

INVESTIGAÇÃO NACIONAL SOBRE O ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA

- PROGRAMA DE ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS EM SAÚDE

- FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS - FINEP

- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

1208

281/ct
n. 46

Este trabalho é dedicado à memória
de seu idealizador e primeiro coordena-
dor, RAIMUNDO ARAÚJO SANTOS,
que desapareceu do mundo dos vivos
no dia 9 de dezembro de 1976.

1209

INVESTIGAÇÃO NACIONAL SOBRE O ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA

RAIMUNDO ARAÚJO SANTOS (coordenador, in memoriam)

FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS (coordenador, fase final)

MARIA DO CARMO LEAL

FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA

Contando, ainda, com a participação, em diferentes fases da pesquisa, dos investigadores:

CÉLIA LEITÃO RAMOS

DEBORAH CARDOSO DUARTE

EDUARDO FAERSTEIN

ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

GERALDO MOREIRA PRADO

LUIS CARLOS FIDMAN

REGINA CELE DE ANDRADE BODSTEIN

RICARDO GASPAR MÜLLER

E a consultoria especializada de:

LEOPOLDO HALPERIN WEISBURD

CARLOS HENRIQUE KLEIN

Sob a orientação de:

ANTÔNIO SÉRGIO DA SILVA AROUCA

PARTICIPARAM DO TRABALHO DE CAMPO OS PESQUISADORES

Coordenadoria de Salvador

FERNANDO MARTINS CARVALHO
MARIA DO CARMO LEAL
NAOMAR MONTEIRO DE ALMEIDA FILHO
RAIMUNDO ARAÚJO SANTOS

Coordenadoria de Belo Horizonte

ANTÔNIO THOMAZ GONZAGA DA MATTA MACHADO
EDUARDO DA MOTTA E ALBUQUERQUE
ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS
FRANCISCO EDUARDO DE CAMPOS

Coordenadoria de São Paulo

DEBORAH CARDOSO DUARTE
GRÉCIA CONCEIÇÃO SOARES DA MOTTA
LÍLIA BLINA MARTINS CARNEIRO
MÔNICA FRANCO DE GODOY FALCONE

Coordenadoria de Porto Alegre

ÁLVARO R. CRESPO MERLO
ARLINDO CHINAGLIA JR.
RUGGERO LEVY

Coordenadoria do Rio de Janeiro

FRANCISCO JAVIER URIBE RIVERA
RICARDO GASPAR MÜLLER

ÍNDICE

PÁG.

I.	INTRODUÇÃO	
II.	MEDOTOLOGIA	
III.	MARCO TEÓRICO	
IV.	ANÁLISE COMPARATIVA	
IV.1.	ANÁLISE DAS ESCOLAS OU FACULDADES	
IV.2.	ANÁLISE DOS DEPARTAMENTOS	
IV.3.	ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DOCENTES	
V.	ANÁLISE DESCRITIVA REGIONAL	
V.1.	REGIÃO NORTE	
V.2.	REGIÃO NORDESTE	
V.3.	REGIÃO SUDESTE	
V.4.	REGIÃO SUL	
V.5.	REGIÃO CENTRO-OESTE	
VI.	OBSERVAÇÕES FINAIS SOBRE A ANÁLISE DE ESTUDO: INVESTIGAÇÃO NACIONAL SOBRE O ENSINO DE MEDICINA COMUNITÁRIA	
VII.	ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITÁRIA ...	
VIII.	BIBLIOGRAFIA	

AGRADECIMENTOS

a todos os docentes das faculdades de Medicina do país, especialmente aos que lecionam Medicina Preventiva, que na maioria das vezes não pouparam esforços para que este trabalho chegasse a termo,

à Associação Brasileira de Educação Médica, pela valiosa colaboração,

ao Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca, pelo estímulo intelectual,

ao Dr. Juan Cesar García, pelas valiosas críticas recebidas,

aos companheiros pesquisadores do PESES, pelo apoio constante,

ao pessoal administrativo do PESES, especialmente nas pessoas de Ernesto Monteiro de Brito e Elza Pastor Machado, pela sempre atenciosa cooperação,

às datilógrafas Vera Lopes, Eliana Lopes, Neide Carrara, Marta Mayer, Marinete Silva e Creuza Dalva pela paciência com que decifraram e rebateram, inúmeras vezes, nossos originais.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

I. INTRODUÇÃO

A Medicina Preventiva surge como disciplina do ensino médico em 1922 na Grã-Bretanha. Quando se realizou, naquele país, uma revisão do currículo médico, a resolução do General Medical Council recomendava: "Durante todo o período de estudo, a atenção do estudante deve ser dirigida pelos seus professores para a importância dos aspectos preventivos da medicina".

Anteriormente, a Medicina Preventiva aparecia como um setor das cátedras de Higiene, então existentes nas escolas médicas. A partir de 1922, principalmente nos Estados Unidos e no Canadá, começaram a aparecer os primeiros Departamentos de Medicina Preventiva.

Em 1942, a Associação Americana de Saúde Pública publicou uma análise do ensino da Medicina Preventiva nos Estados Unidos cujas principais conclusões foram: a) os cursos de Medicina Preventiva constituem um novo enfoque dentro dos currículos e existem divergências e confusões em torno de seus conceitos, como também diferenças locais de necessidades e recursos, além de indiferença (ou oposição) das direções das escolas diante de tais cursos; b) o ensino tem se baseado em leituras e alguns trabalhos de campo, como visitas a departamentos de saúde; c) existe apenas um pequeno número de Departamentos de Medicina Preventiva em regime de tempo integral, correspondendo a apenas 1,9% o tempo curricular dedicado ao ensino da matéria.

Em seu relatório, o comitê recomendava: a) esforço no sentido de precisar melhor a distinção entre Medicina Preventiva e Saúde Pública; b) integração com outros departamentos; c) aumento do número de horas curriculares; d) inclusão, no currículo, das matérias Bio-Estatística e Epidemiologia; e) integração com organismos estatais de assistência médica; f) que a matéria não fosse ministrada apenas nos últimos anos e sim durante toda a formação acadêmica. Recomendava também: que os departamentos fossem denominados de Medicina Preventiva, definida como: "O corpo de conhecimentos e práticas que se acredita contribuir para a manutenção da saúde e a prevenção das doenças, seja em indivíduos ou em grupos".

Em 1952, realizou-se o Congresso de Colorado Spring sobre o ensino da Medicina Preventiva nos Estados Unidos, Canadá e Jamaica. Este congresso serviu como modelo para a realização de uma série de encontros semelhantes, o que levou a Organização Panamericana de Saúde a realizar, em 1955, o Seminário de Viña del Mar, no Chile, e, em 1956, o de Teochuacân, no México, para os países da América Latina. Foi através destes seminários que se introduziram os Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas da América Latina.

O núcleo fundamental destes departamentos, segundo investigação realizada por Juan Cesar García, é constituído pelo ensino de medidas preventivas, epidemiologia, medicina quantitativa e, mais recentemente, organização e administração dos serviços de saúde e as chamadas ciências da conduta. A introdução da Medicina Preventiva nas escolas médicas da América Latina deu-se segundo modelo didático desenvolvido fundamentalmente nos E.U.A. e divulgado através de organismos internacionais, não tendo sido realizado qualquer esforço sistemático para a criação de modelos novos apropriados às condições do subdesenvolvimento. O resultado foi um ensino inadequado, ainda mais porque, enquanto nos E.U.A. todo o enfoque estava voltado para um esquema de medicina privada e especializada, na América Latina o esquema voltara-se para uma medicina institucionalizada (coletiva), aproximando-se dos serviços estatais de saúde.

Entretanto, desde 1968, alguns Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil vêm elaborando e construindo modelos de medicina comunitária em que se pretende o desenvolvimento de uma tecnologia docente-assistencial adequada às novas condições econômicas do país e à necessidade de atenção médica de uma forma global. Desta forma, existe hoje um conjunto de tentativas experimentais, realizadas pelas mais diferentes escolas médicas, centralizadas nos Departamentos de Medicina Preventiva e voltadas para a atenção primária, a participação da comunidade, a educação para a saúde, a padronização de condutas, os mecanismos de avaliação, etc., cuja sistematização e análise em muito poderiam contribuir para o desenvolvimento de uma tecnologia nacional, voltada para a solução dos problemas de saúde da população.

Para a escolha do tema em estudo:

- 1) O Departamento de Medicina Preventiva é o lugar por excelência onde se vem introduzindo conteúdos de Ciências Sociais no ensino médico e, portanto, o espaço dentro da escola médica onde as interrelações entre a saúde e o social podem ser abordadas.
- 2) O Departamento de Medicina Preventiva traz, no seu discurso, a proposta de reformulação curricular, de integração multidisciplinar. Há a necessidade de avaliar em que medida esses objetivos estão sendo atingidos.
- 3) O Departamento de Medicina Preventiva propõe uma nova prática médica que, saindo do âmbito hospitalar, atinja a comunidade, lugar onde a verdadeira dimensão da saúde e da doença deve ser apreendida pelo profissional de saúde.

II. METODOLOGIA

SUMÁRIO

II - Metodologia

Modelo de análise

Técnica de coleta de dados

Instrumento de coleta

Processamento

Descrição do plano de análise

Modelo de análise

Este projeto se concretizou fundamentalmente como modelo de análise em um esquema descritivo, ou seja, dirigido especificamente a explorar e descrever a relação entre o ensino da Medicina Preventiva no país e os distintos fatores ou variáveis selecionadas consideradas a priori relevantes para este estudo.

Dizemos que se utilizou principalmente, e não de forma exclusiva, o esquema descritivo porque, além de enunciar relações e descrever as tendências gerais, os resultados desta pesquisa incluem algumas explicações destinadas a esclarecer essas mesmas relações. De acordo com esta metodologia, este relatório final se compõe de duas partes diferenciáveis: a primeira, descritiva; a segunda, em que se propõem algumas explicações de tipo geral e na qual se enunciam modelos diferenciais dentro da própria estrutura de ensino da Medicina Preventiva.

Técnica de coleta de dados

A coleta de material destinado a este projeto se faz por meios diretos, utilizando-se técnicas de entrevista que abrangeram o universo das escolas e faculdades de medicina existentes no país em 1970.

A coleta de dados e as entrevistas foram realizadas por uma equipe de pesquisadores, treinados para tal e organizados em cinco coordenadorias regionais localizadas em Salvador, Belo Horizonte, São Paulo, Porto Alegre e a última localizada na sede do projeto, no Rio de Janeiro.

À frente de cada coordenadoria esteve um responsável pela orientação da tarefa e supervisão da qualidade da coleta realizada. Foi a seguinte a distribuição das faculdades pelas coordenadorias:

COORDENADORIA DE SALVADOR - BA

- 1) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas.
- 2) Curso de Medicina - Centro Biomédico da Universidade do Pará.

- 3) Faculdade Estadual de Medicina do Pará.
- 4) Curso de Medicina - Universidade Federal do Maranhão.
- 5) Curso de Medicina - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí.
- 6) Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Ceará.
- 7) Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- 8) Faculdade de Medicina - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.
- 9) Faculdade de Medicina de Campina Grande.
- 10) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco.
- 11) Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco.
- 12) Faculdade de Medicina - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas.
- 13) Escola de Ciências Médicas de Alagoas.
- 14) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Sergipe.
- 15) Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia.
- 16) Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador.

COORDENADORIA DE BELO HORIZONTE - MG

- 1) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
- 2) Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
- 3) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.
- 4) Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
- 5) Faculdade de Medicina de Itajubá.
- 6) Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia.
- 7) Faculdade de Ciências Médicas "Doutor José Antonio Garcia Coutinho" - Fundação Universidade Vale do Sapucaí.
- 8) Faculdade de Medicina do Norte de Minas - Fundação Universidade Norte de Minas.
- 9) Faculdade de Medicina de Barbacena - Fundação Presidente Antonio Carlos.
- 10) Curso de Medicina - Centro Biomédico - Universidade Federal do Espírito Santo.
- 11) Escola de Medicina da Santa Casa da Misericórdia de Vitória.
- 12) Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.
- 13) Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

COORDENADORIA DE SÃO PAULO - SP

- 1) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- 2) Escola Paulista de Medicina.
- 3) Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- 4) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo.
- 5) Faculdade de Ciências Médicas - Centro de Ciências Biológicas e Médicas de Sorocaba - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- 6) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
- 7) Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- 8) Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu.
- 9) Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Fundação Lusíada.
- 10) Faculdade de Medicina de Marília - Fundação Municipal do Ensino Superior de Marília.
- 11) Faculdade de Medicina de Taubaté - Irmandade Misericórdia de Taubaté.
- 12) Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.
- 13) Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes - Organização Mogiana de Educação e Cultura.
- 14) Faculdade de Medicina - Fundação Universitária do ABC.
- 15) Faculdade de Medicina de Catanduva.
- 16) Faculdade de Medicina de Santo Amaro - Organização Santamerense de Educação e Cultura.
- 17) Faculdade de Medicina de Jundiá.
- 18) Faculdade Bandeirante de Medicina - Instituto de Ensino Superior da Região Bragantina.
- 19) Curso de Medicina - Centro de Ciências Biológicas - Universidade Estadual de Mato Grosso.

COORDENADORIA DE PORTO ALEGRE - RS

- 1) Curso de Medicina - Setor de Ciências da Saúde - Universidade Federal do Paraná.
- 2) Curso de Medicina - Centro de Ciências Biomédicas - Universidade Católica do Paraná.

- 3) Faculdade Brasileira de Medicina de Paraná.
- 4) Curso de Medicina - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Estadual de Londrina.
- 5) Curso de Graduação em Medicina - Centro de Ciências da Saúde - Universidade Federal de Santa Catarina.
- 6) Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- 7) Fundação Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre.
- 8) Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre.
- 9) Faculdade de Medicina de Pelotas - Universidade Federal de Pelotas.
- 10) Faculdade de Medicina - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Católica de Pelotas.
- 11) Curso de Medicina - Centro de Ciências Biomédicas - Universidade Federal de Santa Maria.
- 12) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Fundação Universidade do Rio Grande.
- 13) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade de Caxias do Sul.
- 14) Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo.

COORDENADORIA DO RIO DE JANEIRO - RJ

- 1) Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 2) Escola de Medicina e Cirurgia - Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado do Rio de Janeiro.
- 3) Escola Médica do Rio de Janeiro - Universidade Gama Filho.
- 4) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 5) Escola de Medicina - Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.
- 6) Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense.
- 7) Faculdade de Medicina de Petrópolis - Fundação Octacílio Gualberto.
- 8) Faculdade de Medicina de Campos - Fundação Benedito Pereira Nunes.
- 9) Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda.
- 10) Faculdade de Medicina de Valença - Fundação Educacional D. André Arcoverde.

- 11) Faculdade de Medicina de Vassouras - Fundação Educacional Severino Sombra.
- 12) Faculdade de Medicina de Teresópolis - Fundação Educacional Serra dos Órgãos.

A coleta de dados se realizou entre 19 de setembro e 20 de dezembro de 1976. Alguns dados não obtidos neste período foram completados nos primeiros meses de 1977.

Instrumento de Coleta

Foram utilizados questionários semi-estruturados dos quais uma parte aberta poderia receber todas as informações adicionais possíveis. Além das respostas ao próprio questionário, todos os entrevistadores foram treinados para buscar todo o material escrito, impresso ou verbal que pudesse vir a enriquecer a pesquisa. Formou-se, assim, um arquivo atualizado das escolas e faculdades que transcendeu, inclusive, às expectativas iniciais.

O questionário dividia-se em três partes: a primeira enfocava dados gerais sobre as escolas; a segunda, os aspectos referentes à caracterização de seus Departamentos de Medicina Preventiva; a terceira visava recolher informações sobre programas de atenção à população eventualmente mantidos por tais departamentos.

Processamento

Para efeito do processamento da informação, tendo em vista o pequeno número de casos constituintes do universo do estudo (74 escolas), decidiu-se pelo processamento mecânico e adotou-se um processo de codificação e tabulação em cartões de contagem manual, o que, além da facilidade de manipulação, permitiu a introdução de novos fatores de análise à medida que as primeiras relações estabelecidas entre variáveis iam se delineando.

Descrição do plano de análise

Além da descrição geral de objetivos e da visão teórica global do problema do ensino da Medicina Preventiva, o plano de análise do estudo foi segmentado em duas partes fundamentais.

1. Análise quantitativa dos dados, na qual se reduz a informação proporcionada pelo inquérito a algumas variáveis de interesse, cuja relação com outros fatores se explorou e descreveu nos respectivos informes. O critério ordenador utilizado foi o relacionamento destes dados com as variáveis consideradas como independentes (estrutura administrativa das escolas, localização, ano de criação, etc.). O conteúdo detalhado desta análise está explicitado adiante. A análise quantitativa incluiu três partes:

- a) Descrição e análise geral das escolas de Medicina;
- b) Descrição e análise geral das áreas e Departamentos de Medicina Preventiva (estrutura docente, antiguidade, tamanho, etc.);
- c) Análise em profundidade dos conteúdos de ensino nas distintas disciplinas que compõem os Departamentos de Medicina Preventiva.

2. Análise qualitativa dos dados. Esta fase visou recuperar toda a informação não quantificável (tipo de bibliografia utilizada, concepções teóricas subjacentes, etc.) que tinha a ver com o funcionamento dos departamentos e dividiu-se em duas partes:

- a) Descrição individual de cada escola, que constitui parte do anexo a este relatório;
- b) Descrição generalizadora por regiões, que se inclui no corpo do trabalho.

Finalmente, a modo de síntese do conjunto e como proposta geral, o estudo contém um modelo descritivo do ensino da Medicina Preventiva no Brasil.

III - MARCO TEÓRICO

SUMÁRIO

III - MARCO TEÓRICO

O Movimento Preventivista

A Reforma Universitária e o ensino médico

O novo projeto - raízes internacionais

A história da educação médica no Brasil começa em 1808 na Bahia, com a criação do primeiro curso médico cirúrgico. No ano seguinte, o Príncipe Dom João VI cria, no Rio de Janeiro, a Escola de Anatomia e Cirurgia e começa a incentivar o estabelecimento de cursos cirúrgicos vinculados a hospitais militares.

Em 1813, ocorre a primeira reforma da educação médica quando as tradicionais Escolas Cirúrgicas tornam-se Academias Médico-Cirúrgicas. O curso passa a ter uma extensão de cinco anos.

A segunda reforma da educação médica registra-se em 1832, quando as então Academias Médico-Cirúrgicas do Rio e Bahia tornam-se Faculdades de Medicina e adotam as normas e programas da Escola Médica de Paris. O curso passa a estender-se por seis anos e as faculdades começam a conceder diplomas, o que era antes prerrogativa exclusiva da Junta do Promedicato de Lisboa.

Os currículos incluíam as seguintes disciplinas: 1º ano, física e botânica; 2º ano, química e anatomia; 3º ano, anatomia e fisiologia; 4º ano, patologia interna e externa, farmácia e terapêutica; 5º ano, anatomia topográfica, cirurgia, obstetrícia e pediatria; 6º ano, higiene, história da medicina forense. Esta pauta curricular permaneceu praticamente inalterada até a República.

A partir de 1891, são permitidas faculdades livres. Poucos anos depois, funda-se, no Rio, a Faculdade Hahnemaniana, voltada para o ensino de Homeopatia. No Rio de Janeiro, encontram-se as primeiras escolas médicas do Brasil, onde o ensino tem características de formação profissional, não existindo uma preocupação com a pesquisa científica nem com o caráter pedagógico. O aprendizado se faz através de transmissão de técnicas do professor para o aluno, no seio da prática profissional do primeiro.

"A maior parcela de assistência médica às comunidades brasileiras era prestada em consultórios onde o profissional se estabelecia isoladamente, por sua

própria conta, para atender a pacientes que remuneravam diretamente os serviços recebidos. Quando não estivessem em condições de deambular, os doentes dessa categoria social eram atendidos em suas residências ou em Casas de Saúde, quase sempre pobremente equipadas, dispostas de precário serviço de enfermagem, destinadas sobretudo a intervenções cirúrgicas de menor vulto. Complementando esse sistema, instalado e mantido em cada comunidade pela faixa da população financeiramente mais favorecida, existiam hospitais de caridade, com leitos de baixíssimo índice de aproveitamento em número muitíssimo inferior ao necessário, com frequência utilizados para o ensino e onde os médicos não eram remunerados, ou recebiam salários simbólicos".(1)

Estabelecem-se, em seguida, faculdades de medicina no Rio Grande do Sul (1897), Minas Gerais (1911), São Paulo e Paraná (1913). Resultam infrutíferas várias proposições no sentido de criar universidades reunindo escolas isoladas, para o que certamente teve influência a existência de agudas rivalidades regionais.

As grandes transformações curriculares e administrativas ocorridas no período da República marcam o abandono do modelo francês de ensino médico.

Em 1910, aparece nos E.U.A. o Relatório Flexner, que define um novo paradigma para a medicina. Sustentado pela Associação Médica Norte-Americana, teve por finalidade garantir a sua hegemonia sobre os outros setores da medicina, principalmente os praticantes e homeopatas. Comporta a concepção do corpo humano como uma série de partes interdependentes, em que a disfuncionalidade de uma parte acarreta o desequilíbrio geral do sistema. O Relatório Flexner sugere a expansão do ensino clínico com o estabelecimento de unidades clínicas, a integração das escolas médicas em universidades e a introdução da pesquisa vinculada ao ensino.

A publicação, em 1913, do livro Medical Research Education vem reforçar o conteúdo do Relatório Flexner. Ambos propugnam pela especialização do ensino médico, através da diversificação da clínica, o que significa, segundo Arouca, "a incorporação de tecnologia de alta densidade de capital e de baixa cobertura", que determina a fragmentação do corpo humano. Essa orientação vai ser implementada nos E.U.A. e em outros países por grandes fundações, como a Rockefeller e a Carnegie.

No Brasil, é com financiamento da Fundação Rockefeller que é criado o Instituto de Manguinhos (Oswaldo Cruz) em 1902, no auge da economia cafeeira, em um período em que grassavam epidemias de febre amarela e peste bubônica. O Instituto desenvolve intenso trabalho de pesquisa nos campos da Microbiologia, Parasitologia e Imunologia, fabricando soros e vacinas.

Estes fatos têm uma influência marcante no desenho curricular do ensino médico. Em grande medida, são as idéias condensadas no Relatório Flexner e a influência direta do Instituto de Manguinhos, ambos financiados pela Fundação Rockefeller, que determinam a inclusão, no currículo médico, de disciplinas como Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Virclogia. O primeiro currículo da Faculdade de Medicina de São Paulo já incluía tais disciplinas.

Os financiamentos norte-americanos vão moldando a progressiva adoção do novo modelo de ensino. Assim, em 1920, o professor Ernesto de Souza Campos, diretor da Faculdade de Medicina de São Paulo, consegue verbas da Fundação Rockefeller, que impõe as seguintes condições: regime de tempo integral para as cadeiras básicas, limitação do número de alunos e construção de um hospital junto ao bloco de laboratórios para servir ao ensino clínico.

Cabe ressaltar o clima intelectual e político da época, manifestado também pela criação de associações científicas como a Sociedade de Medicina e Cirurgia, e estudantis, como o Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, da Faculdade de Medicina de São Paulo, e o Centro Acadêmico XI de Agosto, da Faculdade de Direito, que participam ativamente dos debates sobre os rumos das instituições acadêmicas.

Em 7 de Setembro de 1920, o Decreto nº 14343 cria a primeira universidade brasileira, na capital, e assegura-lhe a autonomia didática e administrativa: a eleição de reitor é prerrogativa do Conselho Universitário.

A Revolução de 1930 significa o início de profundas transformações no país. O Estado brasileiro, investido agora das funções de agente ativo da organização da economia de base urbano-industrial, vai promover importantes alterações na estrutura educa-

cional. Tal fenômeno ocorre num contexto definido pela criação de toda uma superestrutura jurídico-política que caracteriza um esforço centralizador, baseado na ampliação do poder de Estado.

Dentro desse espírito, em 1931 registra-se a Reforma Francisco Campos, que estabelece a equiparação das instituições de ensino superior mantidas pelo governo e determina a inspeção dos cursos livres. Para efeito de reconhecimento, a escolha do reitor passa a ser feita pelo governo, a partir de listas tríplices elaboradas pelos Conselhos Universitários. O corpo essencial dos estatutos e regimentos vai ser determinado centralmente, e modificações administrativas e curriculares importantes passam a carecer da permissão governamental. É criado o Ministério de Educação e Saúde Pública (1930), e dentro dele, a Divisão Nacional de Ensino e o Conselho Nacional de Educação objetivam o estabelecimento de normas únicas, nacionais, para todo o ensino superior.

A reforma redundou na aprovação da primeira Lei Orgânica do Ensino Superior, que dispõe sobre a constituição das universidades e estabelece que quaisquer modificações didáticas administrativas só poderão ser efetivadas mediante sanções do Ministério.

Em relação ao ensino médico, a reforma estabelece que a reorganização visa "promover e facilitar o mais possível a especialização profissional nos diversos ramos da medicina aplicada (...) porque os interesses superiores da vida humana não podem prescindir da intervenção de alta competência em determinados casos patológicos de especialidades médicas". O objeto da medicina é definido nos seguintes termos:

"O vigor, a robustez, o aperfeiçoamento físico, moral e intelectual do indivíduo constituem a base de todo progresso coletivo e só podem resultar da defesa do homem contra quaisquer circunstâncias que o degradem... E é quase sempre na ação do médico, na higiene, na terapêutica, na cirurgia, e acima de tudo na eugenia, pela seleção progressiva da espécie humana, que se efetivam as possibilidades benéficas da ciência".

Em termos de mudanças curriculares, com a reforma, foram suprimidas as disciplinas de física, de química geral e mineral e de química orgânica, e criaram-se as disciplinas de biofísica e

química fisiológica. As cadeiras de obstetrícia e de patologia cirúrgica foram suprimidas porque "constituem a parte doutrinária, respectivamente, das cadeiras de clínica obstétrica, de clínica médica e de clínica cirúrgica, nada justificando o seu ensino teórico, sem aplicação da doutrina ao fato concreto".

Apesar de dificuldades orçamentárias e outras derivadas de fricções políticas, durante o governo Vargas é montada a estrutura hospitalar em que se assentam as bases do ensino médico especializado. Durante o governo Dutra, essa tendência é reforçada pela maciça importação de aparelhagem clínica e cirúrgica sofisticada. A compreensão destes fatos é complementada quando se tem em conta o impulso que tomou a Previdência Social, com a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Em fase anterior a 1930, o Seguro Social se caracterizava pelo sistema de caixas que abrangiam pequena parcela de assalariados. Assim, "a Previdência Social passou a constituir uma via institucional capaz de absorver novas pressões por consumo, como se evidenciara com relação à assistência médica" (2).

De início não se modifica significativamente o exercício liberal da profissão. O sistema previdenciário faz convênios com o médico diretamente (atendimento do assegurado em clínica particular). Num segundo momento, o sistema previdenciário cria uma infraestrutura ambulatorial própria e contrata serviços para prestar atenção médica aos seus contribuintes, iniciando, portanto, o processo de assalariamento médico.

Nesta fase, observa-se o desenvolvimento de uma medicina de alto padrão tecnológico, exercida em serviços hospitalares, que, em sua grande maioria, eram montados e mantidos pelo sistema previdenciário.

O Movimento Preventivista

Na metade da década de 50, reúnem-se os seminários internacionais de Viña del Mar e Tehuacán, patrocinados pela Organização Panamericana de Saúde. Representam, estrategicamente, tentativas de reprodução, na América Latina, do movimento preventivista, nascido nos E.U.A., cujas origens e significado cabe certamente ressaltar.

A Medicina Preventiva pode ser definida como um movimento ideológico que nasce na sociedade civil, especificamente nas Associações Médicas norte-americanas, e que tem por objetivo uma mudança de atitudes do profissional médico na sua prática individual. Segundo esta concepção, a Medicina Preventiva não se equipara às disciplinas tradicionais que a compõem e que a precederam e comporta dois elementos que lhe dão especificidade: um conjunto de idéias ou de representações e uma estratégia de difusão dessas representações. O primeiro elemento, que age como paradigma ou modelo reorganizador do conhecimento médico, é o modelo da História Natural das doenças. A estratégia da difusão dos conceitos básicos da Medicina Preventiva está representada pela criação de Departamento de Medicina preventiva nas faculdades de medicina como base para a concretização do processo de transformação ideológica. Este processo, por sua vez, determinaria uma reformulação da prática do profissional médico.

A Medicina Preventiva emergiu diferenciando-se da Saúde Pública, na medida em que esta é vista como o conjunto de medidas sanitárias que surgem da política estatal e que estão referidas a uma prática. A Medicina Preventiva, ao contrário, situa-se no seio da sociedade civil e se refere à consciência dos agentes de saúde.

Em O Dilema Preventivista, Antônio Sérgio Arouca chega às seguintes conclusões em relação ao estudo específico da Medicina Preventiva:

1. A Medicina Preventiva ocupa o espaço deixado pela Higiene privada e incorpora a cultura higiênica, que devia ser difundida no espaço social, ao cuidado médico.

2. Como um projeto de mudança da prática médica, a Medicina Preventiva representa uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.

3. Os seminários de Viña del Mar e Tehuacán colocavam como objetivo do ensino da Medicina Preventiva "uma mudança de atitude rumo a um conceito mais integral de medicina, que deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que cada médico as incorpore a sua prática diária". Esses seminários sugeriam a criação do Departamento de Medicina Preventiva nas escolas médicas, e laboravam pautas dos conteúdos da Medicina Preventiva, e recomendavam a utilização da comunidade como "laboratório" para atividades de pesquisa, de Medicina Familiar e de Vigilância Epidemiológica, estreitamente vinculadas à docência; visa-se uma reformulação da prática médica para a saúde individual.

4. O conceito básico da Medicina Preventiva é a História Natural das doenças, que funciona como paradigma ou modelo reorganizador do conhecimento médico, que compõe o conhecimento fisiopatológico e o epidemiológico em um mesmo espaço envolvido pelo ambiente social. Opera o "reducionismo", ao colocar em um mesmo plano os fatores sociais, econômicos e fisiopatológicos, afastando as determinações através da teoria de multicausalidade. A Medicina Preventiva, ao discutir o fenômeno saúde/doença, age normativamente quando supõe os dois estados como fazendo parte de um contínuo, em que seria possível quantificar os valores biológicos, assim como qualificar os estados fisiopatológicos.

Esta caracterização define o "modelo liberal" de Medicina Preventiva, que podemos resumir em : a) uma estratégia intracolar, em que a Medicina Preventiva se confunde com a faculdade de medicina; b) uma pauta de unidades de ensino: Bioestatística, Epidemiologia, Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, Medicina Social, Administração de Serviços de Saúde e Ciências da Conduta (Psicologia, Antropologia e Sociologia); e) um campo de prática, os programas de comunidades experimentais, com ênfase na formação de

recursos humanos; d) o surgimento de uma linha de tensão entre a estrutura tradicional das faculdades, com base na especialização, e a existência de um Departamento de Medicina Preventiva.

Em 1961, realizou-se em Minas Gerais o primeiro Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva, com participação de faculdade de medicina, escolas de saúde pública, Ministério da Educação, Ministério da Saúde, associações médicas, Fundação Rockefeller e Organização Panamericana de Saúde.

Neste período, criam-se vários Departamentos de Medicina Preventiva, experiências isoladas levadas adiante por professores que haviam participado dos seminários internacionais. De qualquer modo, o movimento chega a influenciar debates e medidas no sentido de enfatizar a formação generalista.

Analisando a viabilidade da Medicina Preventiva como projeto da sociedade civil, Arouca localiza uma contradição entre a introdução de atitudes sociais, epidemiológicas e educativas e o caráter privado da organização do cuidado médico, para, em seguida, inferir que este projeto estaria condenado ao fracasso, devido ao fato de a Medicina Preventiva não possuir um corpo de conhecimentos próprios (uma prática teórica) e uma prática transformadora do real (prática política).

