e da qualificação de seus docentes e de mudanças de conteúdo. Atualmente, a disciplina se encontra em fase de amadurecimento, um momento em que alcança reconhecimento dentro e fora da Faculdade de Medicina e, ao mesmo tempo em que se desenvolve científica e tecnicamente, expressa uma vontade de recuperar o "... *raciocínio epidemiológico básico, fundamental, que permeia a discussão da Saúde Pública e da Medicina, um raciocínio mais simples e mais intuitivo*" (Prof. Antonio José Leal da Costa – entrevista realizada em 6/11/2001).

Capítulo IV. Discussão dos Resultados

Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro ocorreram duas reformas curriculares: a primeira, na década de 1970 e, a segunda, na década de 1990. Estas reformas possibilitaram a criação do Departamento de Medicina Preventiva, a introdução e o crescimento – em termos de carga horária e do número de docentes – das disciplinas da área de Saúde Coletiva. Mas, não foram capazes de proporcionar a integração entre estas e as demais disciplinas do curso médico e de produzir alterações substanciais no perfil dos profissionais formados.

Houve um crescimento do Departamento de Medicina Preventiva que está relacionado à área de Saúde Coletiva. Em termos do número de docentes, em 1974, o DMP tinha 26 docentes, todos vinculados à DIP. Em 1997, eram 40 docentes, sendo 23 da área de Saúde Coletiva. Em 2001, dentre os 53 professores do departamento, 28 eram de Saúde Coletiva. Em termos de carga horária, as disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva, em 1974, tinham 96 horas que correspondiam a 6 créditos. Em 1997, havia 250 horas que correspondiam a 11 créditos, sem contar a participação da área de Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva no Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde. Enquanto a disciplina de DIP, em 1974 apresentava carga horária de 96 horas e 4 créditos, em 1997, passou a ter carga horária de 195 horas e 7 créditos.

Por conseguinte, nesse período, houve um crescimento das disciplinas de Saúde Coletiva, tanto em termos de carga horária como em quantidade de docentes, o que inverteu a relação existente, no momento de criação do departamento, de predomínio da disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias em relação às disciplinas da Saúde Coletiva.

Entre as disciplinas da área de Saúde Coletiva, a Epidemiologia e Estatística apresentaram o maior crescimento. Entre 1971 e 1997 passaram de 48 para 135 horas, de 2 para 6 créditos. Em 1997, dos 23 docentes da área de Saúde Coletiva do DMP, 8 eram de epidemiologia e 1 de estatística. Em 2001, dos 28 professores de Saúde Coletiva, 9 eram de Epidemiologia e 5 de Estatística. Estes números

indicam o peso e a importância que as disciplinas de Epidemiologia e Estatística adquiriram dentro da área de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFRJ.

O ensino de estatística durante todo o período está associado ao de epidemiologia. Enquanto, na década de 70, o ensino de estatística se resumia aos conceitos básicos para a construção dos indicadores de saúde, em 90 ele foi ampliado para servir de base à compreensão dos estudos epidemiológicos. Embora a estatística, atualmente, não seja uma disciplina, o seu ensino cresceu junto com o de epidemiologia. Desta forma, pode-se afirmar que tanto a epidemiologia, como a estatística, na Faculdade de Medicina da UFRJ, foram incorporadas à formação dos alunos. Embora esse processo tenha ocorrido nos últimos trinta anos, ele se intensificou na década de 90 com relação ao ensino de epidemiologia e estatística.

Pode-se identificar, no desenvolvimento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ, três fases distintas: a primeira, nos anos 70, marcada pela hegemonia da medicina tropical e das idéias do movimento preventivista; a segunda, nos anos 80, sob a influência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira; e a terceira nos anos 90, caracterizada por um movimento de resistência à introdução da Epidemiologia Clínica no ensino médico.

Na primeira fase, nos anos 70, o ensino de epidemiologia era feito por professores de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Os conteúdos estavam relacionados às doenças transmissíveis e se constituíam de conceitos básicos de epidemiologia, modelos explicativos das doenças, níveis de prevenção, saneamento, imunizações, vigilância epidemiológica e noções de estatística associadas à construção dos indicadores de saúde.

Nesse período, de acordo com o ideário preventivista de desenvolver uma nova atitude nos estudantes de medicina, a ênfase estava no aspecto formativo e o enfoque era predominantemente voltado para a Saúde Coletiva, com base nas doenças infecciosas. O ensino caracterizava-se por uma visão clínica do processo saúde e doença, mas também por um deslocamento das pesquisas médicas do ambiente hospitalar para os trabalhos de campo.

Esse fato contribuiu para estabelecer as bases para o desenvolvimento de projetos de pesquisa que proporcionaram a articulação com os serviços de saúde. Esta articulação foi fundamental para a transição da tradição da medicina tropical à incorporação das propostas da Reforma Sanitária pelo Departamento de Medicina Preventiva.

No final da década de 70, com a reforma curricular, ocorreu um crescimento da carga horária das disciplinas de Saúde Coletiva que passaram de 96 para 260 horas. A epidemiologia, que havia sido criada como disciplina, passou a ser um módulo de uma das disciplinas de Medicina Preventiva. Apesar do aumento da carga horária, os seus conteúdos se misturavam aos outros conteúdos da área, dificultando a identificação da disciplina pelos alunos.

