



**A  
institucionalização  
da epidemiologia  
como disciplina na  
Faculdade de  
Medicina da  
Universidade  
Federal do  
Rio de Janeiro**

*The  
institutionalization of  
epidemiology as a  
subject at Rio de  
Janeiro Federal  
University Medical  
School*

Carlos Henrique Duarte Alves Torres

Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais  
Rua Irmão Menrado, 480 Borboleta  
36035-560 Juiz de Fora — MG Brasil  
cashen@terra.com.br

Dina Czeresnia

Pesquisadora da Escola Nacional de  
Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)  
dina@ensp.fiocruz.br

TORRES, C. H. D. A. e CZERESNIA, D.: 'A institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(2):525-48, maio-ago. 2003.

Este trabalho teve o objetivo de estudar o ensino de epidemiologia nos cursos de graduação em medicina. Foi feita uma revisão da literatura para analisar a constituição da epidemiologia como disciplina científica e suas relações com a medicina e com o ensino médico na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Examinamos regimentos internos, catálogos do curso, programas das disciplinas. e entrevistamos professores. Concluímos que a aplicação da epidemiologia cresceu a partir do final da década de 1980, quando seu ensino começou a ser mais valorizado. Entre as disciplinas da área de saúde coletiva, a epidemiologia e a estatística apresentaram o maior crescimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** epidemiologia, ensino, medicina, história.

TORRES, C. H. D. A. e CZERESNIA, D.: 'The institutionalization of epidemiology as a subject at Rio de Janeiro Federal University Medical School'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 10(2):525-48, May-Aug. 2003.

*This article aimed at studying the teaching of epidemiology in medical school undergraduate courses. Medical books have been analyzed in order to understand the constitution of epidemiology as a scientific subject, as well as its relations with medical science and secondary school teaching. The introduction and development of the subject in UFRJ Medical School were studied through the analysis of internal regulations, courses brochures and programs. Professors were interviewed. The analysis revealed that epidemiology concepts spread to health services and practice, as well as to medical research. At UFRJ Medical School, starting at the end of the 1980's, epidemiology teaching began to be emphasized and valued. That was the time when collective health began to develop. Among collective health subjects, both epidemiology and statistics developed the most.*

**KEYWORDS:** epidemiology, teaching, medical science, history.

## Introdução

Este trabalho tem como objeto de estudo o ensino da disciplina epidemiologia nos cursos de graduação em medicina. O que motivou a sua realização foi a constatação 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 na 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 concomitantemente 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 subordinou-se 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 contribuído 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 (SUS) 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 e 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 pública 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 que se dedicam à saúde coletiva temem que, neste contexto, a incorporação da epidemiologia pela 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 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (2000), 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.

Inicialmente, 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. A seguir, 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. Depois, 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.

O estudo da institucionalização da epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) 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 1968 — 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 UFRJ 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 ratificada pelo MEC nos exames nacionais de cursos. Apesar dos aspectos singulares do seu desenvolvimento, a Faculdade de Medicina da UFRJ tem sido referência para as demais escolas médicas brasileiras que surgiram no 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 medicina preventiva, mecanismos básicos de saúde e doença, epidemiologia e atenção integral à saúde, das décadas de 1980, 1990, e 2000.

Os profissionais foram entrevistados para detectar as transformações ocorridas que não aparecem nos documentos oficiais. 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 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).

Buscou-se relacionar as mudanças ocorridas no ensino de epidemiologia com processos internos e externos à universidade e, também, identificar tendências que pudessem indicar caminhos para o desenvolvimento futuro da disciplina.

### **Origens e desenvolvimento da epidemiologia**

A medicina urbana na França e a medicina de Estado alemã, no século XVIII, contribuíram para a aproximação da medicina com as ciências naturais, para a ampliação de 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, permitiu a organização de três sistemas médicos: assistencial, voltado para os pobres; administrativo, encarregado da saúde pública; e privado, destinado aos que podiam pagar.

A revolução industrial, a consolidação do capitalismo e as suas conseqüentes transformações sociais foram responsáveis pela degradação das condições ambientais nas cidades européias. Isto colaborou para o desenvolvimento de teorias que relacionavam a ocorrência das doenças às condições de vida da população, estabelecendo-se a idéia da medicina como uma ciência social (Rosen, 1979).

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 eram o principal problema de saúde pública (Nunes, 1998). De acordo com Rosen (1979, p. 115), “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.”

No início do século XX — em particular, na Inglaterra e nos Estados Unidos — 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 caracterizavam-se 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.

A insuficiência da explicação unicausal — baseada no agente etiológico — deu origem às concepções multicausais dominantes no 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, 1997). 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, houve o estabelecimento de 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).