No entanto, ao lado do modelo liberal, Arouca identifica outro modelo, o projeto de Estado, capaz de introduzir uma reorganização da prática médica, com uma posterior mudança do ensino que refletisse essa prática modificada. Este modelo, viabilizando os projetos da Medicina Preventiva, faz com que esta ganhe uma prática, abandonando seu espaço na sociedade civil. Tal modelo, definido aqui como racionalizador, surge na dependência de uma peculiar forma de integração do político-econômico com o setor saúde, fundada na racionalização do sistema de produção de serviços médicos e, conseqüentemente, em um rearranjo das instituições produtivas de recursos humanos, cuja característica fundamental passa a ser um forte processo de concentração empresarial no setor terciário, que assume a forma de constituição de empresas de serviços médicos (INPS e empresas médicas). Este processo determina, secundariamente, uma superação do esquema de prática liberal e define uma ampliação das relações assalariadas.

Mas o que se observa é que apenas a partir de determinado momento os postulados da Medicina Preventiva serão absorvidos institucionalmente. No fim da década de 60, são colocadas as bases de um esforço de modernização da universidade brasileira, onde pontificam medidas como a adoção dos departamentos como unidades fundamentais, a eliminação do regime de cátedra, a criação dos ciclos básicos multiprofissionais e o regime de crédito.

Aqui novamente interessa abrir parênteses para situar a reforma universitária em suas características fundamentais e gerais e, especificamente, com relação ao ensino médico, pois é no contexto desse processo, de âmbito nacional, que as características da Medicina Preventiva são institucionalizadas.

A Reforma Universitária e o ensino médico

O final da década de 60 é marcado por amplo movimento civil em favor de uma reforma na estrutura do ensino brasileiro. As estruturas educacionais revelam-se obsoletas e, ao mesmo tempo em que as camadas médias urbanas pressionam para sua reformulação, o próprio Estado sente a necessidade de adotar medidas no sentido da modernização e adaptação da universidade aos novos rumos a serem tomados pela economia nacional.

Em 2 de julho de 1968, o então Presidente da República, Costa e Silva, pelo decreto de nº 62.937, "dispõe sobre a instituição de grupo de trabalho para promover a Reforma Universitária" (2). Este grupo, constituído por intelectuais, seria, em última instância, o responsável pela consecução do conteúdo da Reforma Universitária. No artigo 1º do referido decreto estão claramente definidos os princípios da reforma "...eficiência, modernização, flexibilidade administrativa e formação de recursos humanos de alto nível para o desenvolvimento do país".

O governo se mostra preocupado em criar mecanismos institucionais básicos que permitam a manutenção do ritmo e da direção dados ao desenvolvimento nacional. Para tanto, coloca em destaque a necessidade de pôr em funcionamento um novo processo de formação de recursos humanos. Numa outra passagem, o grupo coloca muito

claramente seu objetivo: "não se trata, pois, de formular um diagnóstico da presença crise universitária, nem mesmo de traçar os de lineamentos de uma reforma e sim de propor um repertório de soluções realistas e de medidas operacionais que permitam racionalizar a organização das atividades universitárias, conferindo-lhes maior eficiência e produtividade".

O grupo demonstra simplesmente a pretensão de encaminhar, objetivamente, possíveis soluções que venham a dinamizar a estrutura universitária. Assim, explicita o duplo caminho que a reforma deve percorrer "...de um lado removendo óbices, eliminando pontos de estrangulamento que entravam a dinâmica universitária, de outra parte... uma conciliação difícil, mas necessária, entre o ensino de massa, de objetivos práticos e imediatos, e a missão permanente da universidade, a de constituir-se no centro criador de ciência e a expressão mais alta da cultura de um povo".

É necessário acompanhar ainda o texto. "Mas, justamente porque a universidade é o ponto de cruzamento de movimentos sociais e de cultura, agente necessário do desenvolvimento, e porque se acha integrada no sistema de forças do qual o Estado deve ser o fator de equilíbrio e direção, sua reforma afeta ao poder público, na medida em que se inclui na ordem dos interesses coletivos e do bem comum em geral. Nesta perspectiva, sem prejuízo da autonomia da universidade, se justifica, e mesmo, se impõe, a ação estimuladora e disciplinadora do Estado".

Uma outra passagem do relatório merece destaque; "organizada à base das Faculdades tradicionais, a universidade, apesar de certos progressos, em substância ainda se revela inadequada para atender às necessidades do processo do desenvolvimento, que se intensificou na década dos 50, e se conserva inadaptada às mudanças sociais dele decorrentes".

Finalmente, coloca-se a urgência da Reforma Universitária, tendo em vista sua importância para o atual estágio de desenvolvimento. "A universidade, em seu conjunto, revelou-se despreparada para acompanhar o extraordinário progresso e expansão da indústria nacional e, enfim, defasada sócio-culturalmente, porque não se identificou ao tempo social de mudança que caracteriza a realidade brasileira".

Em relação ao ensino médico, a Reforma Universitária significou, em primeiro lugar, uma enorme expansão, traduzida em um acelerado crescimento do número de matrículas e na criação de novas escolas. Por outra parte, este processo reformador implicou o estabelecimento de normas gerais sobre o ensino médico que refletem uma doutrina diferente daquela até então vigente sobre o papel social dos centros formadores de recursos humanos. Estas diretrizes estão parcialmente contidas no Currículo Mínimo de Medicina (definido pelo MEC em 1968) e ganham corpo nos Documentos nº 1 e nº 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC, elaborados no período de 1971 a 1973. Estes documentos visam racionalizar o crescimento escolar através da contenção do processo de expansão e da normatização didática e administrativa. No fundamental, traçam um modelo de educação médica que representa uma proposta de adequação dos currículos e da função do profissional médico a uma prática médica redefinida por fatores de ordem político-econômica. Esta proposta se sustenta em um movimento de características internacionais e encontra no país formas peculiares de expressão.

O número de matrículas em medicina cresceu em 236% em 1966-1972, em circunstâncias em que o crescimento geral foi de 328%, o que se explica pela criação em maior número de cursos de pedagogia, direito, etc., à custa da ampliação do setor privado, que prefere investimentos mais rentáveis. A despeito disso, o crescimento do setor privado é significativo na área de medicina: entre 1961 e 1970, foram criadas 28 escolas particulares.

Esta orientação da política educacional vai determinar uma queda, em termos de quantidade, do ensino superior. Neste momento parece haver um choque de propostas a nível governamental: ao passo que alguns técnicos procuram restringir o crescimento do setor privado educacional, por outro lado, predomina um tipo de orientação que não privilegia a educação como área fundamental de investimento. Daí que o Estado, pelo que se conclui do Documento nº 1 da Comissão de Ensino do MEC, prefere racionalizar o setor através de um conjunto de recomendações que visam uniformizar o ensino a partir da definição de determinados índices e qualidades desejáveis. Esta tendência se reforça com o Documento nº 2 que, depois de realçar as virtudes das escolas privadas e seus hospitais de ensino,

convoca a Previdência Social a financiar o setor. Este movimento objetiva uma maior ingerência do Estado na área privada e pretende racionalizar a partir do financiamento por serviços de saúde estatais.

Em termos políticos, o problema do ensino médico e do setor privado tende a ser resolvido, em instâncias cada vez mais centralizadas, com a abertura de canais de expressão aos grupos empresariais da educação. Assim sendo, a política governamental em relação à medicina representa um padrão de acomodação entre a política educacional determinada pela política econômica do Estado, os interesses empresariais e a política social, que, no caso de medicina, atende aos interesses das camadas médicas de maior renda, em condições de pagar altas mensalidades em escolas privadas.

Em 1969, é aprovada a lei do MEC que define o Currículo Mínimo de Medicina. Vamos reproduzir o seu discurso:... "refletia esse currículo a predominância nítida de cunho liberal de que se revestia o exercício da profissão em passado remoto"... "A Saúde Pública, não alcançou a mesma tradição, desenvolvimento paralelo ao da Medicina Clínica, nem jamais logrou a atenção merecida no âmbito das faculdades de medicina"... "A esse respeito, a orientação do ensino médico vem se modificando radicalmente nos últimos tempos, sobretudo nos países em desenvolvimento, despertando em nossos estudantes acentuado interesse pelo melhor entendimento das condições sociais, que se refletem, de múltiplas formas, sobre a saúde das comunidades e dos indivíduos: para prestar boa assistência ao indivíduo enfermo deverá o médico estar informado do complexo sistema de assistência médica em que deverá integrar-se e no qual, freqüentemente, desempenhará o papel de liderança"... "As profundas alterações no exercício da profissão médica ocorridas no Brasil nos últimos tempos, refletindo a evolução de nossa economia, tornaram indicada substancial revisão dos currículos adotados nas faculdades de medicina do país".

Este documento representa uma ruptura crítica que: a) critica o modelo liberal; b) propõe ênfase na preservação e promoção de saúde; c) estimula o ensino de saúde pública; d) situa o médico em seu lugar institucional, propondo que o conhecimento do mesmo e das condições sociais em que atua são essenciais ao exercício do papel que lhe cabe como agente de mudanças sociais.

Em 1973, a Comissão de Ensino Médico, do MEC, no Documento nº 2, tenta operacionalizar definitivamente este discurso, ao justificar a conveniência e a necessidade da participação da Previdência Social na formação do profissional de medicina. Os seguintes conceitos merecem ser realçados:

"Os hospitais universitários do país são insuficientes em número de leitos... Ainda que houvesse ampla disponibilidade de leitos universitários, a formação do médico deve ser feita, não apenas em estabelecimento desse gênero ou de ensino, senão em outras unidades do Sistema de Saúde... Por todos os motivos será lícito, e mesmo imperativo, cogitar da utilização dos hospitais da Previdência Social no treinamento de estudantes e residentes".

"Assistência, Ensino e Pesquisa não devem ser encarados como atividades incompatíveis e sim complementares, assim: a Medicina Preventiva e a Medicina Curativa representam programas inerentes à qualquer tipo de unidade assistencial".

Depois de argumentar no sentido do INPS ser o maior consumidor de serviços médicos do país, dotado do maior número de leitos, afirma que "não pode nem deve a Previdência Social alheiar-se da formação de mão de obra e, valendo-se da sua experiência, deve informar aos órgãos produtores o tipo de profissional de que se necessita".

O Documento nº 2 chama a atenção para a importância das conquistas da Reforma Universitária, em especial, a supressão do regime de cátedra que "condicionava a distribuição dos espaços hospitalares à estrutura de poder da organização escolar com precedência dos tradicionais privilégios do catedrático sobre normas atualizadas de administração hospitalar". A nova organização departamental "vai de encontro das normas atuais de administração hospitalar" e "visa, entre outros fins, o de atenuar o sentido individualista das decisões nos diferentes níveis do ensino, e deverá redundar, nos hospitais universitários, no estabelecimento de critérios mais objetivos que se traduzem na explicitação do plano de atendimento em cada hospital universitário, em função das condições da comunidade onde se situa".

A seguir destaca "o processo das novas disciplinas básicas da Medicina, Bioestatística, Epidemiologia, Psicologia e Sociologia Médica, que permitem a identificação mais exata dos problemas de saúde individual e coletiva. A pesquisa relacionada aos serviços de saúde, quanto à investigação biomédica, podem conduzir à reformulação político-social da prática médica em face das comunidades industriais contemporâneas, estabelecer novos objetos e indicar as instituições aptas, ou potencialmente aptas, para se responsabilizarem pela assistência e pela educação médica".

É importante destacar que, na articulação entre Previdência Social e hospitais universitários, ou melhor, na articulação entre a prestação de serviços e os órgãos produtores de recursos humanos, a Comissão de Ensino Médico do MEC situa o hospital universitário "como centro básico de um sistema hierarquizado de saúde, articulado com as demais unidades, regionais e locais, em ordem de crescente". O documento assinala a necessidade de uma política única de saúde que permita a coordenação. Quanto ao financiamento do hospital universitário, a maior responsabilidade deverá recair sobre a Previdência Social, que será o principal usuário.

Sobre os hospitais de ensino usados pelas faculdades privadas, surgidas em grande parte em decorrência da "política dos excedentes" da Reforma Universitária, o documento do MEC assinala tratar-se de hospitais comunitários, com uma estrutura da demanda previdenciária e privada, e que, embora estejam distantes do padrão tecnológico do hospital universitário, sua experiência de funcionamento vem a constituir um argumento em favor da exequibilidade do atendimento a pacientes não indigentes em hospitais universitários. Pede para eles uma maior contribuição financeira dos organismos estatais e para-estatais da área de saúde. O MEC, portanto, a esse respeito, mantém uma linha de continuidade no tratamento da área privada do setor beneficiado com a Reforma de 68, na política estatal, sob a doutrina do MEC.

Da análise do documento, e levando em consideração que foi elaborado por altas autoridades universitárias juntamente com técnicos do MEC, podemos concluir o seguinte:

1. A articulação responde a uma necessidade racionalizadora do sistema de saúde, que expressa a adaptação a um ensino mais prático e às necessidades de financiamento do setor gerador de recursos humanos.

2. As conquistas da Reforma Universitária - estrutura departamental, ensino mais prático e inclusão de matérias críticas (do âmbito da Medicina Preventiva) - são institucionalizadas pelo MEC. Estas conquistas perdem o sentido de fatores de enriquecimento da sociedade civil - da qual surgiram - e, encampadas pelo Estado, tornam-se alavancas do processo de construção de uma nova prática médica, fundada na racionalização de estrutura hospitalar e de saúde, a partir do império da Medicina do Estado.

3. Assim, conteúdos de Medicina Preventiva e Social e o desenvolvimento da pesquisa vêm representar a possibilidade dos grupos civis universitários fornecerem modelos e projetos para racionalizar a nova prática surgida de uma reformulação político-social, face às "comunidades industriais contemporâneas".

4. Do privilegiamento do hospital universitário como centro nucleador do resto do sistema e a partir da constatação da presença de várias autoridades universitárias na comissão, podemos deprender uma tentativa de elementos da sociedade civil, representada no MEC, de ganhar posições hegemônicas no sistema estatal, dirigido pela Previdência Social.

O novo projeto - raízes internacionais

Os novos postulados para o ensino médico vão encontrar sua formulação teórica e também suas fontes de financiamento em um movimento de âmbito internacional. Em 1970, um anteprojeto sobre Salud y Comunidad da Federação Panamericana de Associações de Faculdades (Escolas) de Medicina (FEPAFEM), afirmava que "la Educación Médica tiene que ver con los hospitales y con los institutos y entidades que dan servicios de salud y asistencia social: la Educación Médica tiene que ver con el Gobierno".

O documento de ESTANEM propõe, no essencial, o fortalecimento dos programas de comunidade e comporta uma concepção diferente de medicina, definida como "uma medicina integral, de família e comunidade, de equipe, consoante à patologia regional e que leva em conta a organização social da comunidade, e o papel de liderança do médico".

Em 1974, tem lugar a primeira Reunião de Programa de Ensino de Medicina de Comunidade, patrocinada pela FEPAFEM com o apoio da Fundação Kellogg. Concorrem vários diretores de projeto e "experts" em Medicina de Comunidade. Nesta reunião, são traçados os objetivos do programa e as formas operacionais de sua concretização, que supõe um esquema de integração continental mediante o qual se pretende influir na reformulação do ensino e da prática médica latino-americana.

Na ata final da reunião, define-se um novo tipo de ensino e de prática. Depois de se fazer um histórico da Medicina de Comunidade, nascida na França e nos Estados Unidos, efetua-se uma análise da evolução da Medicina Preventiva, que tradicionalmente promove as atividades extramuros e, a partir da verificação das sucessivas mudanças de nome do departamento, até o de Saúde da Comunidade, conclui-se que o "conceito, dentro de uma nova disciplina ou departamento, parece não ter sido a melhor estratégia para o que se propunha". Assim, foi possível observar que seus planos práticos não puderam ser claramente definidos e que não realizavam nem a integração do conceito preventivista com os demais conceitos básicos de outros departamentos, nem ensinavam a saúde pública como tal. No melhor dos casos, os departamentos parecem ter funcionado como tentativa de mudar o enfoque da educação médica, mas, na realidade, aprofundaram a separação existente entre a Medicina Preventiva e Medicina Curativa.

A ata final da reunião aponta como soluções a incorporação de Medicina Integral, com base no cuidado progressivo, que supõe toda uma divisão do trabalho que faz necessário o concurso de equipe de saúde multidisciplinar e uma modificação das estruturas da saúde adequada ao conceito de "cuidado progressivo". Esta modificação deve permitir o concurso de redes regionais efetivas e eficientes. Em relação à comunidade, ressalva que o trabalho de comu

nidade não deve significar "a consideração exclusiva dos setores mais postergados", mas novas relações institucionais na área de saúde, que integrem, aprimorem e estendam o cuidado.

Em 1974, nas "Discussões Técnicas da XXII Reunião do Conselho Diretivo da OPS", assinalava-se:

"Desde las reuniones de expertos, antes mencionadas, se había destacado la necesidad de que hubiera relaciones entre las cátedras de medicina preventiva y social y los servicios de salud destinados a las comunidades, señalándose ya que esas relaciones eran, en general, superficiales y muy limitadas o no existentes.

... Pero en los últimos tiempos se ha acentuado la necesidad de que se consideren las expectativas de las comunidades en relación con los servicios de salud y con las mismas facultades de medicina. Se ha señalado que estas debem dirigir estudios sobre la forma de atención médica a los pacientes, porque la universidad es la institución más apropiada para estudiar las maneras de prestación de servicios y los métodos, para que estas sean accesibles con el objeto de que se desarrollen los planes mejores o más efectivos para la organización y la prestación de la atención médica.

Por lo tanto, la necesidad de una mejor interrelación de las instituciones tradicionalmente docentes y las tradicionalmente de servicio se ha sentido cada vez con mayor intensidad. Asimismo, se ha considerado seriamente en la actualidad en algunos países la llamada "regionalización docente-asistencial" dentro del concepto de "medicina comunitaria" como un mecanismo para dar formación adecuada a los profesionales de la salud. Este concepto nuevo ofrece grandes perspectivas por cuanto permitirá conjugar, en la forma más efectiva posible, las cuatro funciones que hoy se reconocen como propias, para las escuelas de medicina: la docencia, la investigación, la atención médica y el servicio a la comunidad. Se ha de mantener el equilibrio adecuado a estas funciones de acuerdo con las necesidades de cada región o comunidad".

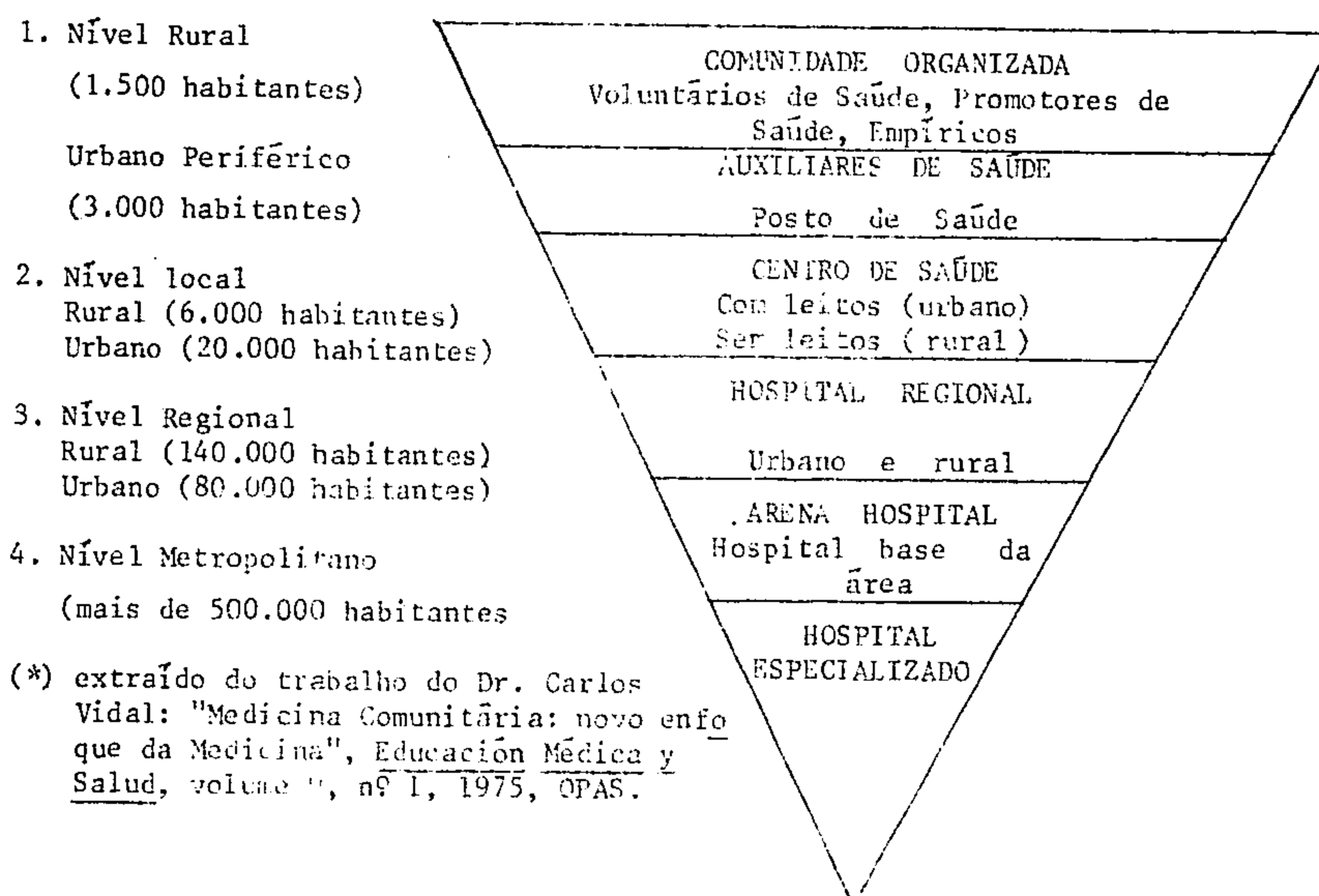
O modelo elaborado pelos organismos internacionais possui as seguintes características:

1. A aplicação do princípio custo-benefício aos problemas de saúde. A Medicina Preventiva é vista como um setor de investimento menos dispendioso e mais rentável. Propõe-se a ampliação da cobertura dos serviços médicos com base no cuidado primário.

2. O Estado assume os conceitos preventivistas e os aplica a uma prática. Este movimento, que implica uma redefinição da prática médica, age secundariamente, determinando novas exigências para os centros formadores de recursos humanos. Estabelece-se um fluxo que vai desde a prática médica até o ensino médico.

3. A nova prática assume a forma de áreas docente-assistenciais, com um desenho piramidal, em que o cume corresponde ao hospital especializado, e a base, à comunidade. Cria-se um fluxo da comunidade de ao hospital.

FIGURA 1 - NÍVEIS DE ATENÇÃO (*)



Esta estrutura define vários níveis de atenção médica:

a) nível primário: trata-se de, na comunidade, romper a cadeia epidemiológica para evitar a configuração da doença; os agentes de saúde são a equipe de saúde e a comunidade organizada;

b) nível secundário: destina-se a, ao nível local e regional, constituído por postos de saúde e hospitais menores, debelar o processo de enfermidade quando instalado;

c) nível terciário: é o cuidado específico do hospital especializado, fundado na reparação; o objeto de trabalho é a doença em fase tardia.

4. Os programas docente-assistenciais supõem uma redefinição do currículo médico e uma proposta de seriação em que os alunos, desde os primeiros anos, cumprem tarefas práticas na rede oficial de serviços. Definem-se várias fases:

- fase de observação e conhecimento da comunidade;
- fase de investigação da realidade na comunidade;
- fase de trabalho concreto ao nível primário;
- fase de assistência médica domiciliar, para um número dado de famílias;
- fase de assistência médica nos postos de saúde e hospitais regionais;
- fase de assistência médica no hospital especializado.

As técnicas pedagógicas são a informação e a docência dirigida. O aluno teria que percorrer progressivamente esses níveis, dos mais simples aos mais complexos, cumprindo funções produtivas no sistema institucional de serviços médicos.

FIGURA 2

Metas de serviço e metas educativas do curso de graduação em Medicina.

Metas de serviço	(*)
Para desempenhar funções médicas polivalentes na rede local, regional e no nível metropolitano.	Serviço Social graduado V Fase
Assistência médica nos Centros de Saúde da área hospitalar e internato rural.	Internato IV Fase
Assistência Médica mínima, domiciliar, a 5.000 famílias.	III Fase
Ficha familiar em 5.000 famílias-imunizações.	III Fase
Investigação da realidade da comunidade.	II Fase
Observação e conhecimento da comunidade. Autoformação	I Fase Docência dirigida Metas educativas

(*) extraído do trabalho de Dr. Carlos Vidal: "Medicina Comunitária: nove enfoques da Medicina", Educación Médica y Salud, volume 9, nº 1, 1975, OPAS.

5. No modelo racionalizador, a estratégia de integração intra-escolar cede lugar a uma integração para fora, com as carreiras de saúde e com o sistema de saúde. A equipe da saúde é vista como agente da saúde das comunidades e o trabalho médico se dilui na noção de cuidado integral.

Este modelo opera algumas mudanças em relação ao comportamento da Medicina Preventiva. Pode-se sistematizar da seguinte forma:

1. Se, no modelo liberal, a Medicina Preventiva se propunha a uma mudança no saber, no modelo racionalizador o Estado opera uma inversão e passa a enunciar a partir da prática. O saber é visto como coroamento da racionalidade econômica.

2. O paradigma da História Natural das doenças se dilui na noção de custo-benefício.

3. O aluno é visto como produtor direto. O médico representa mão de obra médica, sujeita a relação contratual. A Medicina Preventiva se situa no modelo racionalizador legitimado estimulando a ideologia do assalariamento em áreas de Medicina Geral ou Integral. E ainda legitima o projeto do Estado de ampliar as fronteiras de saúde, para criar uma maior demanda para o setor saúde.

4. A estrutura de Departamento de Medicina Preventiva cede lugar a outros critérios de integração, que vêm operacionalizar o discurso oficial: incentiva-se o desenvolvimento de programas de comunidade.

Estes dois modelos não se apresentam de um ponto de vista puro. Entre ambos podemos identificar grupos da sociedade civil que, encampando as proposições originais típicas da fase liberal, voltam-se em alguns aspectos, para o aparelho do Estado, adquirindo traços racionalizadores. É o caso de setores ligados à Medicina Social, que se distinguem do modelo traçado em Viña del Mar e Teochuacán na medida em que desenvolvem todo um trabalho teórico de produção de conhecimentos sobre as relações entre sociedade, prática médica e ensino médico. Este trabalho teórico não opera o "reducionismo" próprio da teoria da multicausalidade; faz uma hierarquização dos determinantes do fenômeno saúde-doença.

Faz-se necessário agora analisar a influência que a Reforma Universitária e os convênios INPS-Hospitais Universitários tiveram sobre a Medicina Preventiva. No histórico da educação médica no Brasil, apontamos a criação de vários Departamentos de Medicina Preventiva no período de 1955-1965, ou seja, antes da Reforma Universitária. Várias escolas criam seus departamentos respondendo às recomendações dos Seminários Internacionais de Viña del Mar e Teochuacán. Isto ocorre basicamente na região Sudeste. Estas experiências se inspiram em um modelo liberal. Consideradas no conjunto, representam casos isolados, visto que a maioria das faculdades de medicina brasileiras não se enquadram nesse processo.

A Reforma Universitária constitui o marco fundamental da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, desde que o Currículo Mínimo de 1969 estabelece uma exigência no sentido de se criarem áreas de estudos de saúde coletiva, definindo-se suas unidades de ensino. Ou seja, a Reforma Universitária concretiza as recomendações feitas nos seminários de Viña del Mar e Teochuacán.

Este processo, em termos da expansão do ensino superior, resulta, na área médica, na proliferação de faculdades privadas, como apontamos anteriormente. Ora, a Reforma promoveu toda uma ofensiva doutrinária - expressa nos documentos da Comissão de Ensino Médico do MEC - que traduz a tentativa de adaptar o ensino médico a uma nova prática de prestação de serviços. Essa redefinição da prática médica está dada por uma forte centralização do INPS, que passa a concentrar o grosso da atenção médica e se torna o maior empregador na área da saúde. Por outro lado, existe toda uma tentativa de implementar o Sistema Nacional de Saúde, com base na articulação das diferentes estruturas de prestação de serviços. Este processo coloca para os centros geradores de recursos humanos novas exigências. Trata-se de integrar as unidades de ensino nesse processo e de planejar a oferta e a formação de recursos humanos de forma a maximizar o rendimento. Os hospitais universitários são vistos como concentrações de trabalho não utilizado, em virtude de currículos pouco práticos. Propõe-se uma recolocação da faculdade de medicina voltada para o sistema de saúde.

Considerando a Reforma Universitária como um fenômeno contraditório (entre as características da expansão e as formulações doutrinárias) pode-se afirmar que a sua influência sobre a modalidade de Medicina Preventiva adotada também foi contraditória.

Uma primeira observação da representação desse processo nos diversos departamentos de Medicina Preventiva nos mostra a existência de dois grupos distintos. Um grupo é representado pela maioria das escolas privadas, que assumem formas tradicionais de ensino médico e de Medicina Preventiva. Nesse caso, a criação de departamentos de Medicina Preventiva cumpre uma exigência administrativa colocada pelo currículo mínimo do MEC. O outro grupo é representado pelas escolas que atendem às formulações da comissão de ensino médico. Estes dois grupos correspondem, em linhas gerais, aos modelos definidos para a Medicina Preventiva: liberal e racionalizador.

A superposição dos dois modelos supõe um conflito entre dois elementos: a predominância da estrutura administrativa privada e a capacidade do Estado normatizar todo o ensino médico, no sentido da homogeneização.

Os Documentos nº 1 e nº 2 da Comissão de Ensino Médico representam uma tentativa de superação dessa contradição, na medida em que estabelecem freios à expansão e traçam diretrizes únicas para todas as faculdades. Visam fortalecer a influência do Estado. O Estado representa-se intervindo nas faculdades privadas quando propõe que o INPS financie os hospitais dessas faculdades.

Analisando a evolução histórica da Medicina Preventiva podemos afirmar o seguinte: no período de 1955-1966 (antes da Reforma Universitária) o movimento preventivista foi assumido por um grupo de faculdades do Sudeste, que, no conjunto, representam uma minoria. Estas faculdades, inspiradas no modelo de Viña del Mar e Teochuacán, criam departamentos de Medicina Preventiva. Essas escolas têm, em linhas gerais, uma estrutura administrativa pública.

A Reforma Universitária significa o fator mais importante na criação dos Departamentos de Medicina Preventiva. As próprias contradições da Reforma, consubstanciadas na proliferação de escolas médicas privadas, determinam padrões diferenciados de Medi

cina Preventiva. No entanto, a forte centralização dos serviços médicos, fenômeno que é acompanhado de uma tentativa de racionalização do setor saúde, reflete-se na política educacional com o fortalecimento da ingerência do Estado no ensino médico. Este movimento de normatização visa homogeneizar os padrões didáticos e administrativos das escolas médicas. Define um modelo racionalizador, cuja proposta básica é a integração docente-assistencial.