Na segunda fase, durante a década de 80, as propostas das Ações Integradas de Saúde para a reorganização dos serviços e as de integração docente assistencial, como estratégias de reforma no ensino médico, contribuíram para a implantação de projetos de pesquisa que foram importantes para o crescimento da área de Saúde Coletiva na UFRJ. Este processo, que culminou na criação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva como unidade universitária autônoma, se desenvolveu durante a década de 80 e desvinculou a Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina.

Nessa época, a discussão predominante na Saúde Coletiva estava voltada para a construção das bases legais da Reforma Sanitária. Isso, embora não se tenha refletido nos programas de ensino, chegou às salas de aula pela participação dos docentes no Movimento da Reforma e pôde ser percebido nos relatos dos entrevistados. O ensino de epidemiologia e estatística ainda fazia parte das disciplinas de medicina preventiva. A carga horária permaneceu a mesma e os conteúdos nos programas da disciplina, praticamente, não se alteram em relação à fase anterior. Como era um momento de crítica ao sistema de saúde vigente, a necessidade de ressaltar as desigualdades existentes proporcionou maior destaque às abordagens da epidemiologia social. Manteve-se o predomínio dos aspectos formativos e o enfoque voltado para a Saúde Coletiva.

Na realidade, os projetos de integração docente assistencial foram projetos de integração entre pesquisa e serviços. A parte docente se resumiu na construção de uma unidade básica de saúde em uma comunidade próxima, onde, por alguns anos, se desenvolveram atividades de ensino. Tais projetos, apesar de envolverem diversos setores da Faculdade de Medicina e da Universidade, não mudaram substancialmente as práticas pedagógicas existentes. Contudo, possibilitaram a aglutinação de diversos profissionais e instituições da área de Saúde Coletiva, favorecendo o desenvolvimento de uma massa crítica que exerceu papel decisivo na constituição do NESC. Estes não se constituíram em transformações dos currículos ou em alterações substanciais nos programas das disciplinas de Saúde Coletiva.

Mas, em particular na epidemiologia, o crescimento e a autonomia obtida pela área de Saúde Coletiva foi importante para as transformações que ocorreram nos anos seguintes.

A terceira fase, no início da década de 90, foi marcada por uma expansão do ensino de epidemiologia no Departamento de Medicina Preventiva e também em outras disciplinas da Faculdade de Medicina. Além do crescimento, ocorreu uma mudança nos conteúdos, a qual pode ser identificada a partir de 1991, com a introdução de conteúdos de epidemiologia clínica, com o aumento do ensino do método epidemiológico e da estatística e com a diminuição progressiva dos conteúdos de medicina preventiva e de epidemiologia descritiva. Estas mudanças, que se iniciaram em 1991, se consolidaram após 1995, com a criação da disciplina de Epidemiologia em substituição à disciplina de Medicina Preventiva I.

Tal processo está relacionado a fatores externos e internos à Faculdade de Medicina. Entre os fatores externos, os mais importantes foram:

- a consolidação das bases legais do Sistema Único de Saúde brasileiro na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde em 1990, o que contribuiu para a mudança nos objetivos da Reforma Sanitária e das questões centrais em discussão na área da Saúde Coletiva. Enquanto o principal objeto, no momento anterior, tinha sido a construção do arcabouço legislativo e jurídico do sistema, a partir do início dos anos 90, as atenções se voltaram mais para os objetivos operacionais relacionados a sua implantação.
- a valorização da área da Saúde Coletiva no Brasil e no exterior, vinculada à crescente hegemonia da epidemiologia de origem anglo-saxônica, contribuiu para a expansão e para as mudanças ocorridas nos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva. Este movimento se intensificou no final dos anos 80 com o retorno da primeira geração de doutores formados no exterior na Epidemiologia dos Fatores de Risco. A formação em epidemiologia, nos anos 90, passou a ter caráter mais técnico com a priorização dos aspectos voltados para a aplicação do método epidemiológico às pesquisas clínicas e populacionais.
- o crescimento da Epidemiologia Clínica e, posteriormente, da Medicina Baseada em Evidências, que se acentuou no início da década de 90, ocorreu, segundo Naomar de Almeida Filho *“em competição com os núcleos de investigação epidemiológica, antagonizando-os em praticamente todos os níveis, desde a formação de recursos humanos (disputando a primazia pelo ensino de epidemiologia nas escolas médicas) até a própria produção de conhecimento*

(competindo ferozmente por financiamento de pesquisas), desde o controle das sociedades científicas até o monopólio dos veículos de comunicação” (Almeida Filho, 2000, p. 82). O movimento, segundo o autor, fez com que os Departamentos de Medicina Preventiva e Social das Faculdades de Medicina e as Escolas de Saúde Pública se sentissem ameaçados (idem).