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 1960, que se começou a organizar um sistema nacional de vigilância epidemiológica e a se difundir, no país, o uso das ferramentas epidemiológicas. Foi também nesta década que a disciplina chegou aos cursos médicos, através da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (Nunes, 1998).

Nas décadas de 1970 e 1980, houve aumento significativo dos cursos de pós-graduação em epidemiologia, permitindo a sua difusão por todo 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 nesta época. Na América Latina e Europa intensificou-se a discussão da determinação social das doenças como reação à tendência crescente de valorização dos aspectos biológicos do processo saúde-doença. Nos Estados Unidos e Canadá, consolidou-se a proposta da epidemiologia como uma metodologia para a investigação na área médica.

A vertente hegemônica da tradição anglo-saxônia se desenvolveu tanto na criação de uma ecologia médica (Forattini, 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 em epidemiologia dos fatores de risco, que retornou ao Brasil no final dos anos 1980, 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 1990, os cursos de mestrado e doutorado em epidemiologia passaram 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 epidemiologia na graduação médica, na

medida em que a maioria dos docentes se capacitou a partir desta 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, p. 71), 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 uma disciplina empírica, um método ou uma técnica para a resolução de problemas. O autor interpretou estas afirmações como “derivadas da estagnação (ou mesmo retrocesso) observada no desenvolvimento conceitual da epidemiologia moderna”.

No início dos anos 1990, havia uma preocupação de diversos autores com relação à tendência de hegemonia da epidemiologia clínica (Barata, 1997). Estas preocupações foram expressas no 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, realizado em 1990 (Silva, 1990).

Desde então, houve 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 consolidou-se como uma disciplina básica para as abordagens individuais ou coletivas nas diversas profissões ligadas à 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 (Carvalho, 2002; Almeida Filho, 2000).

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).

Apesar das concepções concernentes às relações entre a ocorrência das doenças e as condições de vida da população estarem sempre presentes, há uma tendência hegemônica de valorizar os aspectos técnicos e instrumentais da disciplina 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.

### **A introdução da medicina preventiva na América Latina**

De acordo com Arouca (1975, p. 238), “a medicina preventiva surgiu na Inglaterra e no período de 1920 a 1950 chegou aos 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”.

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 pela promoção da saúde e pela 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 (idem, *ibidem*).

Na América Latina, a partir da década de 1950, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) patrocinou seminários sobre o ensino de medicina preventiva (Chile, 1955, e México, 1956) que contaram com a participação de representantes das escolas médicas de diversos países e foram fundamentais para a difusão das idéias do movimento preventivista na região.

Até a década de 1950, 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, segundo Arouca (1975, p. 130), “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”.

### **O ensino médico**

O desenvolvimento do ensino médico no século XX deve ser compreendido mediante a consideração de três aspectos fundamentais: o estabelecimento da sua natureza científica, anunciada desde o final do século XIX, mas que se consolidou com o Relatório Flexner; o uso crescente de técnicas da pedagogia no ensino de medicina, principalmente a partir dos anos 1950; e a evidente importância dos aspectos sociais no processo saúde-doença-cuidados (Fraga Filho, 1982).

A Reforma Universitária de 1968 modificou a estrutura dos cursos superiores no país. Os departamentos de Medicina Preventiva foram criados e 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 1980 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).

De acordo com os resultados apresentados pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), 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 integrar os conhecimentos das ciências humanas e sociais, impossibilitando a construção de uma compreensão mais ampla do adoecer humano. A formação dos alunos ocorre em disciplinas que correspondem às especialidades médicas, fragmentam o indivíduo biológico e reproduzem a organização do trabalho médico. O internato consolida o modo de intervenção no indivíduo biológico construído durante todo o curso (Santos *et al.*, 1998).

As propostas de reformulação do ensino médico demonstram a importância de o processo 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 (Piccini *et al.*, 2000). A epidemiologia, por sua característica interdisciplinar, é uma disciplina capaz de promover a articulação necessária à construção do conhecimento a partir das situações de saúde dos indivíduos e coletividades.

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.

### **A organização dos serviços de saúde**

A partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), na década de 1960, verifica-se a participação crescente do Estado na prestação de assistência médica. 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 (Donnangelo, 1975).

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 (idem, *ibidem*).

Os efeitos destes fatores sobre o trabalho médico foram 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 esse processo. Portanto, não seria possível mudar inteiramente esta tendência, exclusivamente, através de reorientações educacionais ou da racionalização do processo de produção (idem, *ibidem*).