No caso concreto do Brasil, este modelo sofre variações decorrentes da evolução específica dos sistemas de prestação de serviços. Na sua aplicação específica, o modelo assume um desenho circular: o centro, correspondendo ao complexo Hospital Universitário-INPS e a periferia, correspondendo à rede regional e local de serviços, constituídas por hospitais menores e postos de saúde. Uma hipótese específica com que trabalhamos é que o excessivo peso do "centro", decorrente da forte centralização e do gigantismo do INPS, ameaça transladar todo o componente curativo e assistencial, próprio dessa estrutura, para o resto do sistema. Este desequilíbrio em favor das instâncias centrais, teria fundamentos econômico sociais que se expressam, ao nível das políticas de saúde, na ênfase na reparação da força de trabalho industrial. Esta situação coloca um dilema para o setor preventista: a prática comunitária, definida como a articulação do Hospital Universitário com a rede oficial de serviços, constitui-se e realiza-se no plano administrativo, sem modificar o conteúdo assistencial da prestação de serviços. Privilegia-se o hospital de alto padrão tecnológico, que se situa no centro do sistema e se define, a priori, como Hospital de Comunidade. Conclui-se que a prática comunitária é assimilável à extensão da rede oficial de serviços. Daí desenvolve-se uma forma comunitária que começa no Hospital Central, continua na periferia, e termina no hospital. Assim sendo, as concepções preventivistas e especificamente, o cuidado primário, ao invés de constituírem a base da extensão do cuidado médico, podem diluir-se em formas tradicionais de racionalização ou de extensão a baixo custo da Medicina Curativa. Esta possibilidade, agravada pela concepção da prática comunitária segundo a forma definida no Documento nº 2 do MEC (descartando o exercício de programas comunitários experimentais sem funcionamento econômico), divide o setor preventivista conforme o seu posicionamento face ao projeto do Estado.

1.

IV. ANÁLISE COMPARATIVA

IV.1. ANÁLISE DAS ESCOLAS OU FACULDADES

SUMÁRIO

IV:1. - ANÁLISE DAS ESCOLAS OU FACULDADES

Metodologia de análise do material das escolas.

Análise da distribuição das escolas por região.

Análise da distribuição das escolas segundo sua estrutura administrativa.

Análise da distribuição de escolas segundo ano de criação.

Conclusões

ANEXO: Tabelas utilizadas na análise.

Metodologia de análise do material das escolas

Para realizar a análise dos dados, definiram-se variáveis em função das quais estudar-se-ão possíveis agrupamentos e distribuições. Foram consideradas variáveis independentes:

a) Região geográfica em que se situam as escolas ou faculdades.

Foi utilizada como referência, no caso, a divisão geo-política do país a saber:

- Região Norte
- Região Nordeste
- Região Sudeste
- Região Sul
- Região Centro-Oeste

b) Localização das faculdades nos Estados

Tal critério se supõe relevante no momento em que se assume que existe uma distinção básica entre as categorias aqui arroladas, principalmente no que diz respeito à disponibilidade de recursos humanos.

São categorias de localização:

- Capital
- Interior

c) Ano de criação das faculdades

A divisão por ano de criação de cada escola de Medicina no Brasil surge com a preocupação em relacionar a criação das escolas com um período histórico determinado. Nesse sentido, a periodização proposta foi feita tendo em vista a identificação de distintas políticas educacionais da formação histórica brasileira.

O vasto período que se estende até 1930 corresponde, no nosso entendimento, a um período em que se verificou uma relativa homogeneidade na política educacional brasileira voltada para o ensino no médico.

Já o período que se inicia com a revolução de 30 é marcadamente um período de transformações sociais, momento de ruptura na sociedade brasileira.

Sem dúvida alguma, dada a amplitude destas mudanças, o ensino superior em geral irá sofrer mudanças substanciais, bem como o ensino médico.

A partir daí, podemos afirmar que as transformações no ensino superior brasileiro se processam num ritmo bastante intenso. Se, num primeiro momento, temos um período amplo que durou praticamente 130 anos, em seguida iremos detectar uma crescente aceleração nas mudanças no nível educacional.

O período que vai de 1930 a 1960 representa, grosso modo, o período de Vargas que se traduz pela definição de uma política educacional nacional, pela consolidação e implemento da criação das universidades.

De 1961 a 1965, delineia-se um período em que se define uma postura crítica para todo o ensino superior, de acordo com a necessidade de adaptá-lo à nova orientação urbano-industrial da sociedade brasileira. Já em 1966-1967, assistimos a um período de "crise" na universidade, como consequência da exacerbada expansão do número de candidatos ao ensino superior. É o período da Reforma Universitária e, em particular, da proliferação das escolas de medicina no país. Por outro lado, o ano de 1971 é um marco importante para o ensino médico porque nele se registra um posicionamento de instâncias responsáveis quanto à necessidade de se conter a expansão desenfreada das matrículas na área médica.

As escolas ou faculdades foram então categorizadas, quanto ao ano de criação:

- Escolas e faculdades criadas até 1930
- Escolas e faculdades criadas entre 1931 e 1960
- Escolas e faculdades criadas entre 1961 e 1965
- Escolas e faculdades criadas entre 1966 e 1970
- Escolas e faculdades criadas entre 1971 e 1976

d) Estrutura administrativa das escolas

Segundo nossas hipóteses iniciais, esta seria a mais importante variável independente. Na verdade, as fontes de recursos definem os condicionamentos básicos de todas as variáveis por nós consideradas como dependentes. O critério utilizado foi o mais simples possível; classificar as escolas ou faculdades num primeiro passo como sendo públicas ou privadas. Num segundo passo, definem-se as públicas em duas categorias: as federais, ligadas ao governo da União através do Ministério da Educação, e as públicas estaduais ou municipais, dependentes dos governos dos Estados ou municípios. Verifica-se, contudo, que, nesta simplificação, há de se considerar que a vinculação jurídica pode levar a erros que não puderam se prever inicialmente. Observa-se que, na mesma categoria, existem diferenças acentuadas. Assim, pode acontecer que uma faculdade considerada como pública receba parte de seus recursos de setores privados (como no caso das fundações). O mesmo acontece com as escolas ou faculdades privadas, que podem constituir desde uma fundação de direito privado, mas subsidiada pelo setor público, até instituições com fins lucrativos. De qualquer forma, mesmo as instituições "privadas" recebem consideráveis subsídios do setor público, seja através do governo federal, seja através do Estado ou município. O que acontece em grande número de casos é que tal distinção se torna difícil, uma vez que muitas instituições recebem recursos das mais variadas fontes. Assim, a definição adotada, apesar de relativamente grosseira, é, sem dúvida a mais operacional entre as que consideramos.

Desse modo, as faculdades foram categorizadas quanto à sua estrutura administrativa em:

- Públicas Federais
- Públicas Não Federais
- Privadas

Como variáveis dependentes ou intervenientes, relacionam-se:

e) Tamanho das escolas ou faculdades

Optamos, neste caso, por levar em conta dois critérios: o número de docentes no curso profissionalizante e o número de alunos, também neste curso profissionalizante e o número de alunos, também neste curso profissionalizante. Tal escolha se deveu ao fato de que é impossível suber-se com certa fidedignidade o número total de discentes e de docentes dos cursos de medicina no Brasil. E isso ocorre principalmente em relação às faculdades públicas onde já se encontra implantada a Reforma Universitária. A primeira razão é que, com a implantação do curso básico comum às carreiras biomédicas, têm-se, nos dois primeiros anos do curso, matriculados indistintamente em disciplinas "comuns" alunos de vários cursos. Em segundo lugar a instituição da matrícula por disciplina já não permite mais uma seriação rígida das disciplinas em forma de "anos letivos". Em relação ao número de professores, ocorre também o fato de que os docentes de ciclo básico lecionam indistintamente para alunos de vários cursos. Desta forma, a fim de que pudéssemos ter parâmetros comparáveis, tivemos que selecionar dados que fossem também comparáveis: assim tivemos que apelar para o parâmetro "número de docentes e alunos no ciclo profissionalizante". Assumimos aqui que o curso médico é verticalmente homogêneo. Assim, as relações aqui expressas se referem ao ciclo profissionalizante. A relação gerada destes dois indicadores - por nós chamada "relação docente/aluno" deve ser considerada em relação ao ciclo profissionalizante. Certamente não poderia ser extrapolada para todo o curso médico uma vez que as características do curso básico diferem.

Foram utilizados dois parâmetros para aferir o tamanho das escolas ou faculdades:

a) Número de professores do curso profissional (não básico, específico), dividido em três categorias.

- até 100
- 101 a 150
- 151 e mais

b) Número de alunos do curso profissional, dividido em quatro categorias:

1207

- até 400 alunos
- de 401 a 600
- de 601 a 800
- 801 e mais

f) Relação docente/aluno

Expressa em um índice, procuramos construir esta relação que daria conta da proporção de docentes para um grupo de alunos. Assim, notamos índices que variavam de aproximadamente 0,10 a 0,50, ou seja, um docente para cada dois alunos. Este índice, apesar de parecer interessante a primeira vista, pode levar, contudo, a enganos sérios uma vez que não pondera a dedicação dos docentes. Ou seja: não importa se um docente é contratado em regime de tempo integral e dedicação exclusiva ou se ele é contratado em regime de prestação de serviços (algumas horas anuais, num caso extremo). Em ambos os casos terá o mesmo peso na relação. Assim, se construíssemos uma relação docente-aluno ponderada pela carga horária docente, teríamos um índice de maior confiabilidade. Mas isso requeriria um levantamento total de todos os docentes de Medicina do país, tarefa que realmente foge ao âmbito da pesquisa. Poderíamos, por outro lado, estandarizar a carga horária total considerando como referência a carga horária dos docentes de Medicina Preventiva (o que possuímos). Mas alimentamos uma certa dúvida quanto ao fato de os Departamentos como modelo para toda a escola médica. Assim, tomamos, com as devidas ressalvas, a "relação docente-aluno".

As categorias utilizadas foram as seguintes:

- até 0,14
- 0,15 a 0,20
- 0,21 a 0,33
- 0,34 e mais

g) Número de docentes em Departamentos de Medicina Preventiva

Utilizamos aqui o número de docentes agrupados numa unidade administrativa, que é o Departamento de Medicina Preventiva. É necessário observar que a análise desenvolvida adiante, na parte de análise dos Departamentos de Medicina Preventiva, é diferente. Aqui, o que importa é a estrutura administrativa departamental: o

Departamento de Medicina Preventiva ou equivalente, com todos os seus docentes, ainda que a disciplina a que estejam vinculados não diga respeito diretamente à Medicina Preventiva. O segundo critério, utilizado na análise por departamento, engloba os docentes que lecionam disciplinas ou matérias que dizem respeito à Medicina Preventiva, estejam em que departamentos estiverem.

Os departamentos foram categorizados segundo os seguintes parâmetros:

- até 5 docentes
- de 6 a 10 docentes
- de 11 a 20 docentes
- de 21 a 30 docentes
- de 31 docentes e mais

h) Denominação das escolas ou faculdades

Segundo as categorias mais encontradas para as escolas ou faculdades, procuramos agrupá-las e observar possíveis correlações entre as categorias utilizadas e outras variáveis.

São categorias de denominação:

1. Faculdade ou Escola de Medicina
2. Faculdade ou Escola de Ciências Médicas
3. Faculdade, Escola ou Centro de Ciências de Saúde
4. Outros nomes.

Análise da distribuição das escolas por região

Destaca-se, como era de se esperar, uma marcada concentração das escolas de Medicina na região Sudeste do país. Mais da metade (56%) ali se concentra. Se a estas somam-se as escolas da região sul, observa-se que a proporção aumenta para mais de 70% do total das escolas. No restante do país, em comparação com as regiões citadas, a concentração é muito menor, sobretudo no Norte e Centro-Oeste, onde estão somente 8,19% do total das escolas. Este processo de concentração é paralelo à concentração econômica e populacional das respectivas áreas (tabela 9).

As duas regiões, Sudeste e Sul, têm características similares quanto à cronologia de criação das Faculdades de Medicina. Apesar de que esta cronologia aparece em todo o país como um processo contínuo, é no período 66/70 que, em ambas as regiões, se produz uma marcada tendência para a criação de novas faculdades. Com efeito, enquanto as escolas criadas no quinquênio 66/70 representam por volta de 37% das escolas e faculdades de Medicina funcionando atualmente no país, no Sudeste essa proporção se eleva para mais de 46% e, no Sul, para 42%, contrastando com as restantes regiões (Norte, Nordeste e Centro-Oeste), onde este período não se reveste tanta importância. No caso do Nordeste, sobretudo, pode-se ver claramente que mais de 60% das escolas de Medicina funcionando atualmente foram criadas entre 1931 e 1960, enquanto apenas 15% correspondem ao período 66/70 (tabela 10).

A estrutura administrativa segundo regiões também mostra claras diferenças. No Norte e Nordeste, das 16 escolas e faculdades atualmente em funcionamento, quase 70% são públicas federais correspondendo as 30% restantes às faculdades privadas, enquanto as escolas ou faculdades de origem municipal ou estadual inexistem em ambas regiões. Este caso, em contraste abertamente com a estrutura administrativa das instituições de Medicina imperante no Sul e no Sudeste. Ali, das 55 escolas em funcionamento, apenas 12 (22%) são públicas federais e 2 municipais ou estaduais, enquanto a maioria (64%) tem estrutura privada (tabela 11).

O tamanho das escolas por região, padronizado pelo número de docentes, mostra também claras diferenças. No Sudeste, quase 50% das faculdades aparecem classificadas como pequenas, enquanto no Sul esta proporção se acentua mais ainda, ficando 60% das escolas nesta categoria (menos de 100 docentes). No entanto, no Nordeste, esta proporção se inverte: 46% das faculdades de Medicina estão situadas na categoria de escolas grandes, com mais de 150 docentes (tabela 13). Este processo é observado também ao se padronizar o tamanho das escolas pelo número de alunos, ainda que de forma menos marcante. No Sudeste e no Sul, tendem a predominar as escolas pequenas e médias; no Nordeste, há uma tendência para o domínio das escolas grandes, com 800 alunos e mais (tabela 14).

A relação local de luno das escolas por regiões permite observar que a maioria das regiões concentram suas escolas no grupo 0,21 - 0,33. No geral, pode-se ver que este grupo concentra 45% do total das escolas, proporção que, em linhas gerais, seguem as diversas regiões (tabela 25).

Quanto ao número de docentes dos departamentos de Medicina Preventiva por região, pode-se ver que, no Sudeste, 60% das escolas possuem departamento com até 10 docentes, situação que se reproduz na região Sul e que tende a se diferenciar da situação do Nordeste, onde em 60% das escolas, o departamento possui 11 e mais docentes (tabela 12).

A denominação das escolas por região também mostra diferenças. Se, no Sudeste, mais da metade das escolas respondem ao nome genérico de "Faculdade ou Escola de Medicina"; no Nordeste, quase 50% das escolas aparecem sob a denominação de "Faculdade ou Escola de Ciências de Saúde" (tabela 1).

Desta breve análise regional podem-se extrair algumas conclusões:

1. Há forte concentração de escolas médicas em duas regiões (Sudeste e Sul) e, em menor medida, no Nordeste.

2. A existência de dois padrões muito definidos quanto às variáveis analisadas, um correspondendo à região Sul/Sudeste e o outro correspondendo ao Nordeste, em que as flutuações tendem a se assemelhar às do Norte e Centro-Oeste.

Análise da distribuição das escolas segundo sua estrutura administrativa

Do total das escolas de Medicina funcionando atualmente no Brasil, 54% correspondem a uma estrutura administrativa privada, 33% a uma estrutura pública-federal e apenas os 13% restantes compõem-se de escolas públicas estaduais ou municipais. Das públicas federais, uma ampla maioria se localiza nas capitais de Estados (84%). Quanto às escolas privadas em compensação, observa-se que se localizam preferencialmente (65%) nas cidades do interior; padrão semelhante é seguido pelas públicas não federais (tabela 17).

No que diz respeito ao ano de criação, o grosso das escolas federais (88%) surgiram antes de 1960, sendo notória a proporção correspondente ao período compreendido entre 1930 e 1960. De forma inversa, mais da metade das escolas privadas foram criadas posteriormente, no quinquênio 66/70, período em que começaram a funcionar mais da metade das escolas que o fazem atualmente. As públicas não federais seguem um padrão similar ao destas últimas (tabela 22).

A distribuição por tamanho das escolas e estrutura administrativa mostra também grandes diferenças. A maioria das escolas federais se agrupam na categoria que emprega 100 professores e mais (80% das federais), enquanto as públicas não federais e, acima de tudo, as privadas concentram-se principalmente no grupo que emprega menos de 100 professores (60% das privadas correspondem a essa categoria), constatando-se igual tendência por tamanho das escolas, tendo em conta o número de alunos (tabelas 28 e 29).

No que diz respeito à relação docente/aluno segundo estrutura administrativa pode observar-se que, no geral, o grosso das escolas, qualquer que seja a sua estrutura, tende a agrupar-se na faixa média 0,21 - 0,33 segundo a pauta geral. As federais tendem a concentrar-se em maior medida que o resto das escolas, no grupo 0,34 e mais (30%). Isto mostra, para as últimas, uma relação docente/aluno mais elevada (tabela 30).

A distribuição das escolas segundo o número de docentes de Medicina Preventiva por estrutura administrativa também mostra pautas distintas para as escolas federais e privadas. A maioria destas últimas (80%) têm departamentos de Medicina Preventiva com menos de 10 docentes, enquanto as federais concentram a maioria de suas escolas no grupo de 11 e mais (80%) (tabela 5).

Quanto à denominação das escolas, há também profundas diferenças entre as públicas federais e as privadas. Cerca de 80% das federais se denominam "Faculdade ou Escola de Ciências da Saúde", enquanto apenas 5% das privadas adota essa denominação. Contrastando, mais de 50% das privadas se denominam "Faculdade ou Escola de Medicina". As públicas não federais têm uma estrutura similar à anterior (tabela 4).

Também no caso da estrutura administrativa, pode-se assinalar um padrão definido e diferencial entre as escolas federais e escolas privadas, equiparando-se as públicas não federais a estas últimas.

Análise da distribuição de escolas segundo ano de criação

Como se mencionou em passagens anteriores, a grande maioria das escolas de Medicina no Brasil foi criada em dois períodos: o primeiro corresponde a 1961/1960, fase em que se criam 31% das escolas atualmente existentes; e segundo ao quinquênio 1966/1970, em que começam a funcionar as 37% restantes.

Em função do momento em que foram criadas, podem-se assinalar características diferenciais. Por exemplo, com respeito ao seu tamanho, medida segundo o número de docentes que empregam. Assim, as criadas até 1960 são atualmente as maiores, como fica demonstrado pelo fato de que 54% das mesmas emprega 150 professores e mais, enquanto as criadas a partir de 1966 tendem a empregar menos docentes (menos de 100) concentrando-se nessa categoria 69% das escolas criadas desde 1966. Igual tendência diferencial por tamanho se evidencia levando em consideração o número de alunos (tabelas 24 e 25).

A relação docente/aluno segundo ano de criação das escolas também mostra características diferenciais. De certo, e como é óbvio, o grosso se concentra na categoria média, com uma relação docente/aluno de 0,21 - 0,33. Porém, as de mais antiga criação (até 1960) mostram uma relação docente/aluno superior às mais recentes (1966 e mais). Assim, 33% das escolas criadas antes de 1960 apresentam uma relação docente/aluno de 0,34 e mais, enquanto 33% das criadas posteriormente a 1966 mantêm atualmente uma relação docente/aluno inferior a 0,20.

O número de docentes empregados pelos Departamentos de Medicina Preventiva mostra diferenças, segundo o ano de criação das escolas. Assim, pode-se observar que as escolas mais antigas (criadas até 1960) são as que têm Departamentos de Medicina Preventiva

com o maior número de docentes; 60% das mesmas se agrupam nas categorias que correspondem a departamentos com 11 e mais docentes, enquanto as criadas depois de 1966 se concentram principalmente .. (65%) entre as que possuem menos de 10 docentes (tabela 6).

Finalmente, com respeito ao nome das escolas, observa-se que mais de 50% das que aparecem como "Faculdade ou Escola de Medicina" foram criadas a partir de 1966, enquanto das mais antigas (anteriores a 1960), 50% aparecem sob o nome de "Faculdade de Ciências da Saúde" (tabela 3).

Conclusões

Desta sucinta análise descritiva da situação das faculdades de Medicina no Brasil, podem-se extrair algumas conclusões de interesse. No geral, tanto geográfica, como administrativamente, e também no que diz respeito ao seu tamanho, parece delinear-se uma tendência diferencial entre as escolas situadas no Norte e as escolas que se encontram no Sul/Sudeste.

Assim, no Norte e no Nordeste tendem a predominar as escolas mais antigas (quer dizer, criadas antes de 1960) com uma estrutura administrativa pública federal situadas preferencialmente nas capitais dos Estados e com um tamanho médio relativo (medido pelo número de docentes e alunos) que se pode qualificar de grande, de acordo, certamente, com os padrões utilizados nesta pesquisa. Esta tendência a concentrar escolas de maior tamanho se traduz também quanto aos Departamentos de Medicina Preventiva que mostram tamanhos médios maiores que os das outras regiões.

No Sul e no Sudeste, que, como destacamos, é a região de maior concentração de faculdades de Medicina do Brasil, a tendência geral é inversa à assinalada para o Norte-Nordeste. Existe um amplo predomínio das escolas criadas em meados da década de 60, com uma notável maioria de escolas que funcionam sob uma estrutura administrativa privada de tamanho menor que as das regiões Norte-Nordeste. No Sul e no Sudeste estão a maioria das escolas públicas não federais e, finalmente, Departamentos de Medicina Preventiva (em média) menores que os das anteriores.

No geral, poder-se-ia assinalar que a criação de escolas de Medicina no país tem seguido um padrão diferencial claramente polarizado no sentido geográfico, histórico e administrativo. Esse padrão reconheceria uma primeira etapa até 1960, com um claro incremento a partir de 1930. Nesta fase, criam-se escolas de Medicina de estrutura administrativa preferencialmente federal e com um critério de distribuição e promoção educacional bastante equilibrado entre as distintas regiões do país.

Uma segunda etapa é assinalável, a partir de 1966, em que a tendência a concentrarem-se escolas de Medicina no Sul/Sudeste se incrementa notavelmente. As novas escolas que surgem são, essencialmente, escolas privadas, e, em menor medida, públicas municipais ou estaduais, situadas em centros urbanos que não coincidem, tão fundamentalmente como na etapa anterior, com centros administrativos-capitais de Estado.

Esta tendência aponta, pensa-se, para duas ações diferentes que orientam em ambos os momentos a criação de escolas. A primeira responde à ação do Estado federal, tendendo à difusão de centros de educação médica, presumivelmente com um sentido de "promoção educacional"; a segunda é orientada fundamentalmente por setores privados, para os quais a criação de uma faculdade se projeta em função de uma demanda seguramente já não satisfeita pela ação do Estado federal, que reorienta sua política educacional como se reflete na Reforma Universitária de 68.

ANEXO: Tabelas Utilizadas na análise

TABELA 1

Denominação das escolas de Medicina segundo região geográfica - Brasil 1976

Região	Faculdade ou Esc. de Med.	Faculdade ou C. Médicas	Faculdade ou Escola C. Saúde	Outros	Total
NORTE	2	-	1	1	3
NORDESTE	1	1	6	1	13
SUDESTE	23	10	-	3	41
SUL	2	-	4	3	14
CENTRO-OESTE	1	-	1	1	3
TOTAL	40	13	12	9	74

TABELA 2

Denominação das escolas de Medicina segundo localização - Brasil 1976 .

Localização	Faculdade ou Esc.de Med.	Faculdade ou Escola C.Médicas	Faculdade ou Escola C. Saúde	Outros	TOTAL
CAPITAL	17	6	9	6	38
INTERIOR	23	7	3	3	36
TOTAL	40	13	12	9	74

(Niterói como capital)

TABELA 3

Denominação das escolas de Medicina segundo ano de criação das mesmas - Brasil 1976

Ano	Faculdade ou Esc.de Med.	Faculdade ou Escola C.Médicas	Faculdade ou Escola C. Saúde	Outros	TOTAL
até 1930	6	-	2	2	10
1931-1960	8	6	4	5	23
1961-1965	4	2	2	-	8
1966-1970	18	4	4	2	28
1971-1976	4	1	-	-	5
TOTAL	40	13	12	9	74

TABELA 4

Denominação das escolas de Medicina segundo estrutura administrativa das mesmas
Brasil 1976

Est. Adm.	Faculdade ou Esc. Med.	Faculdade ou Escola C.Médicas	Faculdade ou Escola C. Saúde	Outros	TOTAL
PÚBLICAS FEDERAIS	10	1	9	5	25
PÚBLICAS NÃO FEDERAIS	4	3	1	1	9
PRIVADAS	26	9	2	3	40
TOTAL	40	13	12	9	74

TABELA 5

Número de professores dos Departamentos de Medicina Preventiva segundo o nome das respectivas escolas de Medicina - Brasil 1976

Denominações	até 5	6-10	11-20	21-30	31 e mais	sem inform.	TOTAL
FAC.OU ESCOLA DE MEDICINA	14	11	10	2	2	1	40
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. MÉDICAS	2	7	2	2	-	-	13
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. SAÚDE	2	1	4	2	3	-	12
OUTROS	2	2	3	1	-	1	9
TOTAL	20	21	19	7	5	2	74

TABELA 6

Número de professores dos cursos profissionalizantes de Medicina segundo os nomes das escolas - Brasil 1976

Denominação	até 100	101-150	151 e mais	sem inform.	TOTAL
FAC.OU ESCOLA DE MEDICINA	22	8	9	1	40
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. MÉDICAS	5	4	3	1	13
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. SAÚDE	4	4	4	-	12
OUTROS	4	1	4	-	9
TOTAL	35	17	20	2	74

TABELA 7

Número de alunos do ciclo profissionalizante de Medicina segundo os nomes das escolas - Brasil 1976

Escolas	até 400	401-600	601-800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
FAC.OU ESCOLA DE MEDICINA	21	8	7	4	-	40
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. MÉDICAS	5	6	-	1	1	13
FAC.OU ESCOLA DE CIÊNC. SAÚDE	5	3	1	3	-	12
OUTROS	3	2	2	2	-	9
TOTAL	34	19	10	10	1	74

TABELA 8

Relação docente/aluno no curso profissionalizante de Medicina segundo o nome das respectivas escolas - Brasil 1976

Escolas	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
FAC. OU ESCOLA DE MEDICINA	6	3	27	11	1	40
FAC. OU ESCOLA DE CIÊNC. MÉDICAS	-	3	7	2	1	13
FAC. OU ESCOLA DE CIÊNC. SAÚDE	2	3	3	4	-	12
OUTROS	1	2	6	-	-	9
TOTAL	9	13	33	17	2	74

TABELA 9

Localização das escolas de Medicina segundo região geográfica - Brasil 1976

Região	Capital	Interior	TOTAL
NORTE	3	-	3
NORDESTE	12	1	13
SUDESTE	14	27	41
SUL	7	7	14
CENTRO-OESTE	2	1	3
TOTAL	38	36	74

(Niterói como capital)

TABELA 10

Ano de criação das escolas de Medicina segundo região geográfica - Brasil 1976

Região	até 1930	1931-60	61-65	66-70	71 e mais	TOTAL
NORTE	1	-	1	-	1	3
NORDESTE	2	3	1	2	-	13
SUDESTE	5	9	4	19	4	41
SUL	2	5	1	6	-	14
CENTRO-OESTE	-	1	1	1	-	3
TOTAL	10	23	8	28	5	74

TABELA 11

Estrutura administrativa das escolas de Medicina segundo região geográfica
Brasil - 1976

Região	Pública Federal	Pública Não Federal	Privada	TOTAL
NORTE	2	-	1	3
NORDESTE	9	-	4	13
SUDESTE	8	7	26	41
SUL	4	1	9	14
CENTRO-OESTE	2	1	-	3
TOTAL	25	8	40	73

TABELA 12

Número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das escolas de Medicina segundo a região geográfica - Brasil 1976

Região	menos de 5	6-10	11-20	21-30	31 e mais	sem inform.	TOTAL
NORTE	-	-	3	-	-	-	3
NORDESTE	1	4	4	2	2	-	13
SUDESTE	13	13	9	4	2	-	41
SUL	6	3	3	1	-	1	14
CENTRO-OESTE	-	1	-	-	1	1	3
TOTAL	20	21	19	7	5	2	74

TABELA 13

Número de docentes dos cursos profissionalizantes das faculdades de Medicina segundo região - Brasil 1976

Região	até 100	101-150	151 e mais	sem inform.	TOTAL
NORTE	2	-	1	-	3
NORDESTE	3	4	6	-	13
SUDESTE	20	9	10	2	41
SUL	8	3	3	-	14
CENTRO-OESTE	2	1	-	-	3
TOTAL	35	17	20	2	74

TABELA 14

Número de alunos dos cursos profissionalizantes das faculdades de Medicina segundo região geográfica - Brasil 1976

Região	até 400	401 600	601 800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
NORTE	1	1	-	1	-	3
NORDESTE	5	2	2	4	-	13
SUDESTE	19	11	5	5	1	41
SUL	8	3	3	-	-	14
CENTRO-OESTE	1	2	-	-	-	3
TOTAL	34	19	10	10	1	74

TABELA 15

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das escolas de Medicina segun
do a região geográfica - Brasil 1976

Região	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
NORTE	-	2	1	-	-	3
NORDESTE	1	3	5	4	-	13
SUDESTE	6	6	19	8	2	41
SUL	2	2	6	4	-	14
CENTRO-OESTE	-	-	2	1	-	3
TOTAL	9	13	33	17	2	74

TABELA 16

Ano de criação das escolas de Medicina segundo localização das mesmas - Brasil 1976

Localização	até 1930	1931 1960	1961 1965	1966 1970	1971 e mais	TOTAL
CAPITAL	10	16	4	6	2	38
INTERIOR	-	7	4	22	3	36
TOTAL	10	23	8	28	5	74

(Niterói como capital)

TABELA 17

Localização das escolas de Medicina segundo estrutura administrativa das mesmas
Brasil - 1976

Estadual	Capital	Interior	TOTAL
PÚBLICAS FEDERAIS	22	3	25
PÚBLICAS NÃO FEDERAIS	2	7	9
PRIVADAS	14	26	40
TOTAL	38	36	74

(Niterói como capital)

TABELA 18

Número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades de Medicina segundo localização das mesmas - Brasil 1976

Localização	até 5	6-10	11-20	21-30	31 e mais	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	6	7	15	5	5	-	38
INTERIOR	14	14	4	2	-	2	36
TOTAL	20	21	19	7	5	2	74

(Niterói como capital)

TABELA 19

Número de docentes no curso profissionalizante das faculdades de Medicina segundo a localização das mesmas - Brasil 1976

Localização	até 100	101-150	151 e mais	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	11	7	19	1	38
INTERIOR	24	10	1	1	36
TOTAL	35	17	20	2	74

(Niterói como capital)

TABELA 20

Número de alunos do curso profissionalizante das faculdades de Medicina segundo localização das mesmas - Brasil 1976

Localização	até 400	401 600	601 800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	11	11	8	8	-	38
INTERIOR	23	8	2	2	1	36
TOTAL	34	19	10	10	1	74

(Niterói como capital)

TABELA 21

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das faculdades de Medicina segundo localização das mesmas - Brasil 1976

Localização	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	2	6	17	12	1	38
INTERIOR	7	7	16	5	1	36
TOTAL	9	13	33	17	2	74

(Niterói como capital)

TABELA 22

Ano de criação das escolas de Medicina segundo estrutura administrativa das mes-
mas - Brasil 1976

Est. Adm.	até 1930	1931 1960	1961 1965	1966 1970	1971 e mais	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	9	13	2	1	-	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	1	3	1	4	-	9
PRIVADA	-	7	5	23	5	40
TOTAL	10	23	8	28	5	74

TABELA 23

Número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de Medicina segundo ano de criação das mesmas - Brasil 1976