Entre os fatores internos da Faculdade de Medicina da UFRJ, podemos destacar o processo de reforma curricular que:

- pretendia difundir o método epidemiológico como o método científico aplicado à produção de conhecimentos em medicina, através da criação de um Programa de Epidemiologia Clínica e dos Programas de Iniciação Científica.
- implantou o Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde que tinha, entre os seus conteúdos, a epidemiologia descritiva e a vigilância epidemiológica, o que colaborou para a diminuição dos conteúdos de epidemiologia relacionados à Saúde Coletiva na recém criada disciplina de Epidemiologia.
- possibilitou a fragmentação das disciplinas de Medicina Preventiva I e II em três novas disciplinas – entre elas, a Epidemiologia – em consonância com o processo de especialização que vinha ocorrendo na área da Saúde Coletiva no país. Esta individualização das disciplinas permitiu uma definição mais precisa das atribuições de cada uma, facilitou aos alunos a sua identificação e possibilitou a alocação dos docentes de acordo com suas formações específicas.

Ocorreu também um aumento do número de vagas para docentes em função do aumento linear de vagas discentes em toda a Universidade e da implantação dos cursos de fisioterapia e fonoaudiologia na Faculdade de Medicina. Este fato, aliado à maior importância adquirida pelo departamento, principalmente a partir da constituição do NESC, possibilitou o aumento no número de professores, em particular, os com formação em epidemiologia e estatística. Durante os anos 90 foram admitidos 7 docentes de epidemiologia e 5 docentes de estatística.

A epidemiologia, a estatística, a administração e planejamento de saúde e a saúde ocupacional sempre estiveram presentes sob a forma de disciplinas isoladas ou como unidades temáticas das disciplinas do departamento. Com a individualização destes conteúdos em disciplinas, os conteúdos de higiene e medicina preventiva desapareceram. Paradoxalmente, o desenvolvimento do Departamento de Medicina Preventiva, excluiu os conteúdos de medicina preventiva do ensino médico.

A partir de 1997, os conteúdos da disciplina de epidemiologia passaram a abranger os conceitos e métodos básicos, a vigilância epidemiológica, a estatística e a epidemiologia no âmbito clínico e populacional. Os conteúdos de medicina preventiva, como história natural e modelos explicativos das doenças, medidas de prevenção e discussão sobre causalidade saíram dos programas de ensino. Foram introduzidos conteúdos dirigidos à aplicação da epidemiologia na clínica.

O ensino voltado para o conhecimento e aplicação dos estudos epidemiológicos contribuiu para a aproximação com a clínica pela via dos cursos de pós-graduação. Inicialmente, essa aproximação ocorreu em função da estatística. Nos últimos anos, vem crescendo o interesse pelos aspectos relacionados aos desenhos dos estudos e à análise dos resultados. De acordo com os docentes, esta demanda se restringe aos grupos de pesquisa clínica do Hospital Universitário, que se encontram mais estruturados, e ainda não ocorre no ensino de graduação.

Além do aparecimento das aplicações clínicas na disciplina de epidemiologia, tais conteúdos também estão presentes nos Programas de Iniciação Científica, como a metodologia científica aplicada à medicina. Como esses programas são opcionais e podem ser ministrados por todas as disciplinas da área básica e profissional, eles contribuem para difusão de conteúdos de epidemiologia por todo o curso médico.

No Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde, de acordo com a ementa, constam o estudo dos aspectos culturais, sociais, econômicos e demográficos do processo saúde e doença. Também está previsto um módulo sobre vigilância epidemiológica.

Portanto, além do crescimento da disciplina de epidemiologia, houve uma expansão de seus conteúdos para outras disciplinas, como os Programas de Iniciação Científica e de Atenção Integral à Saúde. No Departamento de Medicina Preventiva, ocorreu um processo de substituição de conteúdos que tendeu a privilegiar os aspectos voltados para a pesquisa clínico epidemiológica em detrimento dos conteúdos relacionados à Saúde Coletiva, aos modelos explicativos e às medidas de prevenção das doenças.

Pela análise dos documentos, a impressão é que os conteúdos que saíram da disciplina de epidemiologia seriam oferecidos no Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde, no 3º período. Mas, de acordo com os depoimentos, não há atualmente participação da disciplina neste Programa

Curricular Interdepartamental. Assim, os conteúdos relacionados às ciências sociais, antropologia e demografia, praticamente, desapareceram do curso médico.

Este fato acentua ainda mais a predominância dos conteúdos de epidemiologia voltados para a pesquisa clínica. Esta fase se caracteriza por mudança em relação às décadas anteriores, com o predomínio dos aspectos instrumentais e um enfoque mais dirigido às aplicações clínicas da disciplina.

De acordo com os depoimentos, a formação acadêmica dos docentes – a maioria concluiu o mestrado e doutorado na década de 90 – teve influência direta nas mudanças de conteúdo. Isto mostra a importância que os cursos de pós-graduação em epidemiologia têm nas transformações que estão ocorrendo no ensino da disciplina nos cursos de graduação em medicina.

A diminuição dos conteúdos de Saúde Coletiva nos programas de mestrado e doutorado em epidemiologia, bem como a aplicação, cada vez mais intensa, do instrumental epidemiológico na área clínica e de pesquisas médicas, a realização de congressos nacionais distintos de Epidemiologia e Saúde Coletiva e o aparecimento periódico de movimentos entre os profissionais da área no sentido de criar sua própria associação nacional indicam uma crescente autonomia deste campo do conhecimento em relação a suas origens.