A partir da segunda metade da década de 1970, observou-se o surgimento do movimento da reforma sanitária brasileira. Embora as reformas no sistema nacional de saúde não tenham alterado as bases financeiras da Previdência e nem a tendência hegemônica dos interesses empresariais, abriram 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 1980, o movimento sanitário penetrou no aparelho de Estado e ampliou sua capacidade de intervenção social. Desde 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 a implantação das propostas da reforma sanitária (Escorel, 1995).

Os anos 1990 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 das preocupações com 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 (idem, *ibidem*).

De acordo com Giovanella e Fleury (1996, p. 197), 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.”

Segundo as autoras, o sistema de atenção no Brasil era composto, na década de 1990, 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. 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 (idem, *ibidem*).

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 aplicados ao setor privado, provocaram protesto veemente por parte de médicos e usuários (CFM/AMB, 2001).

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. Esse processo vem ocorrendo dentro de uma óptica, predominantemente, de contenção dos custos da assistência médica.

As tendências apontadas por Donnangelo (1975) se acentuaram com a constituição do SUS e com a consolidação do sistema de saúde suplementar. 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 à organização social da medicina.

### **O ensino de epidemiologia na Faculdade de Medicina da UFRJ**

Na Faculdade de Medicina da UFRJ ocorreram, desde 1968, 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 (DMP), 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 disciplina de doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Em 1997, eram quarenta 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 seis créditos. Em 1997, eram 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.

Entre as disciplinas da área de saúde coletiva, a epidemiologia e a estatística apresentaram o maior crescimento. Entre 1971 e 1997, passaram de 48 para 135 horas, de dois para seis créditos. Em 1997, dos 23 docentes da área de saúde coletiva do DMP, oito eram de epidemiologia e um de estatística. Em 2001, dos 28 professores de saúde coletiva, nove eram de epidemiologia e cinco 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 1970, o ensino de estatística se resumia aos conceitos básicos para a construção dos indicadores de saúde, na de 1990 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. Dessa forma, pode-se afirmar que tanto a epidemiologia como a estatística, na Faculdade de Medicina da UFRJ, foram incorporadas à formação dos alunos.

Pode-se identificar, no desenvolvimento do ensino de epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva, três fases distintas: a primeira, nos anos 1970, marcada pela hegemonia da medicina tropical e das idéias do movimento preventivista; a segunda, nos anos 1980, sob a influência do movimento da reforma sanitária brasileira; e a terceira nos anos 1990, caracterizada por um movimento de resistência à introdução da epidemiologia clínica no ensino médico.

Na primeira fase, nos anos 1970, 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-doença, mas também por um deslocamento das pesquisas médicas do ambiente hospitalar para os trabalhos de campo.

No final da década de 1970, com a reforma curricular, ocorreu um crescimento da carga horária das disciplinas de saúde coletiva que passou 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, na década de 1980, 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 1980 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. 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 alteraram 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.

A terceira fase, no início da década de 1990, 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, iniciadas em 1991, se consolidaram após 1995, com a criação da disciplina epidemiologia.

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 SUS brasileiro que contribuiu para a mudança 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 1990, 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. A formação em epidemiologia, nos anos 1990, 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, que se acentuou no início da década de 1990, ocorreu, segundo Almeida Filho (2000, p. 82), “em competição com os núcleos de investigação epidemiológica ... disputando a primazia pelo ensino de epidemiologia nas escolas médicas”.

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 epidemiologia;

- possibilitou a fragmentação das disciplinas 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.

Ocorreu também um aumento do número de vagas para docentes na Faculdade de Medicina. Este fato, aliado à maior importância adquirida pelo departamento, principalmente a partir da constituição do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), possibilitou o aumento do número de professores, em particular, os com formação em epidemiologia e estatística. Nos anos 1990 foram admitidos sete docentes de epidemiologia e cinco docentes de estatística.

A epidemiologia, a estatística, a administração, o 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.

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.

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 a difusão de conteúdos de epidemiologia por todo o curso médico.

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

Portanto, além do crescimento da disciplina epidemiologia, houve a expansão de seus conteúdos para outras disciplinas. 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 de que os conteúdos que saíram da disciplina epidemiologia seriam oferecidos no Programa Curricular Interdepartamental de Atenção Integral à Saúde, no terceiro

período. Mas, atualmente, não há participação da disciplina neste Programa Curricular Interdepartamental. Assim, os conteúdos relacionados às ciências sociais, antropologia e demografia desapareceram, praticamente, do curso médico.