Ano	até 5	6-10	11-20	21-30	31 e mais	sem inform.	TOTAL
até 1930	-	1	5	2	2	-	10
1931-1960	3	7	9	3	1	-	23
1961-1965	1	3	2	-	1	1	8
1966-1970	14	9	1	2	1	1	28
1971 e mais	2	1	2	-	-	-	5
TOTAL	20	21	19	7	5	2	74

TABELA 24

Ano de criação das escolas de Medicina segundo o número de professores no curso profissionalizante das mesmas - Brasil 1976

Professores	até 1930	1931 1960	1961 1965	1966 1970	1971 e mais	TOTAL
até 100	-	6	6	29	3	35
101-150	-	9	1	7	-	17
151 e mais	10	8	1	-	1	20
sem informação	-	-	-	1	1	2
TOTAL	10	23	8	28	5	74

TABELA 25

Ano de criação das faculdades de Medicina segundo o número de alunos no curso profissionalizante das mesmas - Brasil 1976

Alunos	até 1930	1931 1960	1961 1965	1966 1970	1971 e mais	TOTAL
até 400	-	8	3	21	2	34
401-600	1	9	5	4	-	19
601-800	4	2	-	2	2	10
801 e mais	5	4	-	1	-	10
sem informação	-	-	-	-	1	1
TOTAL	10	23	8	28	5	74

1291

TABELA 26

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo ano de criação das mesmas - Brasil 1976

Ano	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
até 1930	-	2	4	4	-	10
1931-1960	1	5	10	7	-	23
1961-1965	1	1	5	1	-	8
1966-1970	6	5	11	5	1	28
1971 e mais	1	-	3	-	1	5
TOTAL	9	13	33	17	2	74

TABELA 27

Número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das escolas de Medicina segundo estrutura administrativa das mesmas - Brasil 1976

Est. Adm.	até 5	6-10	11-20	21-30	31 e mais	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	1	4	11	4	5	-	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	1	3	3	1	-	1	9
PRIVADA	18	14	5	2	-	1	40
TOTAL	20	21	19	7	5	2	74

1295

TABELA 28

Número de professores do curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo a estrutura administrativa das mesmas - Brasil

Est. Adm.	até 100	101-150	151 e mais	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	5	7	13	-	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	4	2	3	-	9
PRIVADA	26	8	4	2	40
TOTAL	35	17	20	2	74

TABELA 29

Número de alunos do curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo estrutura administrativa das mesmas - Brasil 1976

Est. Adm.	até 400	401 600	601 800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	5	7	5	8	-	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	6	3	-	-	-	9
PRIVADA	23	9	5	2	1	40
TOTAL	34	19	10	10	1	74

TABELA 30

Relação docente/aluno do curso profissionalizante das escolas de Medicina segun
do estrutura administrativa das mesmas - Brasil 1976

Est. Adm.	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	1	6	10	8	-	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	-	-	4	4	-	9
PRIVADA	8	6	19	5	2	40
TOTAL	9	13	33	17	2	74

TABELA 31

Número de docentes do curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo o número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das mesmas.
Brasil - 1976

Departamentos	até 100	101-150	151 e mais	sem inform.	TOTAL
até 5	14	4	1	1	20
6-10	12	6	2	1	21
11-20	5	4	10	-	19
21-30	1	2	4	-	7
31 e mais	1	1	3	-	5
sem inform.	2	-	-	-	2
TOTAL	35	17	20	2	74

1297

TABELA 32

Número de alunos do curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo número de docentes dos Departamentos de Medicina Preventiva das mesmas.
Brasil 1976

Docentes	até 400	401 600	601 800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
Menor de 5	13	2	3	1	1	20
6-10	12	6	1	2	-	21
11-20	5	7	4	3	-	19
21-30	2	2	1	2	-	7
31 e mais	1	1	1	2	-	5
sem inform.	1	1	-	-	-	2
TOTAL	34	19	10	10	1	74

TABELA 33

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das escolas de Medicina segun
do número de docentes do Departamento de Medicina Preventiva das mesmas.
Brasil 1976

Docentes	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
até 5	6	1	8	4	1	20
6-10	1	7	10	2	1	21
11-20	1	4	7	7	-	19
21-30	-	-	5	2	-	7
31 e mais	-	1	2	2	-	5
sem inform.	1	-	1	-	-	2
TOTAL	9	13	33	17	2	74

1200

TABELA 34

Número de alunos no curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo número de professores do curso profissionalizante das mesmas - Brasil 1976

Professores	até 400	401 600	601 800	801 e mais	sem inform.	TOTAL
até 100	27	5	3	-	-	35
101-150	5	9	-	3	-	17
151 e mais	1	5	7	7	-	20
sem inform.	1	-	-	-	1	2
TOTAL	34	19	10	10	1	74

TABELA 35

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo o número de docentes no curso profissionalizante das mesmas - Brasil 1976

Docentes	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,33 e mais	sem inform.	TOTAL
até 100	7	7	20	1	-	35
101-150	2	2	6	7	-	17
151 e mais	-	4	7	9	-	20
sem inform.	-	-	-	-	2	2
TOTAL	9	13	33	17	2	74

TABELA 36

Relação docente/aluno no curso profissionalizante das escolas de Medicina segundo o número de alunos no curso profissionalizante das mesmas - Brasil 1976

Alunos	até 0,14	0,15 a 0,20	0,21 a 0,33	0,34 e mais	sem inform.	TOTAL
até 100	2	5	19	7	1	34
401-600	2	3	7	7	-	19
601-800	3	-	4	3	-	10
801 e mais	2	5	3	-	-	10
sem inform.	-	-	-	-	1	1
TOTAL	9	13	33	17	2	74

IV.2 - ANÁLISE DOS DEPARTAMENTOS

IV.2 - ANÁLISE DOS DEPARTAMENTOS

SUMÁRIO

Nome dos departamentos

Ano de criação dos departamentos

Escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Estudos de pós-graduação realizados pelos Docentes de Medicina Preventiva

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva

Conclusões

ANEXO: Tabelas utilizadas na análise

Nome dos departamentos

A parcela mais importante dos departamentos (42%) é constituída por aqueles que aparecem denominados como "Departamentos de Medicina Preventiva e Social". O segundo grupo em importância (23%) é constituído por aqueles que se denominam "Departamentos de Saúde Comunitária ou Coletiva" e, finalmente, um terceiro grupo (12%) está constituído por aqueles que estão agrupados como "Departamentos de Medicina Social". Esta denominação varia conforme distintos fatores, que são considerados nos parágrafos a seguir.

De acordo com o ano de criação das escolas, observa-se que, dentre as 33 escolas criadas antes de 1960, 42% dos departamentos figuram com o nome de "Medicina Preventiva". Como "Departamentos de Medicina Social" aparecem 10% dos departamentos e como de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva", 18%. Ou seja, estas duas últimas denominações estão abaixo da média geral assinalada para o total das escolas.

Nas escolas criadas após 1960, a denominação apresenta algumas alterações. Assim, 42% continuam sendo constituídos pelos departamentos denominados de "Departamento de Medicina Preventiva"; 15% de "Medicina Social" e 40% de "Saúde Coletiva ou Comunitária". Percebe-se com clareza a tendência das escolas mais modernas (criadas após 1960) formarem departamentos denominados de "Saúde Comunitária" e de "Medicina Social" ou "Coletiva", com mais frequência do que nas décadas anteriores. Mas, ainda neste período, predomina a denominação de "Departamentos de Medicina Preventiva" (tabela 39).

Com relação à região geográfica em que se localizam as escolas, observa-se o seguinte quadro: na região Norte, a totalidade das escolas têm departamentos denominados de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva". No Nordeste, 53% das escolas de Medicina denominam seus departamentos desse modo, sendo os restantes ditos de "Medicina Preventiva". No Sudeste, este panorama se altera: 41% dos departamentos denominam-se de "Medicina Preventiva", 22% de "Medicina Social", e igual porcentagem de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva". Já na região Sul, a distribuição não varia muito: 57% dos departamentos são de "Medicina Preventiva" e somente 14% aparecem como de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva" (tabela 37).

Conclui-se que, no que diz respeito à relação entre nome dos departamentos e região geográfica, existe uma tendência muito

definida que indica a existência de dois padrões distintos, já definidos anteriormente em outra parte do trabalho: um padrão corresponde às regiões Norte e Nordeste, onde tendem a predominar os departamentos de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva"; no outro, definido para o Sul e Sudeste, os departamentos predominantes são os de "Medicina Preventiva".

Segundo a estrutura administrativa das escolas, a denominação dos departamentos apresenta as seguintes variações: as escolas federais têm 33% dos departamentos denominados de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva"; 24% como "Departamentos de Medicina Preventiva" e em torno de 4% como de "Medicina Social". As públicas não federais possuem 44% do total dos departamentos denominados de "Medicina Preventiva", 22% de "Medicina Social" e igual percentagem sob o nome de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva". Das escolas privadas, 50% possuem departamentos com o nome de "Medicina Preventiva"; cerca de 18% apresentam o nome de Departamento de "Saúde Comunitária" ou "Coletiva" e 15% de "Medicina Social". No que diz respeito à relação entre denominação dos departamentos e estrutura administrativa das escolas, também é possível assinalar uma tendência diferencial. Nas escolas privadas, nota-se que prevalecem os departamentos denominados de "Medicina Preventiva", situação que menos marcadamente reproduzem as escolas públicas não federais e que tende a inverter-se no caso das escolas federais, onde há uma predominância dos Departamentos de "Saúde Coletiva" ou "Comunitária" (tabela 41).

Em resumo, em torno do nome dos Departamentos, é necessário ressaltar quatro pontos:

a) A tendência geral das escolas é denominar os Departamentos em questão como de "Medicina Preventiva" ou "Social";

b) Esta tendência, em função do momento em que foram criadas as escolas, apresenta diferenças. As escolas mais antigas tendem a apresentar tal nome; já nas mais recentes pode-se assinalar um peso maior dos departamentos que aparecem sob o nome de "Medicina Comunitária", "Coletiva" ou "Social";

c) A localização geográfica das escolas mostra também uma relação significativa com respeito à denominação, com dois padrões

definidos: o Norte e Nordeste, onde predomina a de "Medicina Comunitária", "Coletiva" ou "Social"; o Sul e Sudeste, onde prevalecem os departamentos ditos de "Medicina Preventiva";

d) Finalmente, em relação à estrutura administrativa, convém recordar que se observou também uma variação. Enquanto nas escolas privadas predomina a orientação de denominar seus departamentos de "Medicina Preventiva" (como também nas públicas não federais), nas públicas federais a tendência prevalecente já se faz no sentido de denominá-los de "Medicina Comunitária", "Coletiva" ou "Social".

Por outro lado, relacionando-se essas tendências com aquelas assinaladas com respeito à localização geográfica e à estrutura administrativa das escolas, assim como a seu ano de criação (visto no capítulo correspondente), poder-se-ia assinalar, sem sombra de dúvida, que boa parte das escolas que têm departamentos denominados como de "Medicina Preventiva" e que foram criadas a partir da década de 50, são constituídas especialmente pelas escolas privadas localizadas no Sul e no Sudeste do país.

Ano de criação dos departamentos

Com respeito ao ano de criação dos Departamentos de Medicina Preventiva, pode-se afirmar que, em geral, seguem o padrão assinalado — para as escolas — de grande proliferação a partir de 1966. Isto pode ser visto com maior clareza se levarmos em conta que, a partir dessa data, entram em funcionamento 80% dos Departamentos de Medicina Preventiva existentes atualmente no Brasil, correspondendo apenas a 7% do total os departamentos congêneres criados antes de 1960. Ou seja, em termos gerais, pode-se dizer que a criação formal de Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil é um fenômeno particularmente recente (das duas últimas décadas) com um especial incremento a partir da segunda metade da década de 60.

Esta afirmação geral mostra tendências específicas quando a relacionamos com as variáveis gerais utilizadas para a análise. Em relação à estrutura administrativa das escolas que abrigam tais departamentos, por exemplo, é importante observar que, entre as escolas públicas federais e privadas, registram-se algumas dife-

renças que, mesmo mantendo-se dentro do padrão geral acima assinalado, não se deve deixar de destacar. Assim, pode-se observar que nas escolas públicas federais, 70% dos Departamentos de Medicina Preventiva foram criados a partir de 1966, e que as escolas privadas, a partir desse mesmo ano, criaram 82% dos seus departamentos similares. Esta maior concentração em datas recentes nas escolas privadas tem características similares nas escolas públicas não federais, nas quais 77% dos Departamentos de Medicina Preventiva surgem a partir de 1966 (tabela 46).

Se relacionarmos o ano de criação dos departamentos com o das escolas de medicina que os abrigam, conclui-se evidentemente que os departamentos de formação mais recente correspondem aos das escolas de medicina fundadas a partir de 1966. A tendência a criar Departamentos de Medicina Preventiva a partir dessa data alcança igualmente as escolas de funcionamento mais antigo. Se bem seja logicamente certo que nas escolas criadas após 1966 os Departamentos de Medicina Preventiva acompanham sua própria criação, nas escolas mais antigas (criadas antes de 1930), 80% dos departamentos foram formados a partir de 1966 (tabela 45).

Analisando-se o ano de criação dos departamentos em relação à região geográfica da escola, pode-se observar, igualmente a existência da diferenciação Norte-Nordeste, Centro-Oeste/Sul-Sudeste. No caso do Norte-Nordeste, a quase totalidade dos departamentos (exceto um) foram criados a partir de 1966. No Sudeste, mantém-se a concentração na criação de departamentos a partir desse ano; mas ela é menos acentuada: 27% dos Departamentos de Medicina Preventiva foram criados antes de 1966. Praticamente igual percentagem se reproduz na região Sul (tabela 43).

Em resumo, com respeito ao ano de criação dos Departamentos, podemos afirmar:

a) A criação maciça de Departamentos de Medicina Preventiva no Brasil ocorreu em período recente, mais exatamente a partir da segunda metade da década de 60.

b) Esta tendência é mais marcada nas escolas privadas e públicas não federais, enquanto que nas federais existe maior proporção de escolas com Departamentos de Medicina Preventiva de mais antigo funcionamento, apesar de não se afastarem do padrão geral.

c) O ano de criação dos departamentos não tem relação direta com a antiguidade das escolas que os abrigam, ou seja aparentemente e em geral não aparecem como o resultado de um processo de amadurecimento interno das escolas, mas como um fenômeno geral e externo, vindo de fora das mesmas.

d) No Sul e no Sudeste do país, mesmo verificando-se a tendência geral (criação dos Departamentos de Medicina Preventiva a partir de 1966), observa-se que quase um terço dos mesmos foram criados com anterioridade, situação contrastante com a do Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Para efeito de análise, as escolas em que se graduaram os docentes da área de Medicina Preventiva do país foram agrupadas em duas grandes categorias: as escolas pertencentes a universidades públicas e as de caráter privado.

Sobre um total de 545 docentes de Medicina Preventiva atuantes no Brasil no ano de 1976, 76% se graduaram em universidade pública e somente 3% em universidade privada (sobre os restantes 14% não se logrou obter informação).

Analisando-se esta característica (escolas de graduação) em função de nossas variáveis independentes, podemos concluir o seguinte:

a) Não há variação em função do ano de criação das escolas, ou seja, qualquer que seja o tempo transcorrido desde a formação das escolas de medicina, o peso proporcional dos docentes de Medicina Preventiva graduados em universidades públicas se mantém sem maiores alterações. Isto refuta a hipótese de que, com a criação maciça de escolas privadas de medicina, a partir de 1966, tal panorama poderia haver mudado. Como vimos, as universidades públicas continuam sendo as formadoras de docentes para a área em estudo (tabela 49).

b) Fenômeno semelhante se observa ao analisarmos as escolas de origem dos docentes de Medicina Preventiva em relação à estrutura administrativa das instituições onde lecionam. Nas universida-

des públicas federais, sobre um total de 255 docentes de Medicina Preventiva, uma ampla maioria (82%) é graduada em escolas de medicina de universidades públicas. Nas escolas privadas, que possuem um corpo de 193 docentes dedicados ao ensino de Medicina Preventiva, essa proporção pouco se altera, já que 73% desses docentes são graduados em universidades públicas. Proporção igual verifica-se nas escolas públicas não federais (tabela 50).

c) Finalmente, analisando a distribuição dessa variável por região geográfica, observa-se que também não há variações significativas (tabela 47).

Quanto a esse aspecto, então, concluímos:

a) O total de docentes vinculados à área de "Medicina Preventiva" na estrutura universitária brasileira é de 545;

b) Quase a metade dos mesmos (255) lecionam nas escolas de medicina que correspondem às universidades públicas federais; 35% dos docentes trabalham em escolas privadas e o resto em universidades públicas estaduais ou municipais;

c) O conjunto destes docentes graduou-se, em sua maioria, em universidades públicas, e esta maioria se reflete nos corpos docentes de Medicina Preventiva independentemente das regiões, ano de criação ou estrutura administrativa das escolas.

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Entende-se aqui por área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva o tipo de estudos universitários realizados, excluindo-se especializações e estudos de pós-graduação.

A maioria dos docentes, como era esperado, está formada por médicos (75% do total). As restantes carreiras têm um peso proporcional baixo. Seguem-se, em importância numérica, os odontólogos, que representam 6% do total, os graduados em Enfermagem (3%), e os nutricionistas; as especialidades biomédicas, em seu conjunto, representam quase 90% dos docentes de Medicina Preventiva.

Frente a isso, como dado comparativo, cabe acrescentar que apenas 5% dos docentes são graduados em área de Ciências Sociais. Nestes estão incluídos os psicólogos (0,7%), repartindo-se ou outros 4% entre outras especialidades, incluída a de Serviço Social.

Dito de outro modo, para cada 10 docentes médicos, existem 1,3 odontólogos, 0,7 graduados em Enfermagem, 1 graduado em outra especialidade biomédica, 0,9 em Ciências Sociais e 0,1 em Psicologia.

Essa característica de concentração da área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva nas especialidades biomédicas, especialmente em Medicina, apresenta apenas ligeiras alterações quando a analisamos em função das variáveis utilizadas neste estudo.

Em relação à estrutura administrativa das escolas onde lecionam, observa-se que, para cada grupo de dez docentes médicos, nas escolas públicas federais, há 1,1 odontólogos, 0,5 enfermeiros, 1 graduado em outra especialidade biomédica, 0,3 cientistas sociais e apenas 0,1 psicólogos. Nas escolas privadas, estes índices alteram-se, ainda que não de forma expressiva. Assim, para cada dez docentes médicos, encontram-se 0,4 dentistas, 0,3 enfermeiros, 0,4 com outra especialidade biomédica, 0,4 cientistas sociais e 0,1 psicólogos. Ou seja, uma concentração ainda maior de médicos na estrutura docente. Finalmente, é nas escolas públicas não federais que se registram as diferenças mais significativas. No conjunto destas instituições, para cada grupo de dez médicos, há 1,1 docentes odontólogos, 0,9 de outras especialidades biomédicas e 2,2 graduados em Ciências Sociais. É verdade que essas diferenças não modificam o alto predomínio da profissão médica no quadro docente dos departamentos de Medicina Preventiva, mas sua importância está no fato de praticamente quadruplicar a proporção de docentes graduados em Ciências Sociais em relação às universidades públicas federais (tabela 54).

Com respeito à relação entre as áreas de graduação dos docentes e a região geográfica onde estão localizadas as respectivas escolas, deve-se assinalar que, nas regiões Norte e Nordeste mantêm-se claramente o padrão de alta concentração de docentes nas especialidades médicas, com particular ênfase em Medicina (superando

ainda a média nacional. Na região Sudeste, observam-se modificações em relação ao padrão geral. Em primeiro lugar, a participação dos médicos é menor. Enquanto no Norte-Nordeste essa participação ultrapassa 85% do total de docentes, no Sudeste desce a 78%. Ainda no Sudeste, vão estar presentes as enfermeiras e nutricionistas, inexistentes no Norte e Nordeste. Por último, talvez a característica mais importante do Sudeste, em termos qualitativos, seja a existência dos cientistas sociais como o grupo de maior peso proporcional nos departamentos depois dos médicos; no Norte e Nordeste, não há cientistas sociais como docentes de Medicina Preventiva. Assim, no Sudeste, para cada grupo de 10 docentes médicos, há 0,95 graduados em Ciências Sociais, 0,45 enfermeiras, 0,50 dentistas e 0,16 psicólogos. Na região Sul, também há diferenças importantes. Os docentes médicos representam apenas 64% do total, registrando-se, como segundo grupo em importância, os das outras especialidades biomédicas (12%), seguido pelo dos dentistas (10%), enquanto que os graduados em Ciências Sociais e Psicologia são praticamente inexistentes. Na região Centro-Oeste, estão as maiores diferenças regionais em relação ao padrão nacional. Ali o grupo mais importante de docentes não está constituído pelos médicos (que representam 25% do total), mas por odontólogos (33%), seguidos pelas outras especialidades biomédicas e por cientistas sociais. Poder-se-ia, então, dizer que, para cada 10 médicos, encontram-se 12,5 odontólogos, 7,5 graduados em outras especialidades biomédicas e 5 cientistas sociais (tabela 51).

Finalmente, quanto ao ano em que foram criadas as escolas, não se notam diferenças importantes em relação às áreas de graduação de seus docentes (tabela 53).

Podemos então destacar que, de modo geral:

a) o grupo quantitativamente mais importante é constituído pelos graduados em especialidades biomédicas, onde vão predominar os médicos, que representam cerca de 2/3 do total de docentes.

b) Na área biomédica propriamente dita, as enfermeiras, nutricionistas e farmacêuticos têm peso relativo escasso.

c) Os docentes graduados nas áreas de Ciências Sociais, Psicologia e Serviço Social representam, proporcionalmente, grupos muito pequenos em relação ao total.

d) Este peso das especialidades biomédicas e da medicina em particular se mantém independentemente da estrutura administrativa das faculdades, mas nas escolas públicas não federais há maior presença de graduados em outras especialidades (em relação aos médicos) do que nas públicas federais e privadas;

e) A nível das regiões geográficas, essas afirmações gerais adquirem formas específicas que nem sempre seguem rigidamente a pauta nacional. Isso é visto com clareza no Sudeste, onde os cientistas sociais têm um peso relativo maior; no Sul, onde a presença de outras especialidades biomédicas em relação aos médicos é maior do que em outras regiões, e no Centro-Oeste, onde o grupo mais importante está formado pelos odontólogos. Por outro lado, o padrão geral descrito nos itens a, b e c tem sua clara expressão nas regiões Norte e Nordeste.

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Em 1976, a grande maioria dos 545 docentes dedicados ao ensino de Medicina Preventiva se havia graduado após 1960. Com efeito, nos últimos 15 anos (1961-1976), graduaram-se 49% dos docentes que lecionam atualmente, ao passo que 33% graduaram-se antes de 60 (não possuímos informações sobre os restantes 18%). Detalhando este aspecto segundo períodos mais específicos, pode-se observar que os docentes graduados antes de 1950 representam apenas 14% do total, e os que se graduaram entre 1951-1960, 19%; aqueles que terminaram seus estudos na década seguinte (1961-70) representam 33% do total; finalmente, os graduados a partir de 71, compõem 16% do total.

Mostra-se, então, uma tendência ao predomínio dos docentes graduados em anos recentes. Esta tendência mantém-se praticamente sem alterações relevantes em relação à maioria das variáveis estudadas (estrutura administrativa, localização, antiguidade das escolas) (tabelas 60, 61 e 62).

Apenas em relação à região geográfica podemos assinalar algumas pequenas diferenças. No Norte e Nordeste, os docentes graduados após 1960 representam apenas 33% e 47% dos totais regionais,

respectivamente. No Sul e Sudeste, esse grupo forma a metade dos docentes, enquanto no Centro-Oeste significa o dobro em relação graduados antes de 1970 (tabela 59).

Estudos de pós-graduação realizados pelos docentes de Medicina Preventiva

Estudos de pós-graduação (em sentido lato) foram realizados por 69% (377) dos 545 docentes em exercício. Destes, 45% o fizeram na área de Saúde Pública, distribuindo-se os demais da seguinte forma: Medicina Preventiva e Social (9%); Doenças Infecciosas e Parasitárias (5%); Epidemiologia (3%); outras especialidades médicas (9%); Estatística (2%); Ciências Sociais (7%); Medicina do Trabalho (8%); Administração e Planejamento da Saúde (6%); outras áreas (6%).

Observamos, então, que a formação de pós-graduação dos docentes concentra-se na área médica (85%), ao passo que 15% dos docentes pós-graduados distribuem-se entre Ciências Sociais, Estatística e outras especialidades não médicas.

Nas universidades públicas federais, esta tendência acentua-se ainda mais, representando as pós-graduações na área médica 90% do total. Cabe destacar que a Saúde Pública reúne a metade dos pós-graduados dos Departamentos de Medicina Preventiva, seguindo-se em importância as áreas de Medicina do Trabalho (11%) e Doenças Infecciosas e Parasitárias (7%). Em contraste, chama a atenção o pequeno número de pós-graduados em Estatística e Ciências Sociais, os quais somam apenas 3% do total, cifra que está abaixo da média geral nacional. Nas universidades de estrutura pública, mas não federal, pode-se assinalar uma orientação diferente. Ainda que 30% dos docentes pós-graduados estejam em áreas médicas, o grupo mais importante não é representado pelo de Saúde Pública mas por aqueles com pós-graduação em Medicina Preventiva ou Social (32%). Além disso, os pós-graduados em Ciências Sociais constituem 18% do total, representando o terceiro grupo em importância numérica. As faculdades privadas, a esse respeito, apresentam um padrão similar às das públicas federais. Nelas, 80% dos docentes que realizaram es-

tudos de pós graduação o fizeram em especialidades vinculadas à Medicina, principalmente em Saúde Pública (53%), Medicina Preventiva e Social (6%) e Medicina do Trabalho (6%). As Ciências Sociais e Estatística agrupam uma fração pequena (9%) do total de pós-graduados (tabela 66).

A análise do mesmo item em relação à antiguidade das escolas revela que, em todas elas - antigas e recentes -, há um variável, embora claro, predomínio dos pós-graduados em Saúde Pública. Nas escolas criadas antes de 1930, representam 45%; nas que começaram a funcionar entre 1931 e 1960, correspondem a 38% do total; naquelas fundadas na primeira metade da década de 60, constituem 72%; e formam 53% nas escolas de criação posterior a 1966. Esse grupo, como vemos, é o mais numeroso, considerando-se todos os períodos, sendo seguido alternativamente pelos pós-graduados em Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho e Administração e Planejamento de Saúde.

Entretanto, há três situações que convém assinalar. Em primeiro lugar, o peso decrescente da pós-graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias entre os docentes de Medicina Preventiva, que evolui da seguinte forma: 13% nas escolas criadas antes de 1930; 2% daquelas fundadas entre 1931 e 1960; nas faculdades criadas entre 1961 e 1970, assinalam-se apenas três docentes pós-graduados nesta área; no período iniciado em 1971 não há nenhum. Por outro lado, a especialização em Planejamento e Administração da Saúde assume uma tendência inversa, já que nas escolas criadas antes de 1960 esse grupo constituía 5% do total de pós-graduados e no grupo de escolas de fundação posterior a essa data representa 8% do total. No que diz respeito à Epidemiologia na área de pós-graduação, representa 5% do total nas escolas criadas antes de 1960, desaparecendo naquelas fundadas nas duas últimas décadas (tabela 65).

Em relação à distribuição de acordo com as regiões geográficas, observa-se que, no Norte e Nordeste, acentua-se o predomínio dos pós-graduados em Saúde Pública (50% e 55% do total, respectivamente), seguindo-se em importância as áreas de Medicina do Trabalho e outras especializações médicas. Nesta região, não existem pós-graduados em Ciências Sociais. Nas regiões Sul e Centro-Oeste repete-se, com discretas variações, o padrão acima menciona-

do. É no Sudeste que vão aparecer as maiores diferenças em relação à pauta nacional. Em primeiro lugar, apesar de continuarem representando o grupo mais importante, os pós-graduados em Saúde Pública têm seu peso relativo diminuído para cerca de 39%. Em segundo lugar, o grupo de pós-graduados em Medicina Preventiva ou Social, que em outras regiões é pequeno, aqui passa a constituir o segundo contingente (15% do total). Os pós-graduados em Ciências Sociais formam o terceiro grupo (11%). Os docentes que realizaram cursos de especializações em áreas não médicas representam 6% do total de pós-graduados. Por outro lado, o Sudeste, juntamente com o Sul, são as únicas regiões onde há epidemiólogos nos Departamentos de Medicina Preventiva (cerca de 5%) (tabela 63).

Conclui-se, então, que, com respeito aos estudos de pós-graduação realizados pelos docentes de Medicina Preventiva:

a) há uma alta porcentagem (69%) com algum tipo de estudo de pós-graduação;

b) esses estudos têm uma orientação definida em direção a áreas vinculadas à Medicina, sendo pequeno o peso das Ciências Sociais, Estatística e outras especialidades não médicas;

c) esta tendência é marcante sobretudo nas escolas públicas federais e privadas, ao passo que nas públicas não federais há maior presença de especialistas das áreas não médicas, apesar de confirmar-se a tendência geral;

d) a antiguidade das escolas não altera o esquema geral assinalado, cabendo apenas recordar que, nas mais antigas, há um grupo importante especializado em Doenças Infecciosas e Parasitárias, o que não ocorre nas faculdades de criação recente, onde vai aparecer uma importante parcela de docentes pós-graduados em Planejamento e Administração de Saúde;

e) no que diz respeito às diferenças regionais em relação ao padrão nacional, é no Sudeste que os matizes são mais pronunciados, registrando-se o peso maior dos docentes com pós-graduação em Medicina Preventiva e Social, a maior presença dos especializados em Ciências Sociais e outras disciplinas não médicas, assim como a dos epidemiólogos.

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva

Esta variável mostra uma orientação bem definida: 55% dos docentes realizou estudos de pós-graduação em universidades públicas brasileiras, e 18% em outras instituições públicas no país (não universitárias), enquanto que apenas 16% o fez em universidades ou instituições estrangeiras.

Esta distribuição da origem dos estudos de pós-graduação mantêm-se praticamente sem alterações quando a relacionamos com as diferentes variáveis utilizadas no estudo (tabelas 67, 68, 69 e 70).

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva

Quanto ao regime de trabalho, 30% dos docentes de Medicina Preventiva trabalham sob regime de tempo integral, ao passo que 57% o fazem com dedicação parcial e apenas 6% sob outro regime de trabalho. Sobre os restantes 7%, não possuímos informações.

Levando-se em conta a região geográfica, o regime de trabalho varia apenas no Sul e Nordeste, cujas porcentagens de docentes trabalhando em horário integral se afastam bastante do padrão acima mencionado. Enquanto no Nordeste essa proporção chega a 40%, na região Sul do país não ultrapassa os 18%. As outras regiões (Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste) apresentam porcentagens similares às do país como um todo (tabela 75).

Em relação às variações deste item, de acordo com o ano de criação da escola, observa-se uma relação bastante clara: quanto mais antiga a escola, maior porcentagem de docentes de Medicina Preventiva trabalham sob o regime de tempo integral. Assim, nas escolas fundadas antes de 1930, 37% dos docentes estão em tempo integral; naquelas criadas entre 1961 e 1970 essa relação baixa para 21%; e nas faculdades cuja fundação é posterior a 1971, não aparece nenhum docente sob esse regime de trabalho.

Também há variações entre o regime de trabalho dos docentes e a estrutura administrativa das escolas, já que nas faculdades públicas não federais 73% dos docentes trabalham em tempo inte

gral, percentagem que contrasta com a das escolas federais (31%) e ainda mais com a situação das faculdades privadas, onde apenas 8% dos docentes de Medicina Preventiva trabalham em regime de tempo integral (tabela 78).

Conclusões

Nas faculdades de Medicina do Brasil, o ensino da Medicina Preventiva tende a predominar em departamentos que se denominam de "Medicina Preventiva e Social". Esta tendência geral aparece mais acentuada quando os departamentos pertencem a escolas de funcionamento mais antigo, situadas principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país e de estrutura administrativa privada e pública não federal.