Os docentes atuais, mesmo admitindo que este processo vem ocorrendo, afirmam que a epidemiologia é uma subárea da Saúde Coletiva. Todos concordam que o programa atual a disciplina é o conteúdo mínimo de epidemiologia que um médico precisa conhecer. A maioria reconhece o predomínio dos conteúdos voltados para o conhecimento e a aplicação do método epidemiológico às pesquisas clínicas e populacionais em relação aos conteúdos relacionados à Saúde Coletiva. Contudo, todos ressaltam a necessidade de recuperar os conteúdos de epidemiologia mais formativos e o enfoque da Saúde Coletiva no ensino da disciplina.

Vários docentes atribuem a diminuição destes aspectos às dificuldades de articulação no Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde, que representaria o momento de integração com os serviços da rede básica de saúde e com outras disciplinas do departamento e da Faculdade. No 3º período os estudantes veriam os aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos do processo saúde e doença e as principais estratégias de prevenção e controle. No 5º, no ciclo profissionalizante, no ambiente hospitalar, a epidemiologia procuraria valorizar a sua interface com a clínica. Como a disciplina não participa do Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde, o ensino de

epidemiologia no Departamento de Medicina Preventiva tem se limitado à disciplina oferecida no 5º período.

Outro motivo citado pelos docentes para as mudanças de conteúdo seria a tentativa de aproximar os conteúdos de epidemiologia ao cotidiano dos estudantes de medicina e, com isso, diminuir suas resistências para o aprendizado. Mas, a receptividade dos alunos em relação à disciplina ainda é ruim. Só pequena parte da turma demonstra interesse pela epidemiologia.

Nas décadas de 70 e 80, situação semelhante também acontecia. O interesse estava presente nos estudantes que tinham algum envolvimento com as questões políticas. Atualmente, a curiosidade existe na parcela de estudantes que tem participação em pesquisas clínicas. A maioria dos alunos não percebe a importância e nem se motiva para o aprendizado da disciplina. Alguns entrevistados identificam idêntica resistência também nos docentes de outras disciplinas.

Essa impressão é reforçada quando se analisa a avaliação dos docentes atuais a respeito dos objetivos estarem sendo alcançados. Vários dizem não ter como avaliar, mas acham que não se tem conseguido atingi-los. Os que acham que alguns dos objetivos estão sendo alcançados, dizem que isso tem acontecido com os objetivos relacionados às pesquisas clínicas, ou seja, que se tem conseguido instrumentalizar os estudantes para a análise crítica dos artigos científicos. Mas, com relação à formação de uma consciência sanitária e ao desenvolvimento da responsabilidade social do médico, não.

Segundo os docentes, o aumento do número de professores é o principal fator para explicar as mudanças ocorridas no ensino de epidemiologia na Faculdade de Medicina da UFRJ. O incremento desse número possibilitou o desenvolvimento de novas formas de ensino e aprendizagem. A divisão das turmas em grupos menores facilitou a interlocução com os alunos e proporcionou melhoria tanto na qualidade do ensino quanto das avaliações.

Além das aulas teóricas, são realizados seminários, estudos dirigidos e mesas redondas com convidados. As atividades práticas externas de contato com as populações e serviços, que eram realizadas na década de 70 – inquéritos e palestras para as comunidades – e na década de 80 – o ambulatório da Vila do João e as visitas às estações de tratamento de água e esgoto – não existem mais. Foram substituídas por exercícios que simulam situações de saúde e são realizados em sala de aula. Alguns docentes consideram que os alunos inscritos nos Programas de

Iniciação Científica com professores da disciplina conseguem efetivamente realizar uma atividade prática em epidemiologia.

Embora todos julguem importante a realização de atividades em serviços de saúde, citam o número de alunos e as dificuldades de integração com os serviços de saúde como principais obstáculos. A prática em epidemiologia, segundo um docente, exige a inserção sistemática no serviço, não sendo possível em visitas esporádicas e curtas. Isto, diante das estruturas da escola e dos serviços, tem inviabilizado a realização destas atividades. A alternativa mais citada para minimizar esta questão foi a utilização de computadores. Pretende-se, com o aumento da capacidade dos laboratórios de informática – insuficientes hoje para atender o número de alunos – ampliar os trabalhos com bancos de dados secundários.

Uma solução apontada pelos docentes seria o aumento da carga horária da disciplina, mas de forma integrada com as outras disciplinas de Saúde Coletiva e da Clínica. Hoje, esta integração não existe, e os professores não vêem possibilidade de, neste momento, ela vir a ocorrer. A experiência com os Programas Curriculares Interdepartamentais – em especial, o de Atenção Integral à Saúde – reforça essa impressão.

A monitoria virtual, implantada pela disciplina desde 1999, se insere dentro das propostas de utilização da informática para auxiliar no processo de ensino aprendizagem. Esta iniciativa tem o objetivo de proporcionar um suporte por 24 horas para os alunos do curso de graduação, enquanto estão cursando a disciplina. A receptividade dos alunos ao serviço ainda é pequena, mas os docentes a apontam como uma das mais promissoras estratégias de ensino na epidemiologia e na medicina.