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

A formação acadêmica dos docentes — a maioria fez o mestrado e doutorado na década de 1990 — 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 da 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 terceiro período os estudantes veriam os aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos do processo saúde-doença e as principais estratégias de prevenção e controle. No quinto, 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 à Saúde, o ensino de epidemiologia no Departamento de Medicina Preventiva tem se limitado à disciplina oferecida no quinto período.

Outro motivo citado pelos docentes para as mudanças 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 negativa: apenas uma pequena parte da turma demonstra interesse pela epidemiologia.

Nas décadas de 1970 e 1980, acontecia situação semelhante: o interesse estava presente nos estudantes que tinham envolvimento com as questões políticas. Atualmente, a curiosidade existe na parcela de estudantes que participa de 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 de os 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 referem-se aos 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.

## **Conclusão**

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. 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 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.

No contexto das novas diretrizes curriculares, que incentivam a busca 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-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 saúde-doença-cuidados.

Embora o ensino de epidemiologia esteja vinculado historicamente 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 da carga horária dedicada ao ensino de epidemiologia, a abordagem dos aspectos coletivos do adoecer humano não cresceu na mesma proporção, talvez tenha até diminuído.

Apesar de o movimento preventivista ampliar o campo de atuação médica, incorporando a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a reabilitação ao diagnóstico e tratamento das doenças (Arouca, 1975), 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 adquire 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 1970, 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 — em sua maioria, profissionais deste mercado — estão formando os novos profissionais.

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.

## FONTES IMPRESSAS

- 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.: 139-43.
- ABRASCO  
(Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)  
2000 Comissão de Epidemiologia. *III Plano Diretor para o Desenvolvimento da Epidemiologia no Brasil*. 2000-04. Rio de Janeiro, ABRASCO.
- ABRASCO/Unicamp  
(Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/ Universidade Estadual de Campinas)  
1990 'Ensino da epidemiologia nos cursos de graduação, residência e especialização, mestrado e doutorado'. Em *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e Desigualdade Social: Os Desafios do Final do Século*. Rio de Janeiro/Campinas, ABRASCO, pp. 25-29.
- Brasil,  
Ministério da Educação  
2001 Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*.
- Brasil,  
Ministério da Educação e Cultura  
1969 Resolução nº 8. *Diário Oficial da União*, 8/10.

- Brasil,  
Ministério da  
Educação e Cultura  
1968  
Lei 5540. *Diário Oficial da União*.
- Brasil,  
Ministério da Educação  
e Cultura/Conselho  
Federal de Educação  
1969  
Parecer nº 506/69. *Diário Oficial da União*.
- CFM/AMB  
(Conselho Federal de  
Medicina/Associação  
Médica Brasileira)  
2001  
'A luta contra a MP 2177-43'. *Jornal da Associação Médica Brasileira*, 129, 8p.
- UFRJ (Universidade  
Federal do Rio de  
Janeiro), Faculdade  
de Medicina  
1994  
*Programa Curricular Integrado de Atenção Integral à Saúde*.  
Rio de Janeiro. (mimeo.)
- UFRJ  
(Universidade Federal  
do Rio de Janeiro),  
Faculdade de Medicina  
1991  
*Programa Curricular Integrado de Atenção Integral à Saúde*.  
Rio de Janeiro. (mimeo.)
- UFRJ  
(Universidade Federal  
do Rio de Janeiro),  
Faculdade de Medicina  
1971  
*Regimento interno*.  
Rio de Janeiro. (mimeo.)
- 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.)
- UFRJ  
(Universidade Federal  
do Rio de Janeiro),  
Faculdade de Medicina  
1966  
*Regimento Interno*.  
Rio de Janeiro. (mimeo.)
- 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.)
- 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.)

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

- 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.)
- 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.)
- Universidade do Brasil  
1955 *Regimento Interno da Faculdade Nacional de Medicina.*  
Rio de Janeiro. (mimeo.)

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida Filho, N.  
2000 *A ciência da saúde.*  
São Paulo, Hucitec.
- Almeida, M. J.  
1999 *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança.*  
Londrina/Rio de Janeiro, Universidade Estadual de Londrina/Associação  
Brasileira de Educação Médica.
- Arouca, A. S. S.  
1975 *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da  
medicina preventiva.* Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Ayres, J. R. C. M.  
1997 *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia.*  
São Paulo, Hucitec.
- Barata, R. B.  
1997 'Tendências no ensino da epidemiologia no Brasil'.  
*Revista Pan Americana de Salud Publica*, 2:334-340.
- Barata, R. B.  
1996 'Epidemiologia clínica: nova ideologia médica?'.  
*Cadernos de Saúde Pública*, 2:550-560.
- Carvalho, D. M.  
2002 'Epidemiologia: história e fundamentos'. Em R. A. Medronho *et al.* (org.),  
*Epidemiologia*. São Paulo, Atheneu, pp. 3-13.
- 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.
- Czeresnia, D.  
1997 *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento  
epidemiológico.* Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Donnangelo, M. C. F.  
1979 *Saúde e sociedade.*  
2ª ed., São Paulo, Duas Cidades.
- Donnangelo, M. C. F.  
1975 *Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho.*  
São Paulo, Pioneira.
- Escorel, S.  
1995 'Projeto Montes Claros — palco e bandeira de luta, experiência acumulada do  
movimento sanitário'. Em Sonia Fleury (org.),  
*Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.* Rio de Janeiro, ABRASCO.