Há uma forte concentração na criação desses departamentos nas duas últimas décadas, especialmente na segunda metade dos anos 60, quando entraram em funcionamento cerca de 80% dos departamentos atualmente existentes. Este fato ocorre independentemente da estrutura administrativa e do ano de criação das escolas que abrigam os referidos departamentos. No Norte e Nordeste, a criação de tais departamentos segue claramente a tendência geral, que aparece menos marcada nas regiões Sul e Sudeste.

Para efeito de caracterização dos docentes de Medicina Preventiva, cabe recordar:

a) Em 1976, formavam um conjunto de 545 docentes, exercendo funções em 73 escolas. Os docentes da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília não foram incluídos no estudo.

b) Mais de dois terços dos mesmos se graduaram em universidades públicas brasileiras, independentemente da região e estrutura administrativa das escolas em que lecionavam.

c) 75% dos docentes são médicos, os quais, juntamente com os odontólogos, enfermeiros e outros profissionais da área biomédica representam 90% do total; os graduados em Ciências Sociais e Psicologia constituem menos de 6% do total.

d) No conjunto, são profissionais de graduação recente; quase a metade graduou-se em suas respectivas especialidades a partir de 1960.

e) Dois terços do total realizaram algum tipo de estudo de pós-graduação.

f) Quase a metade desses docentes pós-graduados realizaram seus estudos na área de Saúde Pública; somando-se a este grupo os pós-graduados em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Epidemiologia e outras especialidades diretamente vinculadas à Medicina (Medicina do Trabalho, Administração e Planejamento da Saúde), atinge-se 90% dos docentes com algum tipo de estudo de pós-graduação.

g) Apenas 7% realizou pós-graduação em Ciências Sociais.

h) Cerca de 2% dos docentes pós-graduaram-se em Estatística.

i) A maioria dos docentes realizou os estudos de pós-graduação em universidades ou outras instituições públicas brasileiras.

j) Mais da metade dos docentes de Medicina Preventiva trabalha sob regime de tempo parcial e menos de um terço o faz em tempo integral.

ANEXO: Tabelas utilizadas na análise

TABELA 37

Denominação dos departamentos segundo a região em que se localizam
Brasil 1976

Região	Med. Prev.	Med. Prev. e Social	Med. Social	Hig. e S. Públ.	S. Colet. e Comunit.	outros nomes	TOTAL
NORTE	-	-	-	-	3	-	3
NORDESTE	3	3	-	-	2	5	13
SUDESTE	9	8	9	1	9	5	41
SUL	4	4	-	-	2	4	14
CENTRO-OESTE	-	-	-	-	1	1	2
TOTAL	16	15	9	1	17	15	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 38

Denominação dos departamentos segundo a localização da faculdade - Brasil 1976

Localização	Med. Prev.	Med. Prev. e Social	Med. Social	Hig. e S. Publ.	S. Colet. e Comunit.	Outros Nomes	TOTAL
CAPITAL	9	5	5	-	8	10	37
INTERIOR	7	10	4	1	9	5	36
TOTAL	16	15	9	1	17	15	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 39

Denominação dos departamentos segundo o ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano	Med. Prev.	Med.Prev. e Social	Med. Social	Hig. e S.Públ.	S.Colet. e Comunit.	Outros Nomes	TOTAL
até 1930	3	2	-	-	4	1	10
1931-1960	5	4	3	-	2	9	23
1961-1965	1	3	1	-	1	1	7
1966-1970	6	6	4	1	7	4	28
após 1970	1	-	1	-	3	-	5
TOTAL	16	15	9	1	17	15	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 40

Denominação dos departamentos segundo o seu ano de criação - Brasil 1976

Ano	Med. Prev.	Med.Prev. e Social	Med. Social	Hig. e S.Públ.	S.Colet. e Comunit.	Outros Nomes	TOTAL
até 1960	1	1	-	-	1	2	5
1961-1965	3	3	1	-	-	2	9
1966-1970	8	7	7	1	9	3	30
após 1970	4	4	1	-	11	7	27
sem inform.	-	-	-	-	1	1	2
TOTAL	16	15	9	1	17	15	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília)

TABELA 41

Denominação dos departamentos segundo estrutura administrativa - Brasil 1976

Est. Adm.	Med. Prev.	Med. Prev. e Social	Med. Social	Hig. e S. Públ.	S. Colet. e Comunit.	Outros Nomes	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	4	3	1	-	8	8	24
PÚBLICA NÃO FEDERAL	2	2	2	-	2	1	9
PRIVADA	10	10	6	1	7	6	40
TOTAL	16	15	9	1	17	15	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 42

Ano de criação dos departamentos, segundo forma de criação e denominação - Brasil 1976

Denominação	AGREGAÇÃO DE DISCIPLINAS OU DEPARTAM.						ORIGEM DIRETA					TOTAL
	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	Sub- Total	
DEP. MEDICINA PREVENTIVA	1	2	3	2	-	8	-	1	5	2	8	16
DEP. MED. PREV. E SOCIAL	1	-	2	4	-	7	-	3	5	-	8	15
DEP. MEDICINA SOCIAL	-	1	3	-	-	4	-	-	4	1	5	9
DEP. HIGIENE E S. PÚBLICA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
DEP. SAÚDE COMUNIT. OU COLET.	1	-	2	7	1	11	-	-	2	4	6	17
OUTROS	2	1	1	7	1	12	-	1	2	-	3	15
TOTAL	5	4	11	20	2	42	-	5	19	7	31	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 43

Ano de criação do departamento segundo forma de criação e região geográfica - Brasil 1976

Reg. Geográfica	ACREGAÇÃO DE DISCIPLINAS OU DEPTOS.						ORIGEM DIRETA						
	atê 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	atê 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	TOTAL
NORTE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	3	3
NORDESTE	1	-	6	4	-	11	-	-	2	-	-	2	2
SUDESTE	3	3	5	6	2	19	-	3	15	4	-	22	41
SUL	1	1	-	9	-	11	-	1	1	1	-	3	14
CENTRO-OESTE	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	2
TOTAL	5	4	11	20	2	42	-	5	19	7	-	31	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1327

TABELA 44

Ano de criação do departamento segundo forma de criação e localização das escolas - Brasil 1976.

Localização	AGREGAÇÃO DE DISCIPLINAS OU DEPTOS.						ORIGEM DIRETA						TOTAL
	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	
CAPITAL	4	2	7	11	-	24	-	3	7	3	-	13	37
INTERIOR	1	2	4	9	2	18	-	2	12	4	-	18	36
TOTAL	5	4	11	20	2	42	-	5	19	7	-	31	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 45

Ano de criação do departamento segundo forma de criação e ano de criação das escolas - Brasil 1976.

Ano Criação Escola	AGREGAÇÃO DE DISCIPLINAS OU DEPTOS.						ORIGEM DIRETA						TOTAL
	atê 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub. Total	atê 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem inf.	Sub- Total	
atê 1930	1	1	2	3	-	7	-	-	2	1	-	3	10
1931-1960	4	1	6	7	1	19	-	3	-	1	-	4	23
1961-1965	-	2	1	-	-	3	-	2	2	-	-	4	7
1966-1970	-	-	2	8	1	11	-	-	15	2	-	17	28
Após 1970	-	-	-	2	-	2	-	-	-	3	-	2	4
TOTAL	5	4	11	20	2	42	-	5	19	7	-	31	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1329

TABELA 46

Ano de criação do departamento, segundo modo de criação e estrutura administrativa - Brasil 1976.

Criação e Est. Adm.	AGREGAÇÃO DE DISCIPLINAS OU DEPTOS.						ORIGEM DIRETA						TOTAL
	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem INT.	Sub- Total	até 1960	1961 1965	1966 1970	após 1970	sem Inf.	Sub- Total	
PÚBLICA FEDERAL	4	2	5	8	-	19	-	1	2	2	-	5	24
PÚBLICA NÃO FEDERAL	-	1	2	2	-	5	-	1	3	-	-	4	9
PRIVADA	4	1	4	10	2	18	-	3	14	5	-	22	40
TOTAL	5	4	11	20	2	42	-	5	19	7	-	31	73

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 47

Estrutura administrativa das escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região - Brasil 1976

Região	Graduados em Univ. Públ.	Graduados em Univ. Privadas	sem inform.	TOTAL
NORTE	17	1	12	30
NORDESTE	84	1	-	85
SUDOESTE	226	26	54	306
SUL	86	12	10	108
CENTRO-OESTE	14	1	1	16
TOTAL	427	41	77	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 48

Estrutura administrativa das escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização - Brasil 1976

Localização	Graduados em Univ.Públ.	Graduados em Univ.Privadas	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	295	19	44	358
INTERIOR	132	22	33	187
TOTAL	427	41	77	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 49

Estrutura administrativa das escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil - 1976

Ano de criação da escola	Graduados em Univ.Públicas	Graduados em Univ.Privadas	sem inform.	TOTAL
até 1930	112	1	24	137
1931-1960	171	16	23	210
1961-1965	37	11	1	49
1966-1970	87	11	21	119
após 1970	20	2	8	30
TOTAL	427	41	77	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 50

Estrutura administrativa das escolas de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa - Brasil 1976

Est. Adm.	Graduados em Univ. Públicas	Graduados em Univ. Privadas	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	207	5	43	255
PÚBLICA NÃO FEDERAL	79	4	14	97
PRIVADA	141	32	20	193
TOTAL	427	41	77	545

TABELA 51

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região geográfica - Brasil 1976.

Reg.Geográfica	Médicos	Enferm.	Dentista	Nutr.	Outras Biom.	C.Soc.	Psicol.	As.Soc.	Outros	sem inf.	TOTAL
NORTE	26	-	2	-	2	-	-	-	-	-	30
NORDESTE	73	-	5	-	5	-	-	-	2	-	85
SUDESTE	240	11	12	1	4	23	4	2	2	7	360
SUL	69	6	11	-	13	1	-	1	7	-	108
CENTRO-OESTE	4	1	5	-	3	2	-	-	1	-	16
TOTAL	412	18	35	1	27	26	4	3	12	7	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1335

124

TABELA 52

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo a localização das escolas - Brasil 1976.

Localização	Médicos	Enferm.	Destintas	Nutr.	Outras Biom.	C.Soc.	Psicol.	As.Soc.	Outros	sem inf.	TOTAL
CAPITAL	271	13	24	1	20	15	2	1	9	2	358
INTERIOR	141	5	11	-	7	11	2	2	3	5	187
TOTAL	412	18	35	1	27	26	4	3	12	7	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 53

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação das escolas - Brasil 1976

Ano Criação Esc.	Médicos	Enfer.	Dentistas	Nutr.	Outras Biom.	C.Soc.	Psicol.	As.Soc.	Outros	sem inf.	TOTAL
atã 1930	116	5	5	-	6	4	2	-	3	-	141
1931-1960	154	6	14	1	12	16	-	2	5	-	210
1961-1965	40	-	4	-	3	2	-	-	-	-	49
1966-1970	81	7	12	-	5	3	2	1	3	5	119
após 1970	21	-	-	-	1	1	-	-	1	2	26
TOTAL	412	18	35	1	27	26	4	3	12	7	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Brasília)

TABELA 54

Área de graduação dos docentes de Medicina Preventiva segundo estrutura administrativa das escolas - Brasil 1976

Estrut. Adm.	Médicos	Enferm.	Dentistas	Nutr.	Outras Biom.	C. Soc.	Psicol.	As. Social	Outros	sem inf.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	190	10	21	1	18	5	2	1	7	-	255
PÚBLICA NÃO FEDERAL	67	3	8	-	3	15	-	1	-	-	97
PRIVADA	155	5	6	-	6	6	2	1	5	7	193
TOTAL	412	18	35	1	27	26	4	3	12	7	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 55

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região geográfica - Brasil 1976

Região Geográfica	Mestrado	Doutorado	TOTAL
NORTE	2	3	5
NORDESTE	19	2	21
SUDESTE	88	65	153
SUL	39	14	53
CENTRO-OESTE	4	1	5
TOTAL	152	85	237

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 56

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização das escolas - Brasil 1976

Localização	Mestrado	Doutorado	TOTAL
CAPITAL	103	49	152
INTERIOR	49	36	85
TOTAL	152	85	237

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 57

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	Mestrado	Doutorado	TOTAL
atê 1930	38	17	55
1931-1960	69	43	112
1961-1965	17	7	24
1966-1970	27	14	41
após 1970	1	4	5
TOTAL	152	85	237

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 58

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa das escolas - Brasil 1976

Estrutura Administrativa	Mestrado	Doutorado	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	71	20	91
PÚBLICA NÃO FEDERAL	36	46	82
PRIVADA	45	19	64
TOTAL	152	85	237

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 59

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva segundo região geográfica
Brasil 1976

Região Geográfica	até 1950	1951-1960	1961-1970	1971-1976	sem inform.	TOTAL
NORTE	6	2	7	3	12	30
NORDESTE	16	24	24	16	5	85
SUDESTE	39	56	108	42	61	306
SUL	17	22	35	27	7	108
CENTRO-OESTE	1	1	4	-	10	16
TOTAL	79	105	178	88	95	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 60

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização das escolas - Brasil 1976

Localização	até 1950	1951 1960	1961 1970	1971 1976	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	58	68	113	56	63	358
INTERIOR	21	37	65	32	32	187
TOTAL	79	105	178	88	95	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 64

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação das escolas - Brasil 1976

Ano de criação da escola	até 1950	1951-1960	1961-1970	1971-1976	sem inform.	TOTAL
até 1930	26	23	51	15	22	137
1931-1960	23	43	70	44	30	210
1961-1965	6	7	20	9	7	49
1966-1970	15	23	31	19	28	119
após 1970	9	6	6	1	8	30
TOTAL	79	105	178	88	95	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 62

Ano de graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa das escolas - Brasil 1976

Est. Adm.	até 1950	1951 1960	1961 1970	1971 1976	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	38	50	80	39	48	255
PÚBLICA NÃO FEDERAL	6	12	53	13	13	97
PRIVADA	35	43	45	36	34	193
TOTAL	79	105	178	88	95	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 63

Pós-graduações dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região. - Brasil 1976

Região	S.Públ.	Med.Prev. e Social	D.Infec. e Parasit.	Outras Medics.	Epidem.	Estat.	C.Soc.	Med. Trab.	Adm.e Planej.	Outras	TOTAL
NORTE	6	1	1	-	-	-	1	2	-	-	11
NORDESTE	39	2	1	14	-	3	-	11	9	-	78
SUDESTE	86	32	10	18	10	3	23	14	10	13	219
SUL	38	1	6	1	3	-	1	-	3	4	57
CENTRO-OESTE	6	-	-	3	-	1	-	1	-	-	11
TOTAL	175	36	18	36	13	7	25	28	22	17	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1347

TABELA 64

Pós-graduações dos docentes de Medicina Preventiva segundo localização. - Brasil 1976.

Localização	S.Públ.	Med.Prev. e Social	D.Infec. e Parasit.	Outras Medics.	Epidem.	Estat.	C.Soc.	Med. Trab.	Adm.e Planej.	Outras	TOTAL
CAPITAL	133	16	13	26	5	6	17	23	13	13	265
INTERIOR	42	20	5	10	8	1	8	5	9	4	112
TOTAL	175	36	18	36	13	7	25	28	22	17	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 65

Pós-graduações dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	S.Públ.	Med.Prev. e Social	D.Infec. e Parasít.	Outras Medic.	Epidem.	Estat.	C.Soc.	Med. Trab.	Adm.e Planej.	Outras	TOTAL
até 1930	38	9	11	6	3	2	5	7	2	2	85
1931-1960	68	20	4	23	9	3	14	13	11	12	177
1961-1965	31	-	1	4	-	1	1	5	-	-	43
1966-1970	33	7	2	2	1	1	4	3	8	3	64
após 1970	5	-	-	1	-	-	1	-	1	-	8
TOTAL	175	36	18	36	13	7	25	28	22	17	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 66*

Pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola - Brasil 1976.

Est. Admin.	S.Públ.	Med.Prev. e Social	D.Infec. e Parasit.	Outras Medic.	Epid.	Estat.	C.Soc.	Med. Trab.	Adm. e Planej.	Outras	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	95	4	13	19	5	4	3	21	13	13	190
PÚBLICA NÃO FEDERAL	21	25	2	8	6	-	14	-	-	1	77
PRIVADA	59	7	3	9	2	3	8	7	9	3	111
TOTAL	175	36	18	36	13	7	25	28	22	17	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 67

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região
Brasil 1976 .

Região	Univers. ou Inst.Estrang.	Univers. Públ.Brásil.	Outras Inst. Públ. Brasil	sem inform.	TOTAL
NORTE	-	5	5	1	11
NORDESTE	17	32	17	13	79
SUDESTE	33	121	40	25	219
SUL	9	38	5	5	57
CENTRO-OESTE	-	10	-	1	11
TOTAL	59	206	67	45	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 68

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva segundo localização
Brasil 1976

Localização	Univers. ou Inst.Estrang.	Univers. Públ.Brasil	Outras Inst. Públ. Brasil	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	45	143	50	27	265
INTERIOR	14	63	17	18	112
TOTAL	59	206	67	45	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 69

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	Univers. ou Inst. Estrang.	Univers. Públ. Brasil	Outras Inst. Públ. Brasil	sem inform.	TOTAL
até 1930	17	47	17	4	85
1931-1960	31	102	20	24	177
1961-1965	1	26	9	7	43
1966-1970	9	26	19	10	64
após 1970	1	5	2	-	8
	59	206	67	45	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 70

Lugar de pós-graduação dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola - Brasil 1976.

Est. Adm.	Univers. ou Inst.Estrang.	Univers. Públ.Brásil	Outras Inst. Públ. Brasil	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	28	105	35	22	190
PÚBLICA NÃO FEDERAL	17	50	2	8	77
PRIVADA	14	51	30	15	110
TOTAL	59	206	67	45	377

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 71

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região -
Brasil 1976.

Região	Mestrado	Doutorado	TOTAL
NORTE	2	3	5
NORDESTE	19	2	21
SUDESTE	88	65	153
SUL	39	14	53
CENTRO-OESTE	4	2	6
TOTAL	152	86	238

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 72

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização -
Brasil 1976

Localização	Mestrado	Doutorado	TOTAL
CAPITAL	103	50	153
INTERIOR	49	36	85
TOTAL	152	86	238

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 73

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	Mestrado	Doutorado	TOT
até 1930	38	17	55
1931-1960	69	43	112
1961-1965	17	8	25
1966-1970	27	14	41
após 1970	1	4	5
TOTAL	152	86	238

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 74

Títulos acadêmicos dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola - Brasil 1976

Estrut. Adm.	Mestrado	Doutorado	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	71	21	92
PÚBLICA NÃO FEDERAL	36	46	82
PRIVADA	45	19	64
TOTAL	152	86	238

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 75

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região
Brasil 1976

Região	Tempo Integral	Tempo Parcial	Outros	sem inform.	TOTAL
NORTE	8	22	-	-	30
NORDESTE	34	41	5	5	85
SUDESTE	97	156	24	29	306
SUL	19	86	2	1	108
CENTRO-OESTE	9	7	-	5	21
TOTAL	167	312	31	40	550

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 76

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização -
Brasil 1976

Localização	Tempo Integral	Tempo Parcial	Outros	sem inform.	TOTAL
CAPITAL	113	211	12	27	363
INTERIOR	54	101	19	13	187
TOTAL	167	312	31	40	545

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde
da Universidade de Brasília)

TABELA 77

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	Tempo Integral	Tempo Parcial	Outros	sem inform.	TOTAL
até 1930	50	89	2	-	141
1931-1960	80	92	3	30	205
1961-1965	16	31	1	6	54
1966-1970	-	19	7	-	26
TOTAL	167	312	31	41	550

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 78

Regime de trabalho dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola - Brasil t976

Estr. Adm.	Tempo Integral	Tempo Parcial	Outros	sem inform.	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	81	142	4	33	260
PÚBLICA NÃO FEDERAL	71	20	6	-	97
PRIVADA	15	150	21	7	193
TOTAL	167	312	31	40	550

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 79

Distribuição das horas semanais dos docentes de Medicina Preventiva, segundo região - Brasil 1976.

Região	DOCENTES EM TEMPO INTEGRAL			DOCENTES EM TEMPO PARCIAL			TOTAL
	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas a outras ativid.	Sub-Total	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas a outras ativid.	Sub-Total	
NORTE	40	-	40	100	-	100	140
NORDESTE	518	359	877	446	98	544	1.421
SUDESTE	1.460	1.685	3.145	2.266	449	2.715	5.860
SUL	493	40	533	658	230	1.088	1.621
CENTRO OESTE	204	-	204	20	-	20	224
TOTAL	2.715	2.084	4.799	3.690	777	4.467	9.266

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 80

Distribuição das horas semanais dos docentes de Medicina Preventiva, segundo localização da escola - Brasil 1976.

Localização	DOCENTES EM TEMPO INTEGRAL			DOCENTES EM TEMPO PARCIAL			TOTAL
	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas à outras ativid.	Sub-Total	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas à outras ativid.	Sub-Total	
CAPITAL	1.829	1.437	3.266	2.296	681	2.977	6.243
INTERIOR	886	647	1.533	1.394	96	1.490	3.023
TOTAL	2.715	2.084	4.799	3.690	777	4.467	9.266

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1364

TABELA 82

Distribuição das horas semanais dos docentes de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola.
Brasil 1976.

Unidade Adm.	Horas destinadas à docência	Horas destinadas a outras atividades	Total	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas a outras atividades	Total	TOTAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO	1.550	727	2.277	1.650	227	1.877	4.154
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - HOSPITAL	760	1.235	1.995	159	236	395	2.390
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - PAVÃO	330	124	454	1.881	312	2.193	2.647
TOTAL	2.640	2.086	4.726	3.690	775	4.465	9.191

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

1365

TABELA 81

Distribuição das horas semanais dos docentes de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da escola - Brasil 1976.

Ano de criação da escola	DOCENTES EM TEMPO INTEGRAL			DOCENTES EM TEMPO PARCIAL			TOTAL
	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas a outras ativid.	Sub-Total	Horas destinadas à graduação	Horas destinadas a outras ativid.	Sub-Total	
até 1930	708	576	1.284	1.026	167	1.193	2.477
1931-1960	1.218	1.264	2.482	895	298	1.193	3.675
1961-1965	376	244	620	351	70	421	1.041
1966-1970	413	-	413	830	242	1.072	1.485
após 1970	-	-	-	588	-	588	588
TOTAL	2.715	2.084	4.799	3.690	777	4.467	9.266

(Não inclui a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília)

TABELA 87

Número de escolas que possuem programas de comunidade vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva, segundo região geográfica - Brasil 1976

Região	Sim	Não	TOTAL
NORTE	-	3	3
NORDESTE	4	9	13
SUDESTE	13	28	41
SUL	4	10	14
CENTRO-OESTE	1	2	3
TOTAL	21	53	74

TABELA 84

Número de escolas que possuem programas de comunidade vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva, segundo localização - Brasil 1976.

Localização	Sim	Não	TOTAL
CAPITAL	12	9	21
INTERIOR	26	27	53
TOTAL	38	36	74

TABELA 85

Número de escolas que possuem programas de comunidade vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva, segundo ano de criação da Escola - Brasil 1976

Ano de criação da escola	Sim	Não	TOTAL
até 1930	4	6	10
1931-1960	7	16	23
1961-1965	1	7	8
1966-1970	9	19	28
após 1970	-	5	5
TOTAL	21	53	74

TABELA 86

Número de escolas que possuem programas de comunidade vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva, segundo estrutura administrativa da escola.
Brasil - 1976

Estr. Adm.	Sim	Não	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	10	15	25
PÚBLICA NÃO FEDERAL	3	6	9
PRIVADA	8	32	40
TOTAL	21	53	74

IV.3 - ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DOCENTES

Descrição e análise das tabelas referentes a disciplinas e conteúdos

Nas tabelas 87 a 93, cruzaram-se as informações sobre disciplinas e conteúdos em relação à estrutura, região geográfica e ano de criação. Cada uma das tabelas refere-se a uma disciplina (Medicina do Trabalho, Epidemiologia, Medicina Social, Organização e Administração dos Serviços de Saúde, Medicina Preventiva, Medicina Quantitativa e Ciências da Conduta) e se subdivide em 12 quadros que resultam do cruzamento da estrutura administrativa (pública federal, pública não federal e privada) com quatro padrões de disciplina-conteúdo: não tem a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos; não tem a disciplina mas tem 50% ou mais dos conteúdos. Finalmente, em cada um desses 12 pequenos quadros, cruzaram-se as informações referentes a ano de criação da faculdade (até 1930, 1931-1965 e 1966-1976) e situação geográfica (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Nas tabelas de conteúdo, dentro de cada casela das tabelas encontra-se sempre uma fração em que o numerador representa quantas faculdades foram encontradas na categoria correspondente (exemplo: na tabela para os autores observa-se, na primeira casela, canto superior esquerdo, que o numerador é 1, o que significa que existe 1 faculdade que não tem a disciplina, tem menos de 50% dos conteúdos, é pública federal, situada no Norte e criada até 1930), enquanto que o denominador representa quantas faculdades existem no total em relação a uma determinada estrutura administrativa, região geográfica e período de criação (no exemplo dado, da primeira casela da tabela para os autores, o denominador é 1, já que só existe uma faculdade pública federal, no Norte e criada até 1930). Nos totais marginais de cada quadro, os denominadores são compostos pelo total de faculdades em relação ao período de criação ou região geográfica, segundo a estrutura administrativa.

Chama-se a atenção para o fato de que, apesar de existirem 25 faculdades públicas federais, 9 públicas não-federais e 40 privadas, no total, não foram obtidas informações sobre disciplinas e conteúdos em três faculdades: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (pública federal), Faculdade de Medicina de Valença e Faculdade de Ciências Médicas da PUC de Campinas (ambas privadas).

Medicina do Trabalho - Tabela 87

Uma faculdade pública federal do Centro-Oeste (criada em 1960), além das citadas anteriormente, não consta da tabela por falta de informações sobre disciplinas e conteúdos.

Conceito e classificação das doenças do trabalho:

- O trabalho como fator mórbido
- Invalidez e trabalho
- Conceito e enfermidade profissional
- Doenças profissionais - traumatologia do trabalho
- Doenças profissionais propriamente ditas ou verdadeiras
- Doenças indiretamente profissionais

Enfermidades por fadiga física e mental:

- Aquelas provocadas por desgaste físico ou resultantes de excesso de trabalho geralmente exigido para uma maior produtividade, com reflexos diretos sobre articulações, tendões, músculos e na esfera psíquica.

Enfermidades profissionais:

- Postura: varizes, flebites, etc.
- Ambiente: problemas decorrentes da insalubridade ambiental, tais como iluminação, temperatura, sonoridade, ventilação inadequadas.
- Dermatoses: agentes minerais, vegetais, hidrocarbonetos, etc.
- Alergia: cutânea e respiratória

Tecnopatias tóxicas e intoxicações profissionais:

- Intoxicações por metais: mercúrio, cobre, ouro, prata, chumbo, etc.
- Intoxicações por metalóides: arsênio, fósforo, compostos nitrogenados, etc.
- Intoxicações por compostos orgânicos: álcool, acetona, benzeno, petróleo, etc.

Justiça e Direito do Trabalho:

- Legislação internacional do trabalho
- Legislação nacional do trabalho
- Salário - salário mínimo - sindicatos
- Contratos de trabalho
- Importância e história da assistência ao trabalhador
- Férias
- Trabalho noturno
- O trabalho do "menor"

Serviços de higiene profissional:

- Horário de trabalho
- Exames médicos periódicos
- Recreação e esportes
- Proteção do trabalho

Organização e instalações médicas

- Organização de serviço sanitário
- Assistência hospitalar, assistência ambulatorial, posto de vacinação
- CIPAS (Comissão Interna de Proteção ao Acidente)

Seguro contra acidentes. Acidentes (enfermidades) profissionais:

- Conceito de seguro. Causas e riscos.
- Invalidez. Velhice.
- Seguro-Doença. Seguro-Desemprego. Seguro-Família

Saúde e trabalho:

- Trata-se da idéia de que a saúde —"o estar são" — é a capacidade de trabalhar, estar apto e capaz para produzir. De modo que a medicina do trabalho teria o papel de recuperar os indivíduos para essa função.

Mulheres e trabalho:

- Legislação da entrada da mulher na produção
- Seguro-maternidade

- Assistência materno-infantil
- Creches

No total de faculdades que prestaram informações (70), observaram-se os seguintes percentuais:

- a) Não tem a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos 27,2%(19)
- b) Não tem a disciplina mas tem 50% ou mais dos conteúdos 25,7%(18)
- c) Tem a disciplina mas tem menos de 50% dos conteúdos 5,7%(4)
- d) Tem a disciplina e tem 50% ou mais dos conteúdos 41,4%(29)

Concluiu-se, também, que 67,1% (47 em 70) das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, independentemente do fato de possuírem ou não a disciplina.

1 - Públicas federais

Entre as faculdades públicas federais, no total, em 52,2% (12 em 23) existe a disciplina com 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que em 69,9% (16 em 23) são oferecidos 50% ou mais dos conteúdos, independentemente da existência da disciplina.

Na região Norte (duas faculdades com informação) a mais antiga (criada antes de 1930) não possui a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos, enquanto que a Rurta (criada entre 1931 e 1965) não tem a disciplina, mas tem 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Nordeste (nove faculdades com informação) a mais antiga (criada antes de 1930) possui a disciplina e 50% ou mais dos conteúdos; sendo que, das 7 criadas entre 1931 e 1965, quatro oferecem 50% ou mais dos conteúdos (uma das quais não tem a disciplina).

Na região Centro-Oeste, das duas faculdades públicas federais ali existentes, não possuímos informações.

Na região Sudeste (oito faculdades com informação) todas as quatro faculdades mais antigas (criadas antes de 1930) possuem a disciplina e oferecem 50% ou mais dos conteúdos; das quatro faculdades criadas entre 1931 e 1965, apenas três oferecem 50% ou mais dos conteúdos (uma não tem a disciplina).

Na região Sul (quatro faculdades com informação), das duas mais antigas que possuem a disciplina, uma tem menos de 50% dos con-

teúdos, enquanto que, das duas criadas entre 1931 e 1965, ambas possuem 50% dos conteúdos.

Na região Sul existe apenas uma faculdade pública não-federal, que não tem a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos.

2 - Privadas

Entre as faculdades privadas (38 com informação), 68,4% (26 faculdades) oferecem 50% ou mais dos conteúdos (12 destas 26 não possuem a disciplina isoladamente), enquanto que duas faculdades (5,3%) possuem a disciplina, mas oferecem menos de 50% dos conteúdos.

No Norte, encontramos uma faculdade, criada entre 1966 e 1976, sem a disciplina e com menos de 50% dos conteúdos.

No Nordeste, de quatro faculdades, aquela criada no período mais recente não possui disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos, enquanto que as outras três, criadas entre 1931 e 1965, não possuem a disciplina, mas tem 50% dos conteúdos.

Na região Centro-Oeste não existem faculdades privadas.

Na região Sudeste, existem 24 faculdades sobre as quais há informações, sendo que, daquelas criadas entre 1931 e 1965, 80% (quatro em cinco) possuem 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que dentre as criadas mais recentemente (19) 68,4% estão nesta situação, porém em apenas 36,8% (sete) existe a disciplina.

Na região Sul (nove com informação), das quatro faculdades criadas entre 1931 e 1965, existem duas com disciplinas, mas com menos de 50% dos conteúdos, enquanto que das cinco criadas mais recentemente quatro oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Epidemiologia - Tabela 88

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Definição de saúde e doença:

- História natural da enfermidade; fenômeno; agressão; defesa;
- tríade ecológica: agente, meio e hospedeiro; (conceito de normalidade. Fases evolutivas da enfermidade.