4.1 Conclusões

O movimento preventivista ampliou o campo de atuação dos médicos ao incorporar à medicina, além do diagnóstico e tratamento das doenças, a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a reabilitação. Nas escolas médicas, a institucionalização destes conteúdos ocorreu com a criação dos departamentos de Medicina Preventiva sob a forma de disciplinas, entre elas a epidemiologia.

A epidemiologia vem expandindo o seu campo de atuação desde então, e vem sendo reconhecida como um setor do conhecimento com aplicações nas diversas áreas da Saúde. A realização de cinco congressos nacionais e um internacional, a partir de 1990, com número crescente de participantes e de

trabalhos apresentados, comprova a sua vitalidade atual. A variedade dos temas e os diversos métodos de estudo indicam a existência de uma pluralidade de concepções acerca dos objetos e ferramentas da disciplina.

Na área clínica, o surgimento da Medicina Baseada em Evidências contribuiu para o reconhecimento da epidemiologia como importante instrumento para a produção e aquisição de conhecimentos e proporcionou a sua difusão para outras áreas da Faculdade de Medicina. Na Saúde Coletiva a disciplina consolidou sua hegemonia como a base para as demais subáreas. O desenvolvimento de seus métodos e técnicas estatísticas passou a exigir formação especializada e a tornou uma disciplina distante tanto do sanitarista como do clínico.

A especialização na área da Saúde Coletiva se traduziu, no currículo da Faculdade de Medicina da UFRJ, na organização dos conteúdos em disciplinas de Saúde e Trabalho, Planejamento e Administração de Serviços de Saúde e Epidemiologia. Este processo vem contribuindo para o distanciamento entre as subáreas e, na epidemiologia, para afastar o ensino da disciplina das necessidades de saúde da população e de organização dos serviços, principalmente, na atenção básica do Sistema Único de Saúde.

A tendência da disciplina no curso de graduação em medicina da UFRJ mostra que o seu crescimento está mais relacionado a suas aplicações às pesquisas clínicas. Esta tendência tem colaborado para a diminuição de conteúdos da Saúde Coletiva e pode limitar o ensino da disciplina a um de seus aspectos. Esse processo está vinculado às mudanças gerais ocorridas na Medicina, na Saúde Coletiva, na Epidemiologia, na organização dos serviços e no ensino médico. Na Faculdade de Medicina da UFRJ, o aumento do número de docentes e as mudanças ocorridas na formação em epidemiologia nos cursos de pós graduação foram os principais fatores para as transformações que ocorreram nos conteúdos e métodos de ensino da disciplina.

Dentro do contexto das novas diretrizes curriculares, que incentiva a construção do conhecimento pelos alunos a partir das necessidades de saúde dos indivíduos e populações, a epidemiologia é uma disciplina fundamental para, articulada às demais disciplinas e aos serviços de saúde, permitir a abordagem do processo saúde e doença em todas as suas dimensões. A epidemiologia, por sua constituição interdisciplinar, pode contribuir para a articulação dos conhecimentos das ciências humanas e sociais com as ciências biológicas no estudo do processo de saúde doença e cuidados. No congresso nacional de epidemiologia de 2002, a

apresentação de mais de duas dezenas de trabalhos concernentes ao ensino de epidemiologia nos cursos de graduação indica a importância que a disciplina vem adquirindo no ensino médico.

Este estudo procurou compreender de que maneira o ensino de epidemiologia foi introduzido e vem se desenvolvendo no curso de medicina nas últimas três décadas. Identificou a sua introdução com a criação do Departamento de Medicina Preventiva e o seu crescimento, a partir dos anos 90, relacionado, principalmente, ao crescimento da área de saúde Coletiva na UFRJ e ao surgimento da Medicina Baseada em Evidências. Apontou para importância do aumento do número e da qualificação dos docentes nas mudanças de conteúdo e de métodos de ensino que ocorreram. Mas, se limitou ao ensino e não fez nenhuma consideração sobre o aprendizado de epidemiologia pelos estudantes. Este aspecto se torna fundamental pelo fato de existir grande resistência à disciplina entre os alunos e só poderia ser avaliado através de um estudo com os egressos, o que não foi possível realizar neste momento.

Outra limitação importante diz respeito ao objetivo inicial do trabalho – estudar a constituição e o desenvolvimento do ensino de epidemiologia na escola médica. Embora o ensino de epidemiologia esteja vinculado historicamente ao ensino de Saúde Pública e, posteriormente, ao ensino de Saúde Coletiva, o estudo mostrou um distanciamento crescente entre a disciplina e suas origens no curso de graduação em medicina. Este processo fica evidente quando se percebe que, apesar do aumento do ensino de epidemiologia, o ensino de Saúde Coletiva não cresceu na mesma proporção; talvez, tenha até diminuído. Mas, como não foi analisado o ensino de Saúde Coletiva, não é possível fazer afirmações neste sentido.

Apesar de o movimento preventivista – que teve lugar há mais de cinquenta anos – ampliar o campo de atuação médica, incorporando a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a reabilitação ao diagnóstico e tratamento das doenças, estes aspectos permanecem marginalizados no ensino médico. O desenvolvimento da epidemiologia, que se valoriza na medida em que encontra aplicações no momento da atenção ao indivíduo doente – no processo de diagnóstico, terapêutica e prognóstico –, indica que a disciplina assume mais importância no ensino quando se aproxima dos objetivos originais da formação médica, qual seja, diagnosticar e tratar doenças.