- Ferreira, R. A.  
1999a 'A normalização da medicina no Brasil no século XX'.  
*Revista Médica de Minas Gerais*, 9(4):177-83.
- Ferreira, R. A.  
1999b 'A medicina no Brasil no século XIX: regulamentação de sua prática e do seu ensino'. *Revista Médica de Minas Gerais*, 9:83-8.
- Forattini, O. P.  
1980 *Epidemiologia Geral*.  
São Paulo, Livraria e Editora Artes Médicas Ltda.
- Foucault, M.  
1984a 'O nascimento da medicina social'.  
Em *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- Foucault, M.  
1984b 'O nascimento do hospital'.  
Em *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- Foucault, M.  
1977 *O nascimento da clínica*.  
Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- Fraga Filho, C.  
1988 'Ensino médico no Brasil: análise crítica'.  
*Arquivos de Gastroenterologia*, 25:26-31.
- Fraga Filho, C. et al.  
1982 *Temas de educação médica*.  
Brasília, MEC, vol. 1. Série Monografias do Ensino Superior.
- Garcia, J. C.  
1972 *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.,  
Oficina Sanitária Panamericana. Publicación científica, vol. 255.
- Giovanella, L. e  
Fleury, S.  
1996 'Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise'.  
Em Catalina Eibenschutz (org.), *Política de saúde: o público e o privado*.  
Rio de Janeiro, Fiocruz.
- 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, Atheneu.
- Gonçalves, R. B. M.  
1990 'Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas'. Em Dina Czeresnia Costa (org.), *Epidemiologia, teoria e objeto*. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, pp. 39-86.
- 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.
- Gonçalves, R. B. M.  
1979 *Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico*.  
Dissertação de mestrado, São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (mimeo.)
- 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*. Campinas, CINAEM.
- Nunes, E. D.  
1998 'Saúde coletiva: história e paradigmas'.  
*Interface — Comunicação, Saúde e Educação*, 3:107-16.
- Pereira Neto, A.  
2001 'Formação profissional médica: o presente no passado'.  
*Caderno de Currículo e Ensino*, 2 (3):35-54.
- Picini, R. X. et al.  
2000 *Diretrizes curriculares e o projeto CINAEM*.  
Campinas, CINAEM.
- Rocha, G. W. F.  
1999 'Investigando o contexto da formação médica: o caso da Faculdade de Medicina/UFRJ'. *Cadernos LCE*.
- Rosa, A. R. et al.  
1990 *Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90*.  
São Paulo, Cortez.

- Rosa, A. R. et al.  
1995 *Ensino médico: atualidade de uma experiência.*  
Rio de Janeiro, Editora UFRJ.
- Rosen, G.  
1979 *Da polícia médica a medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica.* Rio de Janeiro, Graal.
- Rouquayrol, M. Z.  
1999 *Epidemiologia e saúde.*  
Rio de Janeiro, Medsi.
- Santos, L. A. et al.  
1998 *Aspectos históricos e conceituais em educação médica.*  
Campinas, CINAEM.
- Santos, R. C. N.  
1995 'A história do Projeto Montes Claros'. Em Sonia Fleury (org.), *Projeto Montes Claros: a utopia revisitada.* Rio de Janeiro, ABRASCO, pp. 21-60.
- Silva, G. R.  
1990 'Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil'. Em *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia.* Campinas, ABRASCO, pp. 108-39.
- 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):91-6.
- Susser, M. e Susser, E.  
1996a 'Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms'. *American Journal of Public Health*, 86:668-73.
- Susser, M. e Susser, E.  
1996b 'Choosing a future for epidemiology: II. From the black box to Chinese box and eco — epidemiology'. *American Journal of Public Health*, 86:674-77.
- Susser, M.  
1985 'Epidemiology in the United States after World War II: the evolution of technique'. *Epidemiologic Reviews*, 7:147-77.

Recebido para publicação em junho de 2002.

Aprovado para publicação em setembro de 2002.