Epidemiologia analítica:

- Estudo de cortes e de casos.
- Epidemiologia experimental.

Epidemiologia descritiva:

- Características epidemiológicas da doença, de indivíduo, tempo, espaço; endemias, epidemias, pandemias; incidência e prevalência, teoria das epidemias, leis da causalidade, modelos matemáticos.

Planejamento da pesquisa epidemiológica:

- Tabulação e análise de dados (fichas epidemiológico-sociais).
- Projeto de estudos; técnicas de coleta; contagem de dados.

Sistematização e apresentação de dados:

- Análise e interpretação de dados; conclusões e recomendações.

Epidemiologia das doenças transmissíveis:

- Agente, modo e via de transmissão; proteção específica. Período de incubação transmissibilidade.

Epidemiologia de doenças ou condições não-infecciosas:

- Doenças cardíco-vasculares, neoplasias, doenças mentais, colagenoses.

Epidemiologia de doenças nutricionais:

- Diabete; gota.

No total de faculdades que prestarem informações (71), observaram-se os seguintes percentuais:

a) Não tem disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos	-
b) Não tem disciplina mas tem 50% ou mais dos conteúdos	50,7%
c) Tem disciplina mas tem menos de 50% dos conteúdos	1,4%
d) Tem disciplina e tem 50% ou mais dos conteúdos	47,9%

Conclui-se, também, que 98,6% (setenta e sete e uma) das faculdades possuem 50% ou mais dos conteúdos, sendo que pouco menos da metade (trinta e cinco em setenta e uma) possuem a disciplina.

1 - Públicas Federais

Todas as faculdades públicas federais (24 com informação) oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém apenas 54,2% (13) possuem a disciplina.

Na região Norte, as duas faculdades existentes possuem a disciplina.

No Nordeste, no total, somente a mais antiga (criada antes de 1930) e duas das sete criadas entre 1931 e 1965 possuem a disciplina, as seis restantes, criadas após 1931, não a possuem.

No Centro-Oeste, na única faculdade com informação não existe a disciplina.

No Sudeste (oito no total), 75% (em três, num total de quatro) das faculdades criadas antes de 1930 e 75% (três entre quatro) das faculdades criadas entre 1931 e 1965 possuem a disciplina.

No Sul (quatro no total), as duas mais antigas possuem a disciplina, enquanto que as duas criadas entre 1931 e 1965 não a possuem.

2 - Públicas Não-Federais

Todas as faculdades públicas não-federais oferecem 50% ou mais dos conteúdos, mas apenas cinco, de um total de nove, possuem a disciplina.

Nas regiões Norte e Nordeste não existem faculdades públicas não-federais.

A única faculdade pública não-federal do Centro-Oeste, criada entre 1966 e 1976, possui a disciplina.

Na região Sudeste (sete no total), a única faculdade deste tipo criada antes de 1930 possui a disciplina, enquanto que o

mesmo aconteceu com duas das quatro criadas entre 1931 e 1965 e uma das duas criadas entre 1966 e 1976.

Na região Sul existe apenas uma faculdade pública não-federal, criada entre 1966 e 1976 que não possui a disciplina.

3 - Privadas

Apenas uma das 38 faculdades privadas oferece menos de 50% dos conteúdos, sendo que 17 possuem a disciplina.

Nenhuma das cinco faculdades privadas do Norte e do Nordeste possuem a disciplina.

No Centro-Oeste não existe faculdade privada.

No Sudeste, de quatro faculdades criadas antes de 1966, duas possuem a disciplina e, de 20 criadas entre 1966 e 1976, 55% (11) não possuem a disciplina.

No Sul, das quatro faculdades criadas entre 1931 e 1965 apenas uma delas possui a disciplina mas tem menos de 50% dos conteúdos, enquanto que as outras três possuem a disciplina e oferecem 50% ou mais dos conteúdos; as cinco criadas entre 1966 e 1976, não possuem a disciplina. Portanto, de todas as faculdades com informação, existe apenas uma, privada, no Sul, criada entre 1931 e 1965, que oferece menos de 50% dos conteúdos de Epidemiologia.

Medicina Social - Tabela 31

Três faculdades, uma pública federal, do Centro-Oeste, uma privada, do Sul, ambas criadas entre 1931 e 1965, e uma pública não-federal, do Sudeste, criada em 1968, além das citadas anteriormente, não constam da tabela por falta de informações.

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Ensino médico:

- Definição de Medicina: as diferentes acepções conforme a concepção estabelecida entre o saber e a prática; o conteúdo do ensino e a natureza da prática. O significado do ensino nessa relação.

ILEGIVEL

as condições de formação e desenvolvimento do ensino; organização e orientações. As escolas médicas: formação, organização e expansão; sua história conforme as políticas oficiais de educação e de saúde; as relações entre professores e estudantes; o meio estudantil - ambiente, cultura, atividade, a importância dos estudantes nas transformações do ensino médico.

Profissões médicas:

- As diferentes atividades profissionais na área médica; características. As associações profissionais. Seu papel na defesa de seus interesses. As determinações na escolha da profissão na área médica, as hierarquias dentro da área; escalas de poder e prestígio-médico, enfermeiros e enfermeiras, quadro auxiliar. Principais implicações dessa hierarquia.

Organização da prática médica:

- A medicina como instituição. As diferentes compreensões da medicina em função da organização do saber e a natureza da prática; principais implicações na institucionalização da prática da medicina e seu reforçamento como instituição. A prática enquanto atendimento: o modelo hospitalar - centralizado e burocratizado; a autoridade do médico. A relação saber/poder. Os interesses no desenvolvimento da prática privada. As contradições e seus efeitos; a relação com o paciente.

Evolução das idéias:

- Fundamentos do conhecimento médico: o papel do médico e da medicina frente à sociedade. Aspectos individuais e coletivos da medicina. A divisão em medicina privada e pública. A medicina enquanto instituição e sua situação nas relações sociais; o Estado e as classes sociais. As idéias como produto das contradições sociais e como organização do saber intervindo na formação do saber médico e de suas práticas. A clínica e o hospital vistos historicamente, a medicina e o hospital.

Sobre o papel do médico e da medicina:

- A distinção que deve ser estabelecida entre o papel do médico - o que se acredita deve ser -- e o papel da medicina: os fatores

que estabelecem essa distinção. A história da medicina não se confunde com a história do médico: os papéis hoje atribuídos foram-se de formas distintas. Implicações sociais na atribuição desses papéis: a prática, enquanto atendimento, deve ser pública e coletiva: a separação de interesses entre o médico e a medicina quando se pensa a separação entre medicina privada e medicina pública.

Definição dos termos: medicina preventiva, curativa e integral:

- Definições e conceitos. Teorias que discutem a organização da prática médica conforme essas perspectivas: curativa, preventiva e integral. Os perigos da separação e os fatores que levam a essa separação: os supostos econômicos, sociais e políticos dessa separação. A necessidade de ampliar o atendimento médico à população - "socializar a prática" - promovendo ao mesmo tempo aspectos preventivos e curativos: a medicina integral como a possibilidade de associar os conjuntos de aspectos; a prática ambulatorial da medicina integral; a prática comunitária da Medicina Preventiva.

Serviço de saúde:

- Percepção do público. Atitudes. Mudanças no sistema externo. Seus impactos nos serviços. Estrutura interna e funcionamento. Contradições: intra e inter-organizações; efeitos na prática dos serviços.

História da prática médica:

- Definições de saber e prática: a prática médica como realização de um determinado saber; as determinações históricas - as práticas como realização das relações sociais; situação histórica das relações sociais. A clínica e o hospital: espaço onde se realizam as práticas e as relações sociais. Transformações no conteúdo do saber e seus efeitos nas práticas: a possibilidade de realização do saber e conhecimento médicos conforme as condições econômicas e políticas. Efeitos nas definições de medicina: a tipologia - medicina curativa, preventiva e integral. A prática médica como relação de poder e autoridade: a relação médico/paciente, análise de seu significado.

No total de faculdades que prestaram informações (68), observam-se os seguintes percentuais:

a) Não têm disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos	61,8%(42)
b) Não têm disciplina mas têm 50% ou mais dos conteúdos	17,6%(12)
c) Têm disciplina mas têm menos de 50% dos conteúdos	5,7%(4)
d) Têm disciplina e têm 50% ou mais dos conteúdos	14,7%(10)

Conclui-se, também, que apenas 32,3% (22 em 68) das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, e somente 20,6% (14 em 68) possuem a disciplina.

1 - Públicas Federais

Das 23 faculdades públicas federais com informação, apenas duas têm a disciplina, uma com 50% ou mais dos conteúdos e a outra com menos de 50% dos conteúdos, sendo que 30,4% (sete em 23) oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Norte, de duas faculdades, apenas uma oferece 50% ou mais dos conteúdos, a mais recente (criada entre 1931 e 1965), porém nenhuma possui a disciplina.

No Nordeste, de sete faculdades, apenas uma, criada entre 1931 e 1965, oferece 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que entre as seis restantes existe uma que possui a disciplina.

Sobre as faculdades do Centro-Oeste, não possuímos nenhuma informação.

No Sudeste, de oito faculdades, nenhuma possui a disciplina, porém três entre as quatro criadas antes de 1930 oferecem 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que o mesmo só acontece com uma entre as quatro criadas entre 1931 e 1965.

No Sul, onde há quatro faculdades, está localizada a única pública federal que possui a disciplina e oferece 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que as restantes estão na situação oposta.

2 - Públicas Não-Federais

Não dispomos de informação sobre uma dessas faculdades, localizada no Sudeste e criada em 1968. Entre as oito restantes, cinco oferecem 50% ou mais dos conteúdos, mas somente quatro possuem a disciplina. Nenhuma delas tem a disciplina com menos de 50% dos conteúdos.

No Norte e Nordeste, não existem faculdades públicas não federais.

No Centro-Oeste existe apenas uma, com 50% ou mais dos conteúdos, mas sem a disciplina.

No Sudeste, de seis faculdades, três têm disciplina com 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que as demais não têm disciplina e oferecem menos de 50% dos conteúdos.

A única faculdade pública não-federal do Sul oferece disciplina e 50% ou mais dos conteúdos.

3 - Privadas

De 37 faculdades privadas com informação, 73% (27) oferecem menos de 50% dos conteúdos, sendo que três entre elas possuem a disciplina. Das restantes dez, apenas cinco possuem a disciplina.

No Norte, a única faculdade privada tem a disciplina, mas oferece menos de 50% dos conteúdos.

No Nordeste, de quatro faculdades, nenhuma possui a disciplina e todas têm menos de 50% dos conteúdos.

No Centro-Oeste não existem faculdades privadas.

No Sudeste, de 24 faculdades, 18 (75%) não possuem disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos. Entre as seis restantes apenas quatro possuem a disciplina.

No Sul, de três faculdades criadas entre 1931 e 1965, duas não possuem a disciplina, mas nenhuma tem 50% dos conteúdos, enquanto que de cinco criadas entre 1965 e 1976, quatro oferecem 50% ou mais dos conteúdos, sendo duas delas possuem a disciplina, mas com menos de 50% dos conteúdos.

Organização e Administração de Serviços de Saúde - Tabela 90

Sobre três faculdades, além das citadas no início, não possuímos informações completas, uma pública não-federal do Sudeste, criada em 1968, e duas privadas, criadas entre 1931 e 1965, uma no Nordeste e outra no Sul.

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Nível de saúde e nível de vida:

- Correlação entre saúde e nível sócio-econômico das populações. O uso e crítica dos indicadores de saúde.

Valor econômico da vida:

- A saúde, a prática médica, seus instrumentos e tecnologia sob o ponto de vista econômico-social, papel da assistência médica na manutenção da força de trabalho.

Previdência social:

- Estudo da Previdência Social como instituição médica.
- Estudo comparativo com outros sistemas de prestação de serviços.

Planejamento e saúde:

- Conceito de planejamento.
- O planejamento a partir de uma visão real das necessidades
- O enfoque preventivista no planejamento.
- O planejamento dentro das instituições.
- Planos nacionais e regionais.

Saúde pública:

- Conceito, objetivos, áreas de atuação.

Leis e decretos:

- Regulamento e códigos sobre saúde.

Administração e organização hospitalar:

- Planejamento, sistema de organização, descentralização executiva, discussão de custo/benefício.

Descrição e análise de serviços de saúde do país:

No total de faculdades que prestaram informações (68) observaram-se os seguintes percentuais:

a) Não têm disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos	26,5%(18)
b) Não têm disciplina mas têm 50% ou mais dos conteúdos	36,7%(25)
c) Têm disciplina mas têm menos de 50% dos conteúdos	5,9%(4)
d) Têm disciplina e têm 50% ou mais dos conteúdos	30,9%(21)

Conclui-se que 67,6% (48 em 68) das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém mais da metade desse grupo, e também do total, não possuem a disciplina.

1 - Públicas Federais

Das 24 faculdades públicas federais sobre as quais há informação, 15 (62,5%) oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém apenas sete possuem a disciplina, sendo que uma destas tem menos de 50% dos conteúdos.

No Norte, nenhuma das duas faculdades existentes possui a disciplina, porém uma oferece 50% ou mais dos conteúdos, justamente aquela criada mais recentemente, entre 1931 e 1965.

No Nordeste, de nove faculdades no total, oito oferecem 50% ou mais dos conteúdos, sendo que três possuem a disciplina.

A única faculdade sobre a qual há informação do Centro-Oeste não possui disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos.

No Sudeste, de oito faculdades no total, entre as quatro criadas antes de 1930, três possuem disciplina e oferecem 50% ou mais de conteúdos, enquanto que entre as quatro criadas entre 1931 e 1965 apenas uma está nessa posição.

No Sul nenhuma faculdade possui a disciplina, porém as duas mais antigas oferecem 50% ou mais dos conteúdos, enquanto as duas criadas entre 1931 e 1965 têm menos de 50% dos conteúdos.

2 - Públicas Não-Federais

Das oito faculdades públicas não-federais sobre as quais há informação, seis oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Não existem faculdades públicas não-federais no Norte e no Nordeste.

A única faculdade com esta estrutura administrativa no Centro-Oeste possui a disciplina e oferece 50% ou mais dos conteúdos.

No Sudeste, de seis faculdades com informação, apenas uma possui disciplina com menos de 50% dos conteúdos. Entre as demais, com 50% ou mais dos conteúdos, somente duas possuem a disciplina.

No Sul, a única faculdade pública não-federal, criada entre 1966 e 1976, não possui a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos.

3 - Privadas

Sobre as faculdades privadas, reunimos informações completas em 36 delas. Destas, 25 (69,4%) oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém apenas cerca de 1/3 (14) possui a disciplina.

A única faculdade privada do Norte não possui a disciplina, mas oferece 50% ou mais dos conteúdos.

No Nordeste, nenhuma das três faculdades privadas sobre as quais há informação possui a disciplina, porém duas delas oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

No Centro-Oeste, não existem faculdades privadas.

No Sudeste, de 24 faculdades com informação, a metade possui a disciplina, porém uma destas tem menos de 50% dos conteúdos, sendo que 3/4 do total oferece 50% ou mais dos conteúdos.

No Sul, das três faculdades privadas criadas entre 1931 e 1965, apenas uma oferece 50% ou mais dos conteúdos, enquanto das cinco criadas mais recentemente, três têm essa oferta, porém nenhuma nesse grupo possui a disciplina.

Medicina Preventiva - Tabela 91

Além das já citadas no início, também não foi possível obter informações completas sobre uma faculdade pública federal do Centro-Oeste e uma pública não-federal do Sudeste, ambas criadas entre 1931 e 1965.

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Prevenção primária:

Equivalente ao período pré-patogênico da enfermidade, subdivide-se em medidas gerais e medidas específicas de proteção à saúde e engloba:

- educação para saúde
- estado nutricional, desenvolvimento mental
- condições de habitação e trabalho
- patrimônio genético
- exames periódicos de saúde
- saneamento ambiental
- imunização
- proteção específica contra riscos ocupacionais
- proteção contra acidentes

Prevenção secundária:

Engloba diagnóstico precoce e tratamento visando à recuperação completa do indivíduo, envolvendo:

- triagem da população para doenças específicas
- prevenção de doenças infecciosas
- prevenção de sequelas e complicações
- redução da duração da enfermidade
- tratamento adequado
- prevenção do dano e da morte

Prevenção terciária:

Trata-se da reabilitação física, social e psíquica de pacientes mutilados pela enfermidade:

- adaptação ao dano e utilização máxima das atividades não comprometidas

- adaptação familiar e educação para receber o reabilitado
- educação do público e das instituições para reabsorção do reabilitado
- terapia ocupacional nos hospitais.

No total de faculdades que prestaram informações completas (69), foram encontrados os seguintes percentuais:

a) Não têm disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos	8,7%(6)
b) Não têm disciplina, mas têm 50% ou mais dos conteúdos	44,9%(31)
c) Têm disciplina mas têm menos de 50% dos conteúdos	2,9%(2)
d) Têm disciplina e têm 50% ou mais dos conteúdos	43,5%(30)

Conclui-se que 58,4% (61) das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém apenas metade (32) possui a disciplina.

3 - Públicas Federais

Nenhuma das unidades públicas federais, entre as 23 com informação, que possui a disciplina, tem menos de 50% dos conteúdos, 87% (20) do total de faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, sendo que apenas 13 possuem a disciplina.

No Rio de Janeiro duas faculdades, apenas uma (criada em 1931 e 1965), não oferecem 50% dos conteúdos, porém, entre as oito restantes, só duas possuem a disciplina.

No Ceará, não se obteve informação.

No Sul, de oito faculdades, somente duas, criadas após as de 1966, não oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém, entre as seis restantes, só duas possuem a disciplina.

No Sudeste as faculdades públicas federais possuem a disciplina e oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

4 - Públicas Municipais

De oito faculdades com essa estrutura administrativa, quatro possuem a disciplina, porém uma dentro delas tem menos de 50% dos conteúdos, enquanto que as quatro restantes não possuem a disciplina, mas oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Nas regiões Norte e Nordeste não existem faculdades públicas não-federais.

Na região Centro-Oeste, só existe uma pública não-federal, que não possui a disciplina mas oferece 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Sudeste, somente as três faculdades criadas entre 1931 e 1965 não possuem a disciplina. Entretanto, todas as seis faculdades dessa região oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

A única pública não-federal do Sul, criada entre 1966 e 1976, possui a disciplina, mas tem menos de 50% dos conteúdos.

3 - Privadas

Das 38 faculdades privadas sobre as quais há informação, 89,5% (34) oferecem 50% ou mais dos conteúdos. Apenas uma faculdade possui a disciplina com menos de 50% dos conteúdos.

A única faculdade privada do Norte oferece 50% ou mais dos conteúdos, mas não possui a disciplina.

No Nordeste, de quatro faculdades, três oferecem 50% ou mais dos conteúdos, mas somente uma possui a disciplina.

No Centro-Oeste, não existem faculdades privadas.

No Sudeste, de 24 faculdades com informação, 91,7% (22) oferecem 50% ou mais dos conteúdos, mas apenas 10 possuem a disciplina.

No Sul, de nove faculdades, todas possuem a disciplina, porém existe uma, criada entre 1931 e 1965, que tem menos de 50% dos conteúdos.

Medicina Quantitativa - Tabela 92

Além das três faculdades citadas no início, só não se conseguiram informações completas sobre mais uma faculdade privada do Nordeste, criada em 1952.

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Matemática:

- Fundamentos de matemática para estudo de estatística.

Metodologia estatística:

- Objetivos e usos da estatística aplicada à medicina
- Coleta e registros de dados
- Representação gráfica
- Medidas de tendências centrais
- Teste de hipóteses

Método científico:

- Conceituação
- Observação
- Formulação de hipóteses
- Métodos experimentais
- Estudo retrospectivo e prospectivo

Estatísticas demográficas:

- Conceito de crescimento populacional.
- Estimativa de população; uso em saúde pública, tábua de vida.

Estatísticas de mortalidade:

- Mortandade geral, aspectos mundiais e nacionais
- Sistema de registro (notificação, atestado de óbito, nomenclatura e classificação internacional de doenças), análise de mortalidade.

No total de faculdades que prestaram informações (70) observaram-se os seguintes percentuais:

a) Não têm disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos	12,9%(9)
b) Não têm disciplina mas têm 50% ou mais dos conteúdos	31,4%(22)
c) Têm a disciplina mas têm menos de 50% dos conteúdos	8,6%(6)
d) Têm a disciplina e têm 50% ou mais dos conteúdos	47,1%(33)

Conclui-se, pois, que 78,5% das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém, pouco mais da metade apenas possui a disciplina.

1 - Públicas Federais

A maioria das faculdades oferecem 50% ou mais dos conteúdos, porém três (em 24), que possuem a disciplina, não fazem essa oferta.

Na região Norte, as duas faculdades existentes não possuem a disciplina mas oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

No Nordeste, de nove faculdades no total, existe uma, criada entre 1931 e 1965, que possui a disciplina, mas tem menos de 50% dos conteúdos, enquanto que das restantes (oito), cinco oferecem 50% ou mais dos conteúdos, apesar de apenas três possuírem a disciplina.

A única faculdade pública federal do Centro-Oeste que forneceu informações completas possui a disciplina, mas oferece menos da metade dos conteúdos.

No Sudeste, de oito faculdades no total, apenas uma não oferece 50% ou mais dos conteúdos enquanto que, entre as restantes, a disciplina é oferecida em seis delas.

No Sul, de quatro faculdades no total, duas têm menos de 50% dos conteúdos sendo que uma delas possui a disciplina.

2 - Públicas Nãc-Federais

Entre nove faculdades no total, apenas uma não possui a disciplina enquanto que, entre as restantes que a possuem, duas têm menos de 50% dos conteúdos.

Nas regiões Norte e Nordeste não existem faculdades públicas não federais.

A única existente na região Centro-Oeste possui a disciplina e tem 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Sudeste (sete faculdades) localizam-se duas escolas que possuem a disciplina, mas tem menos de 50% dos conteúdos. Entre as demais, há a disciplina.

A única faculdade da região Sul possui a disciplina e tem 50% ou mais dos conteúdos.

3 - Privadas

Entre 37 faculdades dessa categoria sobre as quais há informação, 86,5% (32) oferecem 50% ou mais dos conteúdos. Há uma escola que tem menor oferta de conteúdos, mas possui a disciplina.

A única da região Norte possui a disciplina e tem mais de 50% dos conteúdos.

Na região Nordeste, nenhuma das faculdades privadas (três) possuem a disciplina, mas todas oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Sudeste apenas três faculdades (em 24), criadas entre 1966 e 1976, têm menos de 50% dos conteúdos.

Na região Sul, de nove faculdades, duas têm menos de 50% dos conteúdos, sendo que uma delas tem a disciplina.

Ciências da Conduta - Tabela 93

Além das perdas de informações mencionadas no início, em relação a essa disciplina também não se obtiveram informações sobre duas faculdades públicas não-federais, uma delas no Sudeste e outra no Sul, ambas criadas entre 1966 e 1976.

Os conteúdos arrolados foram os seguintes:

Conceitos de ciências da conduta:

- Por ciências da conduta compreende-se a antropologia, a sociologia e a psicologia social. O principal enfoque conferido a seu estudo são os aspectos sociais e sua contribuição às relações sociais e às práticas de medicina.
- Delimitação de campo de ação destas disciplinas. Importância. Definição de conceitos básicos. Operacionalização.

Desenvolvimento da conduta:

- Definições de ajustamento da conduta, instinto, motivação, desenvolvimento motor, de linguagem, mental. Formação da consciência, socialização, desenvolvimento das relações sociais.

Aprendizagem e pensamento:

- Processo de aprendizagem. Definições de aprendizagem, resposta, hábitos, pensamento. Formação de hábitos. Pensamento: elementos e veículos. Memória. Solução de problemas e pensamento.

Organização social:

- Relação de parentesco. Família. Casamento. A instituição da família e as relações sociais: base da organização social. A organização social como função da articulação dessas relações e como base para seu desenvolvimento. A formação de grupos sociais, instituições e classes. Valores e costumes.

Grupos, organizações e instituições:

- A organização social e as relações sociais: a formação de grupos, organizações e instituições como expressão específica das relações sociais em uma sociedade. Interação social como fundamento dessas relações e portanto da formação de grupos, organizações e instituições. Sua formação, papel, efeitos e práticas; função organizadora dentro da estrutura social.

Estratificação social:

- Definições. Conceitos e teorias de análise. A estrutura social como uma estrutura não uniforme e integrada: sua divisão em estratos, camadas e classes sociais. A importância do estudo das relações sociais para se compreender processos de estratificação.

Mudança social:

- Definições. Conceitos e teorias de análise. Estudo da estrutura social e das relações sociais como elementos não estáticos, mas dinâmicos: as relações sociais não reproduzem a mesma estrutura social eternamente. Condições e processos de mudança.

Sociedade e cultura:

- Definições. Conceitos. As relações sociais e a produção da cultura. A produção da cultura como função do desenvolvimento das relações sociais e suas características históricas, econômicas e políticas. Cultura-traços, padrões, complexos e valores culturais.

Etiologia e meio-ambiente social:

- Definições. Conceitos. Teorias. Abordagem ecológica da saúde e da doença: a causalidade: sua associação às condições do meio ambiente. As determinações sociais: métodos preventivos.

Representação de Saúde/Doença:

- Definições de representação, saúde e doença. O "Saber Médico" e o Saber Popular: como se opõem as duas visões e representações. A representação popular da relação saúde/doença. Os efeitos dessa representação em suas relações com o "saber médico" oficial: contradições entre as duas práticas.

No total de faculdades que fornecem informações (69), observamos os seguintes percentuais:

a) Não têm disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos	56,5%(39)
b) Não têm disciplina mas têm 50% ou mais dos conteúdos	5,8%(4)
c) Têm a disciplina mas têm menos de 50% dos conteúdos	11,6%(8)
d) Têm a disciplina e têm 50% ou mais dos conteúdos	26,1%(18)

Conclui-se que apenas 31,9% das escolas oferecem 50% ou mais dos conteúdos, apesar de 37,7% declararem possuir a disciplina. Destas últimas, contudo 30,8% têm menos de 50% dos conteúdos.

1 - Públicas Federais

Mais da metade destas escolas (14 em 24) não possuem a disciplina e tem menos de 50% dos conteúdos; mesmo entre as que possuem a disciplina (nove) 1,2 tem menos de 50% dos conteúdos.

Na região Norte, as duas faculdades existentes se situam no grupo de pior posição.

No Nordeste, de nove faculdades, as duas únicas que declaram possuir a disciplina possuem menos de 50% dos conteúdos, assim como as demais.

A única faculdade com informação do Centro-Oeste possui a disciplina e tem 50% ou mais dos conteúdos.

É somente no Sudeste que a maioria destas faculdades têm 50% ou mais dos conteúdos (entre elas, todas as quatro criadas antes de 1930).

No Sul, de quatro faculdades, apenas uma das duas criadas antes de 1930 oferece 50% ou mais dos conteúdos, e ainda, possui a disciplina.

2 - Públicas Não-Federais

Dispomos de informações sobre apenas uma escola do Centro-Oeste e sobre seis do Sudeste, sendo que apenas três entre elas oferecem 50% ou mais dos conteúdos, estando estas localizadas no Sudeste. A faculdade do Centro-Oeste possui a disciplina, mas tem menos de 50% dos conteúdos.

3 - Privadas

De 38 faculdades privadas, menos de um terço (12) oferece 50% ou mais dos conteúdos. A maioria destas faculdades não têm a disciplina e têm menos de 50% dos conteúdos.

No Norte e Nordeste, de cinco faculdades, todas se situam na pior posição.

No Centro-Oeste não existem faculdades privadas

No Sudeste, apenas entre aquelas criadas antes de 1966 é que encontramos a maioria (três em cinco) com a disciplina e 50% ou mais dos conteúdos. Já entre aquelas criadas após aquela data, apenas 26,3% (cinco em 19) oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Na região Sul, de nove faculdades, cinco têm menos de 50% dos conteúdos, apesar de uma destas declarar possuir a disciplina.

CONCLUSÕES

1 - Medicina do Trabalho

Como já foi visto na descrição anterior, não existem diferenças notáveis quanto à quantidade de conteúdos segundo a estrutura administrativa, uma vez que 69,6% das faculdades públicas federais, 55,6% das públicas não federais e 68,4% das faculdades privadas oferecem 50% ou mais dos conteúdos.

Pela comparação das regiões geográficas em relação aos conteúdos, mesmo levando em consideração as estruturas administrativas, também não existem notáveis diferenças. No grupo Norte-Nordeste-Centro-Oeste (regiões subdesenvolvidas) temos, no total, ... 58,8% e no grupo Sudeste-Sul (regiões desenvolvidas) 72,5% das faculdades oferecendo 50% ou mais dos conteúdos.

Comparando-se as faculdades por ano de criação, observa-se que, entre as privadas, tanto entre aquelas que foram criadas até 1965 como entre as que surgiram depois dessa data, existem aproximadamente 66% com 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que, entre as públicas privadas, essa situação se repete em 75% (3 em 4) das que surgiram após 1965 e em apenas 40% (2 em 5) das que foram criadas antes de 1966. Apesar dessas pequenas diferenças apontadas, podemos concluir por uma relativa homogeneidade quanto à quantidade de conteúdos oferecidos em relação à estrutura administrativa, região geográfica e ano de criação das faculdades, no que se refere à medicina do trabalho.

2 - Epidemiologia

É onde encontramos, talvez, a maior homogeneidade e a melhor situação em relação à quantidade de conteúdos, uma vez que existe apenas uma faculdade (privada) que não oferece 50% ou mais dos conteúdos. No restante das faculdades, em pouco mais da metade das públicas existe inclusive a disciplina. Somente entre as faculdades privadas é que essa porcentagem cai para 42,1%. A maioria das escolas criadas antes de 1966 possui a disciplina, o mesmo não acontecendo apenas nas faculdades privadas das regiões subdesenvolvidas. Já a maioria das escolas criadas a partir de 1966 não possui a disciplina.

3 - Medicina Social

Em relação a esta disciplina, a distinção mais nítida é a que se faz entre as faculdades públicas não-federais e as demais, públicas federais e privadas. Entre as primeiras, mais da metade das faculdades oferece 50% ou mais dos conteúdos, enquanto que a

mesma oferta é feita por apenas 30%, aproximadamente, das públicas federais e privadas. Portanto, no cômputo geral, apenas 32,4% de todas as faculdades oferecem metade ou mais dos conteúdos de medicina social, enquanto que somente 20,6% das faculdades declaram possuir a disciplina. Juntamente com as ciências da conduta, como veremos adiante essa disciplina é uma daquelas cujo ensino apresenta-se em situação bastante precária.

4 - Organização e Administração de Serviços de Saúde

Apesar de apenas pouco mais de um quinto das faculdades declararem possuir a disciplina isoladamente, pouco mais da metade delas oferece 50% ou mais dos conteúdos. A melhor situação em relação à quantidade de conteúdos é das públicas não-federais, em que 75% (6 em 8) têm 50% ou mais dos conteúdos, o mesmo acontecendo em pouco menos de 70% entre as públicas federais e privadas. Aparentemente não existem notáveis diferenças em relação às regiões geográficas e aos anos de criação.

5 - Medicina Preventiva

No plano geral, as faculdades cobrem os conteúdos, quantitativamente, de forma muito semelhante nas três estruturas administrativas, de tal modo que quase 90% das faculdades, sejam públicas federais, não federais ou privadas, oferecem 50% ou mais dos conteúdos. Apesar disso, a maioria destas faculdades, com 50% ou mais dos conteúdos, não possui a disciplina entre as públicas federais e não-federais, ao contrário do que acontece entre as faculdades privadas. Não existem, também, diferenças notáveis entre regiões ou em relações aos períodos de criação das faculdades.