A Medicina Preventiva, a Saúde Comunitária ou a Saúde Coletiva foram incapazes de mudar o foco da educação médica. A incorporação de uma abordagem coletiva do adoecer humano ainda não ocorreu na escola médica e também não aconteceu na organização dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados. A partir da década de 70, estas concepções começaram a surgir nos níveis de gerência e gestão dos serviços de saúde – inicialmente, no setor público e, mais recentemente, no sistema de saúde suplementar – sempre em uma perspectiva de contenção de custos. Mas, o atendimento à população continua se caracterizando pela abordagem individual, assistencialista e medicalizante. Este ainda é o mercado de trabalho médico. É para este mercado que os docentes das escolas – em sua maioria, profissionais neste mercado – estão formando os novos profissionais.

Em vista do exposto, impõem-se as seguintes questões: Porque as mudanças curriculares propostas nas últimas décadas têm alcançado poucos resultados na transformação do ensino médico? Quais são os principais fatores que mantêm – a despeito do consenso sobre a necessidade de reformas – o modelo tradicional de ensino?

Em princípio, essas questões parecem estar relacionadas à formação e aos planos de carreira para os docentes do ensino superior. De acordo com o Regimento Interno da Faculdade de Medicina da UFRJ de 1966 estavam previstas duas carreiras distintas, para docentes e pesquisadores. A Reforma Universitária de 1968 unificou as duas carreiras. Nos últimos anos, os critérios para a progressão funcional estão relacionados à especialização e à produção científica. As atividades docentes de pós-graduação e a realização de pesquisas se tornaram mais atraentes para os professores universitários do que o ensino de graduação.

A subordinação do ensino à organização da prática médica parece evidente. Certamente, não se trata de um processo mecânico e nem ocorre só neste sentido. Mas, quais são os fatores que condicionam a organização dos serviços médicos? Não parecem ser as necessidades de saúde da população. Nem os principais gerenciadores de serviços de saúde do país e também principais empregadores de médicos – o subsistema estatal e o subsistema suplementar de saúde – que tentam, sem muito sucesso, mudar o modelo assistencial. O que é o mercado em medicina? Que fatores contribuem para a manutenção da forma atual de organização dos serviços médicos e, em consequência, do ensino médico?

Semelhantes questionamentos foram surgindo durante a realização deste estudo e vão ficar sem resposta neste momento. A necessidade de cumprir os

prazos obrigou a definição de objetivos e métodos que impossibilitaram a sua abordagem no presente trabalho. A importância que o discurso da promoção da saúde vem adquirindo principalmente na prevenção das doenças não transmissíveis aponta para a necessidade de se aprofundar as discussões em relação às dificuldades de incorporação de seus conceitos na formação médica atual.

Por um lado, a medicina, a epidemiologia e a organização dos serviços de saúde passaram por grandes transformações (científicas, tecnológicas e legislativas) que aumentaram o acesso da população à assistência médica. Por outro, mantiveram suas bases biológicas, contribuíram para a fragmentação da atenção e para o aumento dos custos. Os esforços racionalizadores e de contenção de custos desenvolvidos inicialmente pelo setor público e, mais recentemente, pelo sistema de saúde suplementar, aliados às propostas de reformas do ensino não foram, nos últimos trinta anos, capazes de mudar esta tendência.

Em suma, nas escolas médicas, apesar das reformas curriculares implementadas no período, não se alteraram significativamente as bases do ensino médico. A educação médica continua se distanciando das necessidades de saúde da população e, como não poderia deixar de ser, o ensino de epidemiologia também.

Referências Bibliográficas

- 01.ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), 2002. Ensino de Graduação. Livro de resumos do 5º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Revista Brasileira de Epidemiologia, Supl. Esp: 139-143.
- 02.ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Comissão de Epidemiologia, 2000. III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil. 2000 - 2004. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- 03.ABRASCO / UNICAMP (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / Universidade de Campinas), 1990. Ensino da Epidemiologia nos Cursos de Graduação, Residência e Especialização, Mestrado e Doutorado. In: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e Desigualdade Social: Os desafios do Final do Século. Campinas: ABRASCO, 25-29.
- 04.ALMEIDA FILHO, N., 2000. A Ciência da Saúde. São Paulo: HUCITEC.
- 05.ALMEIDA, M.J., 1999. Educação Médica e Saúde. Possibilidades de Mudança. Londrina - Rio de Janeiro: UEL - Universidade Estadual de Londrina - ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica.
- 06.AROUCA, A.S.S., 1975. O Dilema Preventivista. Contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de Doutorado. Campinas, SP. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas.
- 07.AYRES, J.R.C.M., 1997. Sobre o Risco - Para Compreender a Epidemiologia. São Paulo: HUCITEC.
- 08.BARATA, R.B., 1997. Tendências no Ensino da Epidemiologia no Brasil. Revista Pan Americana de Salud Publica, 2:334-340.
- 09.BARATA, R.B., 1996. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica? Cadernos de Saúde Pública, 2:550-560.
- 10.BARATA, R.B., 1985. A historicidade do conceito de causa. In: Textos de Apoio: Epidemiologia I. Rio de Janeiro: PEC/ENSP/ABRASCO.
- 11.BATISTA, N.A., 1999. Conhecimentos e habilidades docentes requeridos para uma nova concepção curricular: CINAEM.
- 12.BRASIL, Ministério da Educação, 2001. Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Medicina. Diário Oficial da União.
- 13.BRASIL, Ministério da Educação e Cultura, 1969. Resolução nº 8. Diário Oficial da União, 8/10.

14. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura, 1968. Lei nº 5540. Diário Oficial da União.
15. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura / Conselho Federal de Educação, 1969. Parecer nº 506 / 69. Diário Oficial da União.
16. CARVALHO, D.M., 2002. Epidemiologia - História e Fundamentos. In: Epidemiologia (R.A. Medronho et al., ed.), pp. 3-13, São Paulo: Editora Atheneu.
17. CFM / AMB (Conselho Federal de Medicina / Associação Médica Brasileira), 2001. A luta contra a MP 2177-43. Jornal da Associação Médica Brasileira, (129). 8p.
18. COURA, J.R., 2000. História recente do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFRJ e de sua disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Rio de Janeiro: Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 1(3): separata.
19. COURA, J.R., 1972 . Relevância do ensino da Medicina Preventiva na formação do profissional de saúde. Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 1(3):105-113.
20. CZERESNIA, D., 1997. Do contágio à Transmissão. Ciência e Cultura na Gênese do Conhecimento Epidemiológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
21. DONNANGELO, M.C.F., 1979. Saúde e sociedade. 2ed. São Paulo: Duas Cidades.
22. DONNANGELO, M.C.F., 1975. Medicina e Sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira.
23. ESCOREL, S., 1995. Projeto Montes Claros – Palco e bandeira de luta, experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: Projeto Montes Claros. A utopia revisitada (Sonia Fleury, org.). Rio de Janeiro: ABRASCO.
24. FERREIRA, R.A., 1999a. A normalização da Medicina no Brasil no século XX. Revista Médica de Minas Gerais, 9 (4):177-183.
25. FERREIRA, R.A., 1999b. A medicina no Brasil no século XIX: regulamentação de sua prática e do seu ensino. Revista Médica de Minas Gerais, 9:83-88.
26. FONSECA, D.S., 1984. Primeira história da Medicina Simplificada no Brasil. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte, MG. DCP / Universidade Federal de Minas Gerais.
27. FORATTINI, O.P., 1980. Epidemiologia Geral. São Paulo: Livraria e Editora Artes Médicas Ltda.
28. FOUCAULT, M., 1984a. O Nascimento da Medicina Social. In: Microfísica do Poder (Michel Foucault). Rio de Janeiro: Graal.
29. FOUCAULT, M., 1984b. O Nascimento do Hospital. In: Microfísica do Poder (Michel Foucault). Rio de Janeiro: Graal.

- 30.FOUCAULT, M., 1977. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- 31.FRAGA FILHO, C. et al., 1980. Temas de Educação Médica. Brasília: MEC, (série Monografias do Ensino Superior. v. 1).
- 32.FRAGA FILHO, C., 1988. Ensino médico no Brasil: análise crítica. Arquivos de gastroenterologia, 25:26-31.
- 33.GARCIA, J.C., 1972. La Educacion Médica em la América Latina. Washington, D.C. Oficina Sanitária Panamericana (Publicación científica, v. 255).
- 34.GIOVANELLA, L e FLEURY, S. 1996. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Política de Saúde: o público e o privado (Catalina Eibenschutz, org.): Rio de Janeiro. FIOCRUZ.
- 35.GOLDBERG, M., 1990. Este obscuro objeto da Epidemiologia. In: Epidemiologia, Teoria e Objeto. (Dina Czeresnia Costa, org.). São Paulo, SP: Hucitec / ABRASCO.
- 36.GOMES, M.M. et al., 2001. A Faculdade de Medicina Primaz do Rio de Janeiro em dois dos cinco séculos de História do Brasil. São Paulo: Editora Atheneu.
- 37.GONÇALVES, E.L., 1996. O Currículo e o Ensino em Escolas Médicas de Europa. *Pediatria (São Paulo)*. 18(2): 55-58.
- 38.GONÇALVES, E.L., 1991. O ensino médico e as escolas médicas no Brasil. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- 39.GONÇALVES, R.B.M., 1990. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico degenerativas. In: *Epidemiologia, Teoria e Objeto* (Dina Czeresnia Costa, org.). pp. 39-86. São Paulo, SP: Hucitec / ABRASCO.
- 40.GONÇALVES, R.B.M., 1986. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Tese de doutoramento, São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
- 41.GONÇALVES, R.B.M., 1979. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. s.n. Mimeo.
- 42.LAMOUNIER, J.A., 2000. Considerações sobre o mestrado na área médica. *Revista Médica Minas Gerais*, 10(4): 240-242.
- 43.MEDRONHO, R. A. *et al.*, 2002. *Epidemiologia*. São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- 44.MERHY, E.E., 1999. Apostar na construção de projetos terapêuticos cuidadores como modo de constituir a alma dos serviços de saúde: Desafio estratégico para as escolas médicas brasileiras: CINAEM.
- 45.NUNES, E.D., 1998. Saúde Coletiva: história e paradigmas. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-116.