6 - Medicina Quantitativa

Não existem diferenças notáveis de cobertura de conteúdos segundo a estrutura administrativa, sendo que uma média de 78,5% de todas as escolas oferecem 50% ou mais dos conteúdos. Entre regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas, a única diferença mais notável

tável parece surgir em relação à proporção de escolas que possuem a disciplina, que é maior nas regiões desenvolvidas (Sudeste e Sul). Contudo, o mesmo não acontece em relação à cobertura quantitativa dos conteúdos. O período em que as escolas foram criadas, também não parece de maior relevância.

7 - Ciências da Conduta

Assim como ocorreu com medicina social, este é um dos grupos de conteúdos, ou disciplina, de situação mais precária, já que apenas 31,9% das escolas oferecem 50% ou mais dos conteúdos (essa situação é muito semelhante em qualquer das estruturas administrativas: 29,2% nas públicas federais, 42,9% nas públicas não-federais e 31,6% nas faculdades privadas). As faculdades em melhor situação são aquelas do Sudeste, criadas antes de 1966, das quais da metade oferece 50% ou mais dos conteúdos. Aparentemente, quanto à existência de disciplina, isoladamente, as públicas não-federais têm a melhor situação. Deve-se, porém, chamar a atenção para o fato de que metade destas escolas (2 em 4) têm menos de 50% dos conteúdos.

ANEXO: Tabelas Utilizadas na Análise

ILEGIVEL

TABELA 87

MEDICINA DO TRABALHO

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINA E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO GEOGRÁFICA E ANO DE CRIAÇÃO - BRASIL 1976

- NÃO TEM A DISCIPLINA
- NÃO TEM A DISCIPLINA
- TEM A DISCIPLINA
- TEM A DISCIPLINA
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS

P. G.	A.C. até 1930				A.C. até 1931				A.C. até 1930				A.C. até 1931					
	até 1930	1931	1966	TOTAL	até 1930	1931	1966	TOTAL	até 1930	1931	1966	TOTAL	até 1930	1931	1966	TOTAL		
P. G. B. F. E. D. E. R. A. L.	N	1/1		1/2	N		1/1	1/2	N			—	N			—		
	ND		3/7	1/1	2/9	ND		1/7	1/9	ND			ND	1/1	3/2	4/5		
	CO				—	CO			—	CO			—	CO			—	
	SD		1/2		1/2	SD		1/4	1/8	SD			—	SD	4/4	2/2	6/6	
	S				—	S		1/2	1/4	S	1/2		1/4	S	1/2	1/2	2/2	
TOTAL	1/6	4/14	1/1	6/23	TOTAL	—	4/14	4/23	TOTAL	1/8	—	1/23	TOTAL	6/6	6/14	12/22		
P. G. B. N. A. O. F. E. D. E. R. A. L.	N			—	N			—	N			—	N			—		
	ND			—	ND			—	ND			—	ND			—		
	CO			—	CO		1/1	1/1	CO			—	CO			—		
	SD	1/1	1/4		2/7	SD		1/4	1/7	SD		1/4	1/7	SD		1/4	2/2	3/7
	S			1/1	1/1	S			—	S			—	S			—	
TOTAL	1/1	1/4	1/4	3/9	TOTAL	—	1/4	2/9	TOTAL	—	1/4	1/9	TOTAL	—	1/4	2/4	3/9	
P. G. B. P. R. I. V. A. D. A. S.	N			1/1	N			—	N			—	N			—		
	ND			1/1	ND		3/3	3/4	ND			—	ND			—		
	CO			—	CO			—	CO			—	CO			—		
	SD		1/5	6/19	7/24	SD		1/5	6/19	SD			—	SD		3/5	7/24	
	S			1/5	1/9	S			2/9	S			2/9	S			2/9	
TOTAL	1/12	6/26	7/24	19/33	TOTAL	—	3/3	8/23	TOTAL	—	1/12	8/23	TOTAL	—	3/5	10/27		

SEM: ... P. G. B. P. R. I. V. A. D. A. S. (Centro Oeste, 1931-1966) ...

TABELA 88

EPIDEMIOLOGIA

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINAS E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO GEOGRÁFICA E ANO DE CRIAÇÃO - BRASIL 1976

ILEGÍVEL

- NÃO TEM A DISCIPLINA
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS

- NÃO TEM A DISCIPLINA
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS

- TEM A DISCIPLINA
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS

- TEM A DISCIPLINA
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS

P. G.	- NÃO TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- NÃO TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS			
	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL
P. G. FEDERAL	N			—	N			—	N			—	N	1/1	1/1	2/2
	ND			—	ND	5/7	1/1	6/8	ND			—	ND	1/1	2/7	3/8
	CO			—	CO	1/1		1/1	CO			—	CO			—
	SD			—	SD	1/4	1/4	2/8	SD			—	SD	3/4	3/4	6/8
	S			—	S	2/2		2/2	S			—	S	2/2		2/2
TOTAL	—	—	—	TOTAL	1/8	3/15	1/1	11/24	TOTAL	—	—	—	TOTAL	7/8	6/15	13/24
P. G. NOROCCIDENTAL	N			—	N			—	N			—	N			—
	ND			—	ND			—	ND			—	ND			—
	CO			—	CO			—	CO			—	CO	1/1	1/1	2/2
	SD			—	SD	2/4	1/2	3/6	SD			—	SD	1/1	2/4	3/5
	S			—	S		1/1	1/1	S			—	S			—
TOTAL	—	—	—	TOTAL	2/4	2/2	4/6	TOTAL	—	—	—	TOTAL	1/1	2/4	5/6	
P. G. SUD-ORIENTAL	N			—	N		1/1	1/1	N			—	N			—
	ND			—	ND	3/3	1/1	4/4	ND			—	ND			—
	CO			—	CO			—	CO			—	CO			—
	SD			—	SD	2/4	11/20	13/24	SD			—	SD	2/4	9/20	11/24
	S			—	S		3/3	3/3	S	1/2		1/2	S	3/4	2/5	5/9
TOTAL	—	—	—	TOTAL	5/11	16/27	21/38	TOTAL	1/11	—	1/38	TOTAL	5/11	11/27	26/38	

SEM INFORMAÇÃO: PÚBLICA FEDERAL (CENTRO OESTE, 1931 - 1965); PRIVADA (SUDESTE, 1968 - 1976); PRIVADA (SUDESTE, 1968 - 1976).

MEDICINA SOCIAL

TABELA 59

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINAS E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO GEOGRÁFICA E ANO DE CRIAÇÃO BRASIL 1976.

P.C.B.	- NÃO TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS					- NÃO TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS					- TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS					- TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				
	A.C. R.G.	até 1930	1931 1965	1966 1976	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1965	1966 1976	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1965	1966 1976	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1965	1966 1976	TOTAL
PÚBLICA FEDERAL	N	1/1			1/2	N		1/1		1/2	N				—	N				—
	ND	1/1	3/7	1/1	7/9	ND		1/7		1/5	ND		1/7		1/5	ND				—
	CO				—	CO				—	CO				—	CO				—
	SD	1/4	3/4		4/8	SD	3/4	1/3		7/6	SD				—	SD				—
	S	1/2	2/2		3/4	S				—	S				—	S	1/2			1/2
	TOTAL	2/5	10/14	1/1	15/25	TOTAL	3/5	3/14	—	6/25	TOTAL	—	1/14	—	1/25	TOTAL	1/2	—	—	1/25
PÚBLICA ESTADUAL	N				—	N				—	N				—	N				—
	ND				—	ND				—	ND				—	ND				—
	CO				—	CO			1/1	1/1	CO				—	CO				—
	SD		2/4	1/1	3/5	SD				—	SD				—	SD	1/1	2/4		3/5
	S				—	S				—	S				—	S			1/1	1/1
	TOTAL	—	2/4	1/3	3/5	TOTAL	—	—	1/3	1/3	TOTAL	—	—	—	—	TOTAL	1/1	2/4	1/3	3/5
PRIVADA	N				—	N				—	N			1/1	1/1	N				—
	ND		3/3	1/1	4/4	ND				—	ND				—	ND				—
	CO				—	CO				—	CO				—	CO				—
	SD		4/5	14/19	18/24	SD			2/19	2/24	SD				—	SD		1/5	3/19	4/24
	S		2/3		2/8	S			3/5	3/6	S		1/5	1/5	2/5	S			1/5	1/5
	TOTAL	—	9/11	15/26	24/37	TOTAL	—	—	5/25	5/27	TOTAL	—	1/11	2/26	3/27	TOTAL	—	1/1	4/26	5/27

SEM INFORMAÇÃO: PÚBLICA FEDERAL (CENTRO OESTE, 1931-1965); PÚBLICA FEDERAL (NORDE, 1931-1965); PÚBLICA NÃO FEDERAL (SUDESTE, 1966-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1976).

TABELA 50

ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINAS E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO GEOGRÁFICA E ANO DE CRIAÇÃO - BRASIL 1976

A.C. R.G.	- NÃO TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- NÃO TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS						
	até 1930	1931 1935	1936 1975	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1935	1936 1975	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1935	1936 1975	TOTAL	A.C. R.G.	até 1930	1931 1935	1936 1975	TOTAL
P B L I C O	N	1/1		1/2	N		1/1	1/2	N										
	ND		1/7	1/9	ND		4/7	1/1	5/8										
	CO		1/1	1/1	CO														
	SD	1/4	3/1	2/3	SD														
	S		1/2	1/2	S														
TOTAL	2/5	5/5	3/6	10/16	TOTAL		5/8	2/2	7/10	TOTAL									
A M B U L A T Ó R I O S G E R A L E S	N				N														
	ND				ND														
	CO				CO														
	SD				SD	1/1	2/4	3/5	SD		1/2		1/2	1/2					
	S			1/1	1/1	S				S									
TOTAL			1/2	1/8	TOTAL	1/1	2/4	3/5	10/16	TOTAL		1/2	1/2	1/2					
P R I V A D A S	N				N			1/1	1/1	N									
	ND		1/2	1/3	ND		1/2	1/1	2/3	ND									
	CO				CO					CO									
	SD		2/5	3/19	5/24	SD		1/5	6/10	7/24	SD		1/15	1/24	SD		2/5	5/19	11/24
	S		1/3	2/5	3/8	S			3/5	3/8	S		1/5	1/8	S		1/3	2/5	3/8
TOTAL		4/10	5/26	9/38	TOTAL		2/9	11/25	13/38	TOTAL		1/10	1/25	2/38	TOTAL		3/11	5/25	11/38

ILEGÍVEL

SEM INDICAÇÃO: PÚBLICA FEDERAL (LITORAL OESTE, 1931-1935); PÚBLICA FEDERAL (SUDESTE, 1936, 1976); PRIVADA (NORDESTE, 1931-1965; PIAUÍ (NORDESTE, 1966-1975); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1975); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1975); PRIVADA (SUDESTE, 1966-1975).

TABELA 92

MEDICINA QUANTITATIVA

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINAS E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO E ANO DE CRIAÇÃO - Brasil 1976

PUB. FEDERAL	- NÃO TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- NÃO TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS									
	A.C. 1957	1951 1956	1956 1976	TOTAL	R.G.	A.C. 1957	1951 1956	1956 1976	TOTAL	A.C. 1957	1951 1956	1956 1976	TOTAL	R.G.	A.C. 1957	1951 1956	1956 1976	TOTAL
N				—	N	1/1	1/1		2/2	N			—	N				—
ND		3/7		3/9	ND	1/1	1/7		2/8	ND		1/7	1/9	ND		3/7	1/1	3/8
CD				—	CD				—	CD		1/1	1/1	CD				—
SD		1/4		1/8	SD	1/4		1/2	3/6	SD			—	SD	3/4	3/4		3/8
S	1/2			1/4	S			—	—	S		1/2	1/4	S	1/2	1/2		3/4
TOTAL	1/2	4/15	—	5/24	TOTAL	3/3	2/15	—	5/24	TOTAL	—	3/15	—	3/24	TOTAL	4/8	3/4	11/24
PUB. MUNICIPAL	ILEGÍVEL																	
PUB. FEDERAL	ILEGÍVEL																	
PRIVADAS	ILEGÍVEL																	

TABELA 53

CIÊNCIAS DA CONDUITA

DISTRIBUIÇÃO DE DISCIPLINAS E CONTEÚDOS, SEGUNDO ESTRUTURA ADMINISTRATIVA, REGIÃO E ANO DE CRIAÇÃO - BRASIL 1976

- NÃO TEM A DISCIPLINA
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS

- NÃO TEM A DISCIPLINA
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS

- TEM A DISCIPLINA
- MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS

- TEM A DISCIPLINA
- 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS

PÚBLICA FEDERAL	- NÃO TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- NÃO TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - MENOS DE 50% DOS CONTEÚDOS				- TEM A DISCIPLINA - 50% OU MAIS DOS CONTEÚDOS				
	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	A.C. até 1930	1931 1955	1956 1976	TOTAL	
N	1/1	1/1		2/2													
ND	1/1	5/7	1/1	7/7					ND		2/7	2/9					
CO					CO				CO					1/1		1/1	
SD		3/4		3/3	SD	1/4		1/3	SD					4/4		4/4	
S	1/2	1/2		2/4	S				S	1/2		1/4		1/2		1/2	
TOTAL	3/3	10/15	1/1	14/24	TOTAL	1/5		1/2	TOTAL	3/15		3/24		5/6		5/6	
PÚBLICA MISTA FEDERAL																	
	N				N				N				N				
	ND				ND				ND				ND				
	CO				CO				CO	1/1	1/1	2/2	CO	1/1	1/1	2/2	
	SD		1/4	1/1	2/6	SD	1/1		1/6	SD	1/4	1/6	2/6	SD	3/4	3/4	
	S					S				S				S			
TOTAL		1/4	1/2	2/7	TOTAL	1/1		1/7	TOTAL	1/4	1/2	2/7	TOTAL	2/4		2/7	
PRIVADA																	
	N			1/1	N				N				N				
	ND		3/3	1/1	4/4	ND				ND				ND			
	CO				CO				CO				CO				
	SD		2/5	12/19	14/24	SD		1/15	1/24	SD		2/15	2/24	SD	3/5	4/15	7/24
	S		2/4	2/5	4/9	S		1/5	1/9	S	1/4	1/9	2/9	S	1/4	2/5	3/9
TOTAL		7/12	16/30	23/36	TOTAL		2/15	2/36	TOTAL	1/12	2/9	2/36	TOTAL	4/12	6/30	10/36	

SEM INFORMAÇÃO: PÚBLICA FEDERAL (CENTRO OESTE, 1931-1955); PÚBLICA MISTA FEDERAL (SUDESTE, 1956-1976); PÚBLICA FEDERAL (SUL, 1956-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1956-1976); PRIVADA (SUDESTE, 1956-1976).

V. ANÁLISE DESCRITIVA REGIONAL

V. ANÁLISE DESCRITIVA REGIONAL

V.1 - REGIÃO NORTE

V.2 - REGIÃO NORDESTE

V.3 - REGIÃO SUDESTE

V.4 - REGIÃO SUL

V.5 - REGIÃO CENTRO-OESTE

V.1 - REGIÃO NORTE

1409

REGIÃO NORTE

A primeira escola de medicina da Região Norte foi criada em 1919. A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Estado do Pará foi o centro de formação de recursos humanos na área médica para esta região e Estados vizinhos de Nordeste, até 1966, quando surge a Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas, que passa a funcionar como pólo receptor dos excedentes de vestibular criados pelo sistema de seleção então em vigor. Esta faculdade vem a receber excedentes não só dos Estados vizinhos, mas também do sul do país. Em 1971, produto da política de expansão do ensino médico às custas do setor privado, surge a Faculdade Estadual de Medicina do Pará. Há, pois, na Região Norte, três escolas de medicina: duas delas tem estrutura administrativa federal e a terceira é privada.

As escolas se organizam administrativamente sob a forma de departamentos. O curso de medicina da UPPA tem o maior corpo docente, formado por 161 professores, distribuídos por sete departamentos, a saber, por ordem de tamanho: Departamento de Medicina Integrada, Departamento de Medicina Especializada I, Departamento de Medicina Comunitária, Departamento de Anatomia Patológica, Departamento de Deontologia e Medicina Legal.

A Faculdade Estadual de Medicina do Pará, seguindo a mesma orientação, possui 91 docentes, distribuídos entre cinco departamentos: Departamento de Morfologia e Ciências Fisiológicas, Departamento de Patologia, Departamento de Medicina Integrada, Departamento de Medicina Especializada e Departamento de Medicina Comunitária.

A Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Amazonas possui 88 docentes, divididos por três departamentos: Departamento de Medicina Especializada, Departamento de Saúde Coletiva e Departamento Materno-Infantil.

O primeiro fato que chama a atenção é a existência de um padrão único referente ao nome dos departamentos das faculdades médicas do Pará. No caso concreto da Faculdade Estadual do Pará, a reorganização interna dos departamentos, ocorrida em 1976, seguiu a pauta definida pela faculdade federal do mesmo Estado. Esta

ção reforça o pressuposto, extensível a outras regiões, de que as faculdades privadas tentam incorporar as características assumidas pelas faculdades públicas que adaptam seu modelo didático-administrativo às diretrizes do MEC. Do ponto de vista comparativo, a Faculdade de Ciências da Saúde da Fundação Universitária do Amazonas é a que mais se aproxima das propostas racionalizadoras do MEC, reunindo todo o corpo docente em um número pequeno de departamentos.

Outro fato de importância diz respeito à distribuição numérica dos docentes por ciclo de ensino. Nas faculdades federais, existe maior concentração no ciclo profissional e, especificamente, nas disciplinas clínicas, em contraste com a situação da Faculdade Estadual do Pará (privada), onde há predomínio do ciclo básico.

Uma outra característica das escolas da região é a falta de integração com outras carreiras de saúde, contrastando, neste aspecto, com a situação da Região Nordeste. Esta falta de integração para fora também se apresenta, dentro das escolas, entre os diferentes departamentos.

A composição relativa do número de vagas oferecidas aos vestibulandos de medicina da região tem variado. Nas faculdades federais, essas variações se expressam no sentido de um decréscimo do número de vagas, ao passo que na Faculdade Estadual do Pará a tendência é para um aumento. É interessante destacar que, em média, o número total de vagas da região permanece inalterado, o que faz pensar na possibilidade de uma transferência de encargos com educação do setor público para o privado.

De tudo isso, parece legítimo concluir que: as faculdades federais parecem não estar realizando a Reforma Universitária em toda a sua amplitude, desde que existe um baixo padrão de integração com outras carreiras de saúde; existe uma relativa homogeneidade quanto ao padrão didático-administrativo das escolas e a estrutura administrativa das faculdades não determina uma diferenciação substantiva.

O ensino da Higiene inicia-se junto à criação da primeira faculdade da região, ocorrida em 1919 (UFPA). Em 1969, a cadeira de Higiene torna-se Departamento de Medicina Preventiva e em 1971, uma nova reformulação ocorre, surgindo o Departamento de Me-

dicina Comunitária. Estas transformações decorrem de diretrizes traçadas pela Reforma Universitária. As disciplinas que compõem o novo departamento são: Higiene Social, Epidemiologia e Profilaxia, Bioestatística, Saneamento, Administração e Organização Sanitária, Doenças Tropicais I e II, Alergia e Imunopatologia. A carga horária total das disciplinas da área de Medicina Preventiva é de 200 horas. O departamento desenvolve trabalhos científicos na área de Doenças Infecciosas e Inquéritos Epidemiológicos em Centros de Saúde. Não possui programas de Medicina Comunitária.

A Faculdade Estadual de Medicina do Pará inicia o seu curso em 1971 com o Departamento de Medicina Preventiva e Tropical, cujo conteúdo envolve antes ensino de Doenças Infecciosas, Microbiologia e Parasitologia do que de Medicina Preventiva propriamente. Em 1976, este departamento passa a denominar-se Departamento de Medicina Comunitária e sofre mudanças significativas no seu conteúdo, introduzindo novas disciplinas e abandonando outras anteriormente sob sua responsabilidade. Disciplinas que compõem atualmente o departamento são: Doenças Tropicais e Infecciosas, Bioestatística, Higiene I, Higiene II, Medicina Legal e Deontologia Médica, Sociologia Médica, Comunicação e Expressão (Língua Portuguesa), Educação Física e Estudos de Problemas Brasileiros. A carga horária das disciplinas relativas a Medicina Preventiva é de 200 horas. O departamento não desenvolve programas de Medicina Comunitária nem investigações científicas.

O Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Fundação Universitária do Amazonas passou a assim denominar-se após a reforma universitária realizada nessa faculdade em 1975. Anteriormente, tinha o nome de Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Praticamente conservou as mesmas características.

A disciplina Doenças Infecciosas e Parasitárias conta com maior número de docentes, que desenvolvem trabalhos científicos nessa área. Saúde Coletiva e Epidemiologia são as outras duas disciplinas que compõem esse departamento que, com uma carga horária de 270 horas, não desenvolve programa de Medicina Comunitária.

No geral, a evolução destes departamentos segue as mesmas regras quanto à estrutura e ao nome. Em termos curriculares, os departamentos da região apresentam como denominador comum o fato de incluírem a disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias, que tem sentido distinto segundo a estrutura administrativa da faculdade. Nas faculdades públicas, constitui a área o mais atuante dos departamentos, seja no ensino (envolve o maior número de docentes), seja na pesquisa (tema central das publicações científicas). Outra diferença a ser assinalada é a presença da disciplina Sociologia Médica na Faculdade Estadual de Medicina do Pará. Cabe ressaltar, entretanto, o seu pequeno significado curricular: conta com a menor carga horária entre as disciplinas desse departamento. A carga horária total das disciplinas que lecionam Medicina Preventiva varia entre 200 e 270 horas e o conteúdo é condensado em duas séries do curso médico para as três faculdades da região. A ausência de programas comunitários é comum a todas. Concluindo, as faculdades da Região Norte apresentam relativa homogeneidade com referência ao ensino da Medicina Preventiva, não se observando diferenças quando agrupadas por estrutura administrativa.

V.2 - REGIÃO NORDESTE

1. Programas de Comunidade
2. Conclusão

REGIÃO NORDESTE

Antes de dar início à análise do ensino da Medicina Preventiva na Região Nordeste se faz mister esclarecer alguns referenciais teóricos definidos para dar substância à referida análise. A questão que se levanta é a seguinte: que critérios definir para agrupar as faculdades de medicina em blocos relativamente homogêneos, de forma a poder compará-los?

Há, na Região Nordeste, quatro faculdades privadas de medicina, duas criadas na década de 50 e duas no quinquênio 1966-1970. Das nove faculdades federais, duas foram criadas antes de 1930, cinco na década de 50 e duas na década de 60.

O agrupamento dessas faculdades por ano de criação levaria a uma diluição das faculdades privadas no grupo das federais, que são em maior número, e encobriria as características das primeiras.

O agrupamento por estrutura administrativa, se, por um lado, elimina esse problema, cria um outro, que é condensar no mesmo grupo faculdades que foram criadas em momentos históricos completamente diferentes, respondendo a distintas necessidades econômicas e políticas do Estado.

Com a implantação da Reforma Universitária em todas as faculdades federais e a introdução do INPS no ensino médico (financiando hospitais universitários), essas faculdades adquirem algumas características, onde o Departamento de Medicina Preventiva desempenha um papel importante, assumindo linha de frente na implantação de programas docente-assistenciais, difundindo e implementando a política de regionalização de serviços, tendo sob sua responsabilidade as disciplinas que lecionam planificação e Organização Sanitária, Epidemiologia e Medicina do Trabalho. Nas faculdades privadas, parece que não se encontram tais características. Nestas, os departamentos, ainda que ofereçam algumas das disciplinas citadas, também oferecem Doenças Infecciosas, Parasitologia, Medicina Legal. Ou seja, o Departamento de Medicina Preventiva ocupa um espaço definido pelo Currículo Mínimo como obrigatório para a formação profissional do médico, mas preenche-o com outros conteúdos.

Tais faculdades não vêm realizando programas docente-assistenciais.

Diante disso, decidiu-se optar pelo agrupamento das faculdades em públicas e privadas, por acreditar-se que tais categorias sejam mais uniformes quanto ao ensino da Medicina Preventiva no seio das escolas médicas da Região Nordeste, embora essa suposição possa ser descartada com a evolução da análise que se pretende encaminhar.

A primeira escola de medicina da Região Nordeste foi também a primeira do Brasil: Escola de Cirurgia da Bahia, criada em 1808. Muitos anos após, em 1920, viria a ser fundada a Faculdade de Medicina de Recife. Na década de 50, foram criadas cinco Faculdades federais nas capitais dos Estados da Paraíba, Alagoas, Rio Grande do Norte, Ceará e Maranhão e mais duas faculdades privadas nas cidades de Salvador (Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública) e Recife (Faculdade de Ciências Médicas do Recife). Convém ressaltar que a primeira, no âmbito de suas atividades, ministrava um curso de Saúde Pública. Na década de 60, mais duas faculdades federais são criadas nos Estados de Paraíba e Piauí e uma faculdade privada na cidade de Campina Grande, no interior da Paraíba. Em 1970, surge a mais recente faculdade médica da Região Nordeste, de iniciativa privada, em Maceió. Verifica-se que o período de maior crescimento registrou-se no decênio de 1950-1960, quando surgiram 53,8% do total das escolas médicas da região. Resultados diferentes foram encontrados para a Região Sudeste do país, onde este incremento se deu no quinquênio 1965-1970, às custas do setor privado. Resumindo: há na Região Nordeste treze faculdades de medicina, sendo que, destas, nove são públicas federais e quatro privadas, doze estão localizadas nas capitais e uma no interior.

A organização das unidades de ensino se faz sob a forma de departamentos em todas as faculdades. As escolas privadas, apesar de terem um corpo docente, em média, bem menor do que o das públicas, apresentam um número muito maior de departamentos, variando entre oito e nove, ao passo que, nas federais, essa variação fica entre quatro e seis. Destacam-se desse grupo duas faculdades: a de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, com doze departamentos, e o Centro de Ciências da Saúde da Universida-

de Federal de Alagoas, com oito departamentos surgidos da agregação dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Nutrição.

As faculdades privadas mantêm as disciplinas do curso básico sob sua responsabilidade, o que não ocorre nas federais e isto pode ser parcialmente responsável pelo maior número de departamentos das primeiras. Parece legítimo supor, entretanto, que essa diferença encontrada se explique melhor à Luz da Reforma Universitária pela qual passaram as faculdades federais, onde a departamentalização, visando a eliminar a duplicação de esforços para um mesmo fim, traz como consequência o agrupamento das unidades de ensino em pequeno número de departamentos. As faculdades privadas, por sua vez, não submetidas ao mesmo processo, conservam o modelo de departamentalização por especialidade médica anteriormente presente também nas faculdades federais.

Os departamentos que contam com maior número de docentes são os de Clínica Médica, existindo nos dois grupos de faculdades, exceção feita para três das escolas federais, onde a Cirurgia detém a maior parcela.

Nas faculdades privadas, os departamentos de Medicina Preventiva foram criados entre 1968 e 1970 e contam com um número de docentes que varia entre seis e oito. A Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica de Salvador não possui departamentos, e todo o conteúdo de Medicina Preventiva lecionado está condensado na disciplina Higiene, Medicina Preventiva e do Trabalho. Oferecendo também uma única disciplina (Saúde Coletiva I), encontra-se o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Campina Grande.

Nas outras duas faculdades desse grupo leciona-se Medicina Preventiva em duas disciplinas. São ainda oferecidas por estes departamentos as disciplinas Doenças Tropicais e Infecciosas, Medicina Legal (Faculdade de Medicina de Campina Grande), Microbiologia, Imunopatologia (Faculdade de Ciências Médicas de Alagoas). Nenhuma dessas escolas desenvolve programas de Medicina Comunitária, nem realiza investigação científica.

Os departamentos de Medicina Preventiva das faculdades compreendem um número de docentes que varia entre quinze e quarenta.

ta, exceção feita para a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Sergipe, que conta apenas com seis docentes. Desse departamentos, 89% lecionam para outros cursos da área de saúde, tais como Odontologia, Enfermagem e Nutrição. Alguns deles ligam-se também à área de Ciências Exatas através da disciplina Higiene Industrial e do Trabalho. O pessoal docente desses departamentos, conseqüentemente, possui formação básica diversificada. Certa integração dos departamentos de Medicina Preventiva com áreas clínicas pode ser encontrada em 22% das faculdades. Nas demais, tais departamentos continuam isolados, lecionando as disciplinas Epidemiologia, Medicina do Trabalho, Medicina Preventiva, Organização e Administração de Serviços de Saúde.

A baixa integração verificada dentro da escola médica contrasta com alta "integração multidisciplinar" (89% dos departamentos de Medicina Preventiva lecionando para vários cursos da área de saúde), o que reforça nosso pressuposto teórico de que a integração proposta pela ideologia preventivista difundida através dos Seminários de Viña del Mar e Techuacán não ocorre, nestas faculdades, a partir do Departamento de Medicina Preventiva. Tal integração está se fazendo de cima para baixo, imposta pela Reforma Universitária, num movimento que se dirige para fora da escola médica.

As disciplinas da área de Ciências do Comportamento e Sociais estão pouco presentes. Por vezes, apenas sob forma de disciplina eletiva. Isto nos leva a supor que as faculdades federais organizam os Departamentos de Medicina Preventiva dentro de uma filosofia que não reproduz o modelo liberal tal qual proposto nos seminários de Viña del Mar e Techuacán. Antes fazem uma adaptação racionalizadora. Incorporam o conteúdo mais operacional - Epidemiologia, Administração Sanitária, Medicina do Trabalho - que tem uma utilização direta na prestação de serviços e relegam a segundo plano aquelas disciplinas que fundamentam a ideologia preventivista de "mudança de compreensão do processo saúde-doença", a partir de uma inculcação de conceitos que deveria se exercer no seio da educação médica.

Nas faculdades federais, a carga horária média das disciplinas lecionadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva para o curso médico é de 215 hs. Os extremos dessa média estão nas

faculdades do Ceará, com 320 hs., de Alagoas, com 150 hs., e de Sergipe, com 120 hs..

Nas faculdades privadas, essa média desce para 145 hs. É necessário destacar a heterogeneidade desse grupo quanto a esse aspecto. O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco contribui com 280 hs, assim como a Faculdade de Ciências Médicas de Alagoas com 140 hs., portanto dentro dos limites registrados para as faculdades federais.

Quanto ao número de disciplinas lecionadas pelos departamentos de Medicina Preventiva, nas faculdades públicas, está compreendido entre três e cinco, distribuídas em três séries do curso médico. As faculdades privadas, como já se referiu anteriormente, contam com uma ou duas disciplinas, lecionadas em uma e duas séries, respectivamente.

Os departamentos de Medicina Preventiva abrangem, nas disciplinas que oferecem, conteúdos de Patologia Geral e Medicina Legal (Centro de Ciências da Saúde da UFPA); Materno-Infantil (Centro de Ciências da Saúde da UFCE e Centro de Ciências da Saúde da UFPA); Doenças Infecciosas e Parasitárias (Faculdade de Ciências Médicas de Sergipe).

Programa de Comunidade

Há programas de Medicina Comunitária vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva nas Faculdades de Medicina do Piauí, da Paraíba, de Alagoas e do Ceará.

O Projeto de Regionalização Docente-Assistencial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí é uma proposta conjunta da Universidade e da Secretaria de Saúde para planejamento do serviço de saúde de toda a rede de serviços do Estado. Os objetivos propostos são: promover e apoiar a organização e o funcionamento eficientes do Sistema Estadual de Serviços de Saúde; orientar as atividades de formação de pessoal de saúde na constituição da equipe de saúde, proporcionando um posicionamento crítico e construtivo frente à prática de saúde e o contexto no qual ela é realizada; estabelecer mecanismos de articulação entre os sistemas de serviços e a educação, permitindo a implementação e desenvolvimento

volvimento de uma adequada integração docente-assistencial; finalmente, promover e apoiar a realização de esforços para permitir desenvolver a participação comunitária.