46. PAIM, J.S. & ALMEIDA FILHO, N., 2000. A crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora.
47. PEARCE, N., 1996. Traditional Epidemiology, Modern Epidemiology and Public Health. *American Journal of Public Health*, 86:678-683.
48. PEREIRA NETO, A., 2001. Formação profissional médica: o presente no passado. *Caderno de Currículo e Ensino*, 2 (3):35 – 54.
49. PICCINI, R.X. et al., 2000. Diretrizes curriculares e o Projeto CINAEM: CINAEM.
50. ROCHA, G.W.F., 1999. Investigando o contexto da formação médica: O caso da Faculdade de Medicina / UFRJ. *Cadernos LCE*, 0.
51. ROSA, A. R. et al., 1990. Educação Médica nas Américas. O Desafio dos Anos 90. São Paulo: Cortez Editora.
52. ROSA, A R. et al., 1995. Ensino Médico: Atualidade de uma experiência. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
53. ROSE, G., 1985. Individuos Enfermos y Poblaciones Enfermas. OPS, *Boletín Epidemiológico*, 6:1-8.
54. ROSEN, G., 1979. Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal.
55. ROUQUAYROL, M.Z., 1999. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi.
56. SANTOS, L.A. et al., 1998. Aspectos históricos e conceituais em educação médica. CINAEM.
57. SANTOS, R.C.N., 1995. A história do Projeto Montes Claros. In: Sonia Fleury (org.). *Projeto Montes Claros. A utopia revisitada*, pp 21-60. Rio de Janeiro: ABRASCO.
58. SAÚDE, M., 1987. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
59. SILVA FILHO, J.F., 2000. Hospitais de ensino e institutos especializados de saúde: histórico, conceito, organização e a UFRJ. *Caderno de currículo e ensino*, 1 (2): 39 – 52.
60. SILVA, E. et al., 1998. *Medicina Baseada em Evidências*. São Paulo: Editora Atheneu.
61. SILVA, G.R., 1990. Avaliação e Perspectivas da Epidemiologia no Brasil. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*, pp.108-139. Campinas: ABRASCO.
62. SILVA, G.R., 1973. Origens da Medicina Preventiva como Disciplina do Ensino Médico. *Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 2 (28):91-96.
63. SUSSER, M. & SUSSER, E., 1996a. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. *American Journal of Public Health*, 86:668-673.

64. SUSSER, M. & SUSSER, E., 1996b. Choosing a Future for Epidemiology: II. From de Black Box to Chinese Box and Eco - Epidemiology. American Journal of Públíc Health, 86:674-677.
65. SUSSER, M. 1985. Epidemiology in the United States after World War II: The Evolution of Technique. Epidemiologic Reviews, 7:147-177.
66. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), 1977. Documentos para a implantação do Hospital Universitário. Rio de Janeiro. Mimeo.
67. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Faculdade de Medicina, 1994. Programa Curricular Integrado de Atenção Integral à Saúde. Rio de Janeiro. Mimeo.
68. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Faculdade de Medicina, 1991. Programa Curricular Integrado de Atenção Integral à Saúde. Rio de Janeiro. Mimeo.
69. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Faculdade de Medicina, 1971. Regimento interno. Rio de Janeiro. Mimeo.
70. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Faculdade de Medicina, 1982. Programa Curricular Integrado de Mecanismos Básicos de Saúde e Doença. Rio de Janeiro. Mimeo.
71. UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Faculdade de Medicina, 1966. Regimento Interno. Rio de Janeiro. Mimeo.
72. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro /Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 2001. Programa da disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro. Mimeo.
73. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro /Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 2000. Programa da disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro. Mimeo.
74. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro /Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1999. Programa da disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro. Mimeo.
75. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1998. Programa da disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro. Mimeo.
76. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro /Centro de Ciências da Saúde / Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1997. Programa da disciplina de Epidemiologia. Rio de Janeiro. Mimeo.
77. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde/ Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1994. Programa da disciplina de Medicina Preventiva I. Rio de Janeiro. Mimeo.
78. UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1991. Programa da disciplina de Medicina Preventiva I. Rio de Janeiro. Mimeo.

79.UFRJ / CCS / FM (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde /Faculdade de Medicina), Departamento de Medicina Preventiva, 1987. Programa da disciplina de Medicina Preventiva I. Rio de Janeiro. Mimeo.

80.UFRJ / CCS (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina, 1997. Catálogo do curso médico. Rio de Janeiro.

81.UFRJ / CCS (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina, 1981. Programas do curso médico. Rio de Janeiro. Mimeo.

82.UFRJ / CCS (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina, 1974. Catálogo do curso de graduação. Rio de Janeiro. Mimeo.

83.UNIVERSIDADE DO BRASIL, 1955. Regimento Interno da Faculdade Nacional de Medicina. Rio de Janeiro. Mimeo.