Referindo-se especificamente à docência, o projeto pretende: "Reformular os currículos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia de acordo com os propósitos gerais anteriores, conformando-os em torno a: engajamento o mais precoce possível do aluno nos serviços, em todos os seus níveis, em função dos requerimentos da sua formação, fazendo com que o aprendiz se integre na equipe de saúde e assuma responsabilidades específicas".

Com relação à pesquisa, o projeto "promoverá realização de estudos e pesquisas para o conhecimento de problemas nosológicos predominantes no Estado, de natureza operacional, necessários ao desenvolvimento do processo de regionalização docente-assistencial". Quanto à participação comunitária, a orientação é "apoio a atividades de mobilização e organização comunitária, destinadas a promover a participação das comunidades na realização de vários aspectos vinculados ao Projeto, tais como: a prestação de serviços, a interação no processo ensino-aprendizagem e a realização das pesquisas..."

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará desenvolve o Projeto Materno-Infantil da zona rural de Paçatuba, que cobre uma população de 32.100 habitantes e é mantido por convênio entre a Universidade Federal, a Secretaria de Saúde do Estado, a Fundação Ford, o FUNRURAL e a LBA. Os objetivos gerais do projeto são definidos claramente como assistenciais a gestante, puerpera e criança, abrangendo aspectos curativos e preventivos.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba desenvolve, numa área próxima ao campus universitário, um Programa de Medicina Familiar que cobre uma população de dez mil pessoas. Mantém convênio com a FIOCRUZ e a Secretaria de Saúde do Estado. Objetiva prestar assistência à comunidade, desenvolver a compreensão multidisciplinar da equipe de saúde, assim como promover a integração do ensino com a prestação de serviços.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas desenvolve seu Plano Integrado de Saúde na área do Taboleiro do Martins. Mantém convênio com a Secretaria de Saúde do Esta-

do (FUSAL e o HOPE PROJECT, The People to People Health Foundation, Inc. Os objetivos podem ser resumidos na "busca de elevação dos padrões de assistência à saúde, no aumento da capacidade instalada FUSAL/UFAL e no desenvolvimento de pesquisa social e biológica no campo da saúde, beneficiando docentes e discentes, profissionais e técnicos de saúde da UFAL, bem como, fundamentalmente, a própria comunidade".

Nos programas sucintamente apresentados acima identificamos duas linhas de atuação: uma primeira onde a integração ensino-pesquisa-serviço tem como alvo comunidade marginais, periféricas e uma segunda (particularmente no caso de o Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí) que busca uma associação com a Secretaria de Saúde para planejar e se integrar à rede de prestação de serviços de todo o Estado. Chamamos a atenção para este fato porque identificamos neste segundo modelo uma ruptura com a medicina comunitária clássica, proposta pelos organismos internacionais fomentadoras dessa prática.

Conclusão

Os departamentos de Medicina Preventiva das faculdades privadas lecionam menor número de disciplinas (uma e duas) que os das escolas públicas (três a cinco) bem como concentram sua atuação em uma ou duas séries, enquanto que os departamentos similares das faculdades federais o fazem em três das séries do curso médico.

Os departamentos de Medicina Preventiva das faculdades privadas lecionam apenas para o curso médico. A quase totalidade das faculdades federais lecionam para outras áreas de saúde.

Os departamentos de Medicina Preventiva apresentam diferenças quanto à estrutura administrativa com relação à carga horária total, embora os grupos não sejam homogêneos quanto a esta característica.

A produção científica é pouco expressiva nas faculdades federais (23) e inexistente nas faculdades privadas.

Programas de Medicina Comunitária vinculados aos departamentos de Medicina Preventiva são encontrados em 31% das faculdades federais e inexitem nas faculdades privadas.

Diante disso, concluímos que as diferenças encontradas entre os departamentos de Medicina Preventiva das escolas públicas e privadas da Região Nordeste se dão mais por conta do conteúdo curricular do que da prática comunitária e produção científica.

Sabendo-se que o padrão curricular das faculdades federais é normatizado pelo MEC, o que tende, portanto, a homogeneizar esse grupo, acreditamos que a busca das reais diferenças entre esses departamentos deva se dar na forma como reproduzem, na prática, o corpo de conhecimentos que difundem.

As faculdades federais que realizam programas comunitários também não podem ser consideradas como grupo homogêneo porque, qualitativamente, apresentam características que se situam em espaços diferentes com relação à prestação de serviço.

A diferenciação das faculdades por estrutura administrativa assumida no início deste trabalho, a partir da articulação das faculdades como o aparelho de Estado (integração docente-assistencial), não é verificada na Região Nordeste.

V.3 - REGIÃO SUDESTE

1. Minas Gerais
2. Espírito Santo
3. Rio de Janeiro
4. São Paulo

REGIÃO SUDESTE

Minas Gerais

Há, em Minas Gerais, nove escolas de medicina, que podem ser classificadas, por sua estrutura administrativa, em:

- Escolas federais: Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.
 Faculdade de Medicina da Universidade de Juiz de Fora.
 Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro.
- Escolas privadas: Faculdade de Medicina de Barbacena
 Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade de Uberlândia.
 Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.
 Faculdade de Medicina de Itajubá.
 Faculdade de Ciências Dr. José A. Coutinho, de Pouso Alegre.
 Faculdade de Medicina do Norte de Minas, de Montes Claros.

Todas as escolas federais da região foram criadas antes de 1960. Já as escolas privadas, excluindo a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, fundada antes de 1960, surgiram depois de 1966.

A estrutura didática e administrativa predominante é o regime de créditos e a separação entre ciclo básico e ciclo profissional. Apenas em duas escolas a estrutura didática mostra algumas diferenças. Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, a departamentalização é feita com base sistêmica, para o ciclo profissional. Na Faculdade de Medicina do Norte de Minas, a departamentalização se reduz a três unidades: Medicina I, Medicina II e Medicina III, englobando as várias disciplinas do curso médico. A Faculdade de Medicina da UFMG, em particular, encontra-se em um processo de reformulação didático-administrativo com alterações curriculares no sentido de tornar as disciplinas mais adequadas à prática do médico generalista. Dentro dessa orienta-

ção, tendo sido imposta a obrigatoriedade de um internato rural e a extensão da duração do curso médico, que passa a ter duração de seis anos. Esta reforma, que é assumida pela Escola de Medicina como um todo, está definida em termos do seu conteúdo programático num documento emitido por um grupo de professores da escola e por elementos da Faculdade de Educação, formando a equipe do Núcleo de Assessoramento Pedagógico (NAP). Esta proposta de reforma teve início em 1973, reproduzindo, ao que tudo indica, a publicação do Documento nº 2 da Comissão de Ensino Médico do MEC.

Quanto à estrutura e ao ensino de Medicina Preventiva, podemos observar que todas as escolas, com algumas variações no nome, possuem Departamento de Medicina Preventiva. Os Departamentos criados depois de 1966 obedecem, quanto ao conteúdo programático, às diretrizes traçadas no Currículo Mínimo de Medicina do MEC. Alguns incluem ainda conteúdos diferenciados de Biostatística e Medicina Ocupacional. Em três escolas aparecem as disciplinas de Educação Física e Problemas Brasileiros ligadas ao Departamento de Medicina Preventiva, sendo que, na Faculdade de Ciências Médicas Dr. José A.C. Coutinho, o chefe do departamento é o titular da disciplina Estudo de Problemas Específicos.

As faculdades de Juiz de Fora e do Triângulo Mineiro mantêm um grupo de escolas mais antigas que, a partir da reforma universitária de 1968, modificaram a estrutura do ensino de Medicina Preventiva, criando departamentos que resultam da agregação de disciplinas tradicionais. A Faculdade de Juiz de Fora agrega as disciplinas de Doenças Infeciosas e Parasitárias, Dermatologia e Higiene e Saúde Pública. A Faculdade de Juiz de Fora em relação à Faculdade do Triângulo Mineiro que, em 1966, agrega os conteúdos de Medicina Preventiva, Zoonologia, estudos dos Problemas Brasileiros e Educação Física numa estrutura mais diferenciada conforme às exigências do Currículo Mínimo.

Em outro grupo de escolas está constituída pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Em termos de padrão curricular, estas escolas se diferenciam das demais mencionadas porque nelas os currículos de Medicina Preventiva exibem disciplinas diferenciadas de Ciências da Conduta (Sociologia e Antropologia).

Convém destacar o estudo da Faculdade de Medicina da UFMG e da FAMED já que constitui um modelo de ensino de Medicina Preventiva para as outras escolas de Medicina do Estado.

A criação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFMG ocorreu em 1959, quando da superação da antiga cadeira de Higiene. A influência do Seminário de Viña del Mar foi direta, através das idéias trazidas pelo então vice-diretor de Faculdade, Dr. Oscar Versiani Caldeira, que participou do seminário. Imbuído das idéias do movimento preventivista, o departamento já nasce com inovações curriculares, ao exibir disciplinas como Ciências Sociais Aplicadas e Medicina do Trabalho, e um programa de família. Em conformidade com a linha liberal traçada neste seminário, o departamento põe em prática estágios em unidades sanitárias e pequenas experiências de comunidade para treinamento de técnicas e atitudes preventivistas.

Em 1964, já então como diretor da Faculdade de Medicina, o Dr. Caldeira apresenta proposta de reformulação do Currículo Médico, com plano de alteração do curso para cinco anos, o qual foi aprovado pelo C.F.F. em caráter experimental. Ainda uma vez a influência das idéias preventivistas mostrava-se determinante. A própria concepção de integração multidisciplinar levada a efeito pelo Departamento de Medicina Preventiva está presente nessa proposta de reforma. A disciplina de Nutrição distribui-se ao longo do curso médico de forma integrada e coordenada. Cabe ao Departamento de Medicina Preventiva desenvolver os aspectos epidemiológicos, sócio antropológicos e econômicos da nutrição.

No período de 1955 a 1973, são feitos esforços no sentido da integração das disciplinas de Epidemiologia, Ciências do Comportamento e Estatística, mediante aplicação prática na comunidade. Com as exigências da Reforma Universitária, a disciplina Administração de Serviços de Saúde passa a englobar a antiga disciplina de Introdução à Saúde Pública.

Esta reforma determina mudanças no ensino da Medicina Preventiva, que passa a incorporar as disciplinas de Prática Hospitalar, Prática Comunitária Integrada, Avaliação de Nosologia Prevalente e Diagnóstico de Saúde de Comunidade. Ou seja, são incorporadas disciplinas de administração que, no pensamento do MEC, tra-

zido no documento nº 2, redundam em "melhor conhecimento do lugar institucional em que o médico trabalha e das condições sociais que repercutem na saúde dos indivíduos. A disciplina de Prática Comunitária (área de integração dos conteúdos preventivistas) facilita uma prática permanente: já não mais do tipo experimental, mas de utilização de unidades de saúde do Estado (como, por exemplo, Centro de Saúde de Pompéia, da Secretaria Estadual de Saúde).

O ensino de Medicina Preventiva adquire traços racionalizadores na medida em que se situa no âmbito de uma reformulação geral que supõe inserir as escolas médicas no desenvolvimento de áreas docente-assistenciais como base da implementação do Sistema Nacional de Saúde. Esse caso exemplifica a trajetória do ensino de Medicina Preventiva, que caminha do modelo liberal para o modelo racionalizador.

No pólo do modelo racionalizador do ensino de Medicina Preventiva está a FAMED, que é, paradoxalmente, uma escola de estrutura administrativa privada. Põe-se em prática, nesta escola, um programa docente-assistencial de grande extensão: o projeto ADA, do qual são signatários, em convênio, a FAMED, a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e a Fundação Oswaldo Cruz. Essa área corresponde ao Centro Regional de Saúde do Norte de Minas, sede de uma experiência piloto para a implantação do Sistema Nacional de Saúde.

A grande integração entre a Faculdade e o Centro Regional deve ser tomada como um dos fatores de importância para a concretização de tal programa. Neste caso, a faculdade como um todo assume uma adaptação que supõe um ajuste institucional racionalizador. Desenvolvem-se iniciativas de internato geral na rede de serviços e outras formas de integração. O Departamento de Medicina Preventiva exerce um papel importante na promoção dos programas, sendo que um de seus professores é o chefe do Centro Regional de Saúde de Montes Claros.

Espírito Santo

O Estado possui apenas duas escolas médicas: o Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo e a Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, esta última com estrutura administrativa privada. A Escola Federal de Medicina foi criada em 1957 e a Escola de Medicina da Santa Casa foi criada em 1968.

O Centro Biomédico das UFEs resultou da integração das antigas faculdades de medicina, odontologia e enfermagem. O curso de medicina propriamente dito constitui-se de quatro departamentos. Há um Departamento de Biologia comum a todos os cursos. Na EMESCAM não existe ainda departamentalização efetiva, predominando o regime por disciplina.

No Centro Biomédico, o Departamento de Medicina Preventiva foi criado antes da Reforma Universitária, em 1964, sob a influência pelas idéias de Viña del Mar e Teochuacán. Com a posterior implantação de reforma de 1968, o departamento incorpora uma disciplina de Administração de Serviços de Saúde e, paulatinamente, abre-se para a comunidade adquirindo traços racionalizadores. Assim, patrocina um programa de comunidade sediado nas proximidades do Hospital das Clínicas e do Centro Biomédico cujo método seria o de integração docente-assistencial. Este programa contou, desde o início, com uma ampla cobertura institucional da Secretaria de Saúde do Estado.

Já a experiência do Departamento de Medicina Social da EMESCAM é bastante limitada, contando apenas com a presença da disciplina de Medicina Social e sem a estruturação de um programa de atendimento à comunidade.

Rio de Janeiro

Existem, no Estado, doze escolas de Medicina que se distribuem da seguinte maneira segundo sua estrutura administrativa:

Escolas públicas federais:	Faculdade de Medicina da UFRJ
	Faculdade de Medicina da FEFIERJ
	Faculdade de Medicina da UFF
Escolas públicas não-federais:	Faculdade de Ciências Médicas da UERJ
	Escola de Medicina da Fundação Souza Marques
	Faculdade de Medicina de Campos
	Fundação Benedito Pereira Nunes
	Faculdade de Medicina de Valença Fundação Dom André Arcoverde
Escolas privadas:	Faculdade de Medicina de Petrópolis, Fundação Octacílio Gualberto.
	Faculdade de Medicina de Vassouras
	Faculdade de Medicina de Terezópolis, Fundação Serra dos Órgãos.
	Faculdade de Ciências Médicas de Volta Redonda, Fundação Oswaldo Aranha
	Escolas Médicas do Rio de Janeiro, Fundação Gama Filho.

As escolas públicas federais e públicas não-federais foram criadas antes de 1960. As escolas privadas, com exceção da Faculdade de Medicina Gama Filho, fundada em 1965, foram criadas depois de 1966.

Quanto à estrutura didática e administrativa, predomina nas escolas do Estado a departamentalização, sendo que nas escolas privadas, em sua maioria, tal estrutura é apenas formal.

Na Faculdade de Medicina da UFF não existe o regime de departamentos, mas um sistema de quatro áreas de integração, uma das quais corresponde à área de Saúde Comunitária. Na Faculdade de Medicina da FEFIERJ, discute-se atualmente o processo de departamentalização, que não foi ainda concretizado.

Podem existir também departamentos de Medicina Preventiva ou correlatos. As variações quanto ao nome dos departamentos são inúmeras. Em algumas escolas prevalece uma forma nova de denominação: Área de Saúde Comunitária (UFF e FEFIERJ).

Os departamentos de Medicina Preventiva das escolas privadas surgiram atendendo diretamente às exigências do MEC e apresentam uma estrutura curricular muito semelhante. Predomina a disciplina de Higiene-Medicina Preventiva-Medicina do Trabalho, presente em quatro delas. Em outras, o departamento incorpora Medicina Legal e algumas vezes estão presentes disciplinas como Doenças Infecciosas e Parasitárias, Estudo de Problemas Brasileiros e Educação Física. Em apenas duas escolas aparece discriminada a disciplina Epidemiologia. As escolas privadas não apresentam conteúdos de Ciências da Conduta, em termos de uma disciplina autônoma. Em geral, as disciplinas com conteúdos relativos à Medicina Preventiva são oferecidas nas primeiras séries, sem qualquer integração com as disciplinas do ciclo clínico.

Pode-se admitir que estes departamentos, no que diz respeito ao ensino, parcialmente respondem às exigências do MEC. No entanto, parece que a ordenação curricular responde antes a necessidades de ordem administrativa que resultam na fusão de matérias que, impossíveis de serem inseridas em departamentos especializados, apareçam na estrutura do Departamento de Medicina Preventiva.

A Faculdade de Medicina da FEFIERJ pouco se modificou com a Reforma Universitária de 1968. Não aplica a estrutura departamental e o ensino de Medicina Preventiva se faz através da antiga cadeira de Higiene e Saúde Pública. Em 1971, porém, o Instituto Biomédico da FEFIERJ criou a Área de Saúde de Comunidade, ao que parece como resposta às propostas do MEC e como efeito da influência da Faculdade de Medicina da UFRJ. Esta área oferece cursos para as carreiras biomédicas e reserva para o curso médico duas disciplinas: Sociologia e Higiene; Saúde Pública. Existe atualmente toda uma polêmica em torno do ensino de Medicina Preventiva que se traduz em duas posições: a do chefe da área de Comunidade, que deseja manter o setor no Biomédico, e a posição do diretor da Faculdade, que pretende que o ensino de Medicina Preventiva se faça ao longo do curso médico. O Setor Biomédico, através da área da Comunidade, mi-

Escolas privadas:

Faculdade de Ciências Médicas da
Santa Casa de São Paulo
Centro de Ciências Biológicas e Mé-
dicas de Sorocaba
Faculdade de Medicina de Mogi das
Cruzes
Faculdade Bandeirantes de Medicina
da Bragança Paulista
Faculdade Regional de Medicina de
S. José do Rio Preto
Faculdade de Ciências Médicas da
PUC - Campinas
Faculdade de Medicina de Taubaté
Faculdade de Medicina da Fundação
ABC
Faculdade de Medicina de Catanduva
Faculdade de Medicina de Santo Amá-
ro
Faculdade de Medicina de Jundiá
Faculdade de Ciências Médicas de
Santos.

Quanto ao ano de criação das escolas médicas do Estado, podemos observar que a única faculdade federal foi criada em 1933. A mais antiga Faculdade do Estado, a Faculdade de Medicina da USP, foi fundada antes de 1930. As demais faculdades públicas não-federais foram criadas progressivamente a partir desse período: duas no período 1961-1965 e a outra no período de 1966-1970. Quanto às escolas privadas, a grande maioria delas, seguindo a tendência geral, foi criada no período entre 1966-1970.

As escolas de Medicina do Estado de São Paulo assumem estrutura didática e administrativa similar, baseada na departamentalização e na divisão entre ciclo básico e profissional. Apenas uma escola, a Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, não é ainda departamentalizada, estando esse processo em andamento. Das escolas assumem uma estrutura didática e administrativa caracterizada por forte integração entre o setor de Ciências Exatas e Pedagógicas, o setor de Ciências Biológicas e o setor de Ciências Médi-

cas. Tal fenômeno refletiu-se nos nomes adotados: Faculdade de Ciências Médicas do Centro de Ciências Biológicas e Médicas de Sorocaba, por exemplo.

Podem-se agrupar as escolas de medicina criadas antes de 1966 em um grupo que se caracteriza pelo aparecimento de Departamentos de Medicina Preventiva antes da Reforma Universitária. A única novidade parece guardar relações com as práticas comunitárias promovidas por essas escolas. A esse nível, especificamente os documentos da Comissão de Ensino Médico do MEC parecem ter exercido considerável influência.

O primeiro Departamento de Medicina Preventiva foi criado em 1954, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, sob dupla influência: dos seminários internacionais e de institutos norte-americanos de saúde pública. O criador desse Departamento, Dr. Pedreira de Freitas, fez sua formação de sanitarista no Curso de Saúde Pública da Universidade John Hopkins. Imbuído das novas idéias transmitidas durante o curso, decidiu dar ao ensino tradicional de Higiene uma conotação diferente, que seguisse a orientação preventivista. Deve-se ressaltar que essa dupla influência, pelo menos formal, está também na raiz da criação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

A Escola Paulista de Medicina, seguindo a orientação traçada nos seminários internacionais, criou seu Departamento de Medicina Preventiva em 1960. Em seguida surgiu, já em 1964, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Em 1965, criava-se departamento similar na Faculdade de Ciências Médicas de Santa Casa de São Paulo. Talvez a única escola tradicional em que a criação do Departamento de Medicina Preventiva se vincula à Reforma Universitária tenha sido a Faculdade de Medicina da USP (1967-1968). Em todos esses casos, a criação deste departamento veio trazer modificações para a antiga cátedra de Higiene..

Quanto aos métodos do ensino ministrado pelos diversos departamentos, podemos verificar que o primeiro grupo de escolas identificadas reproduz a pauta de conteúdos estabelecida nos seminários internacionais. Na sua maioria, estas escolas apresentam

nistra as disciplinas de Saneamento, Comunicação, Epidemiologia e Saúde da Comunidade para o curso de Enfermagem e Administração em Saúde, e a de Economia e Desenvolvimento da Comunidade para o curso de Nutrição.

A Faculdade de Medicina da UFF criou, em 1973, a área de Saúde da Comunidade, que oferece cursos para Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Veterinária, Psicologia e Serviço Social. Esta área apresenta, para o curso médico, uma rica pauta curricular, com as disciplinas de Estatística, Epidemiologia, Ciências da Conduta, Saúde Ocupacional, Dinâmica do Hospital, Sistema de Saúde e Introdução à Saúde Comunitária, as quais estão distribuídas ao longo do curso. A área de Saúde da Comunidade é multidisciplinar, com um grupo docente integrado. Este modelo exerce uma forte influência sobre as outras escolas da região. Ressalta a ênfase dada ao ensino de matérias relacionadas com a organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde. As características do ensino médico estão norteadas, neste caso, pelo projeto de integração da Faculdade em uma área docente-assistencial.

A Faculdade de Ciências Médicas da UERJ possui um Instituto de Medicina Social que se formou em 1971 através da agregação das disciplinas de Higiene, Medicina Social e Medicina Legal. A estrutura curricular inclui conteúdos de Ciências da Conduta e de Medicina Social ao lado das disciplinas tradicionais. É um dos poucos departamentos que articula tentativas de integração com departamentos da área clínica. Além das sessões conjuntas que o Instituto de Medicina Social promove, participa de uma experiência de residência em Medicina Integral.

Em resumo, podemos dizer que o Instituto de Medicina Social da UERJ se apresenta como um dos poucos departamentos que acolhe as idéias preventivistas elaboradas em Viña del Mar e Teochucán e tenta aplicá-las no que diz respeito a uma estratégia de integração com a área clínica e pediátrica. Seu currículo reproduz os conteúdos definidos nos seminários internacionais, embora assumam formas integrativas internas ao próprio departamento. No entanto, este Instituto se diferencia do modelo preventivista tradicional na medida que desenvolve todo um trabalho teórico sobre possíveis relações entre saúde e sociedade que, superando o "reduccionismo" operado pela teoria da multicausalidade, tenta isolar determi-

nantes estruturais. Se, de um lado, o Instituto aplica uma estratégia de integração intra-escolar, de outro lado, através do curso de pós-graduação, volta-se para o aparelho de Estado, formando recursos humanos para o sistema de saúde. Por fim, sua experiência comunitária em Austim, definida em termos de aplicação de uma medicina simplificada, de equipe, embora privilegie a formação de mão-de-obra, visa uma articulação institucional com a Secretaria de Saúde e os órgãos de prestação de serviços.

Em contraste, o Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ, embora admita doutrinariamente a influência do modelo liberal de Viña del Mar e Teochacán, sempre esteve dominado pela especialização clínica, através da disciplina Doença Infecciosas e Parasitárias, e não reproduz a pauta recomendada nesses seminários. A influência do modelo talvez possa ser medida pelas práticas comunitárias experimentais que o Departamento impulsionou. Atualmente o Departamento vem se modificando segundo a direção traçada pela Faculdade, que define um modelo racionalizador de ensino médico em áreas docente-assistenciais. Configura-se dessa maneira uma zona de conflito entre o modelo liberal tradicional e o pensamento de orientação predominantemente racionalizadora da direção da Faculdade.

São Paulo

O Estado possui 18 Escolas de Medicina, distribuídas segundo sua estrutura administrativa em:

Escolas públicas federais:	Escola Paulista de Medicina
Escolas públicas não-federais:	Faculdade de Medicina da USP
	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
	Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu.
	Faculdade de Medicina de Marília

tais conteúdos em termos de disciplinas específicas, com um alto grau de integração vertical.

O outro grupo, representado pelas escolas criadas após 1960, subdivide-se em dois: um grupo que reproduz o padrão curricular das escolas mais antigas e que apresenta unidades diferenciadas de Ciências Sociais e de Administração em Saúde e outro grupo, em oposição, não apresenta unidades diferenciadas, mas disciplinas que representam áreas de integração dos conteúdos preventivistas (Saúde Coletiva, Medicina Preventiva etc.). Este último grupo inclui em seus departamentos disciplinas tais como Medicina Legal, Estudo de Problemas Brasileiros e Educação Física.

Os Departamentos de Medicina Preventiva da escola federal e das públicas não-federais, e ainda o da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, constituem casos interessantes de integração com outros departamentos da escola médica. É possível que, neste particular, estejam em um estágio mais avançado em comparação com outras regiões ou sub-regiões. O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas teve participação importante na definição de algumas inovações curriculares, como por exemplo na criação de programas de integração clínico-patológico, na criação da disciplina de Medicina Integral, no programa de integração materno-infantil, no programa de clínica de família e posteriormente na criação do programa de Medicina Comunitária.

O Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto também desenvolveu, relativamente cedo, atividades integradas em colaboração com outros departamentos da escola. Em 1969, fez funcionar o Centro Médico-Social-Comunitário de Vila Lobato juntamente com outros departamentos especializados, mas arcando com a maior parcela de responsabilidade pelo projeto. Este departamento contribui, em grande medida, para a criação de unidades semelhantes em outras escolas da região.

O Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista também alcança um alto grau de integração com outros departamentos. Recebe a incumbência de dirigir o ambulatório geral e, além disso, apresenta uma rica prática de comunidade em convênio com organismos públicos (como a Secretaria de Saúde e o Parque Nacional do

Xingu), em atividades médico-profiláticas gerais e na área de proteção materno-infantil, constituindo-se em modelo de atividades racionalizadoras à serviço de entidades oficiais. É interessante ressaltar a relativa independência que este departamento mantém com relação à administração dos convênios. Outra peculiaridade do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista está em que sua origem no corpo doutrinário dos seminários internacionais é amplamente reconhecida, apesar de ter sido criado em 1960, já como produto de um convênio com o MEC.

Uma situação muito especial se apresenta no Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Este Departamento constitui um vivo exemplo de derrota da estratégia preventivista liberal de integração intra-escolar. Coube-lhe importante papel na definição de uma área de integração, abrangendo disciplinas tais como Clínica Médica, Obstetrícia e Pediatria, cuja expressão orgânica foi a área de Medicina da Comunidade, que esteve na base da constituição de um Curso Experimental de Medicina. O fracasso desta experiência pode ser interpretado como um caso de estrangulamento da estratégia de expansão do Departamento. Tal caso mostra uma certa correlação com a situação do Instituto de Medicina Social da UERJ, onde também um grupo particular assume estratégia similar através de um trabalho eminentemente teórico que comporta uma ruptura com o modelo tradicional de medicina preventiva sem, contudo, abandonar seu aspecto liberal, característica que parcialmente explica seu fracasso.

V.4 - REGIÃO SUL

1437

REGIÃO SUL

A Região Sul compreende quatorze escolas de Medicina, das quais mais da metade (nove) concentram-se no Estado do Rio Grande do Sul. A mais recente é a faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, criada em 1970. As duas únicas escolas criadas antes de 1930 são o Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da UFPR e a Faculdade de Medicina da UFRGS. Entre 1930 e 1960, foram criadas cinco escolas. Já entre 1961 e 1965, apenas se criou o Curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas.

A partir de 1966, o ensino superior brasileiro passa por período de franca expansão do número de matrículas. Na região Sul, em particular, foram criadas seis escolas de Medicina, medida que deve ser considerada como uma resposta governamental à "crise universitária" da década de 1960. Porém é importante observar que, das seis escolas médicas do Sul criadas no período, cinco tem estrutura administrativa privada.

Pode-se dizer que é uma hipótese desse trabalho a formação de que as escolas médicas mais antigas e, portanto, a maioria das escolas públicas, apresentam uma caracterização semelhante, quer seja quanto a sua organização e administração, quer seja quanto a sua estrutura didática. No caso específico da realização prática da "ideologia preventivista", tudo indica que essas escolas, como consequência da pronta penetração da orientação dada pelo MEC a partir de 1969, estão de alguma forma seguindo o modelo definido anteriormente como "racionalizador". Aqui a proposta é simplesmente tentar mostrar, de maneira geral, a situação dos diversos departamentos de Medicina Preventiva da região e verificar se é aconselhável a manutenção da discriminação definida anteriormente como fundamental, entre escolas públicas mais antigas/escolas particulares criadas a partir de 1966.

A distribuição das escolas de Medicina do Sul segundo sua estrutura administrativa assim se configura: cinco escolas públicas federais, uma não-federal (Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina) e oito escolas particulares.

Há indícios bastante fortes de que, até certo ponto, independentemente da estrutura administrativa da escola, a criação do departamento de Medicina Preventiva foi antes de tudo uma tentativa de atualização da nova orientação definida no Currículo Mínimo dos cursos de graduação de Medicina (MEC/1969). Não cabe aqui retomar a análise desse documento, mas é pertinente lembrar a importância que nele se atribui aos "novos rumos" do ensino médico.

"Busca-se, modernamente, despertar em nossos estudantes, ao longo do curso, acentuado interesse pelo melhor atendimento das condições sociais que os refletem, de múltiplas formas, sobre a saúde das comunidades e dos indivíduos. Para prestar boa assistência ao indivíduo enfermo, deverá o médico estar informado não apenas dos aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde da população a que está servindo, como do complexo sistema de assistência médica em que deverá integrar-se e no qual, frequentemente, desempenhará papel de liderança. Esta orientação impressa desde o ambiente escolar, induzirá no estudante a atitude que se espera de todo e qualquer médico perante as questões pertinentes à preservação, à restauração e à promoção da saúde, entendida esta como complexo bem-estar físico, mental e social" (o grifo é nosso).

O fundamental para essa análise, como já dissemos, é a tentativa de se trabalhar com os diversos departamentos das escolas de Medicina do Sul que oferecem, de uma maneira ou de outra, disciplinas de Medicina Preventiva. Além disso, interessa-nos saber se, apesar da escola não possuir departamento (genericamente tratado de "departamento de Medicina Preventiva"), não incorpora de alguma forma, em seu currículo, "conteúdos preventivistas".

Em primeiro lugar, deve-se observar que, das quatorze escolas da região, dez possuem um departamento estruturado, em moldes preventivistas. A denominação desses departamentos está assim distribuída:

Departamento de Medicina Preventiva	- 6 escolas
Departamento de Medicina Preventiva e Social	- 1 escola
Departamento de Saúde Comunitária	- 1 escola
Departamento de Saúde Pública	- 1 escola
Departamento de Medicina Social	- 1 escola

É interessante mostrar que, das cinco escolas públicas, em apenas uma o departamento é denominado Departamento de Medicina Preventiva. Os cinco departamentos com esse nome restantes pertencem a escolas particulares.

Por outro lado, dentre as escolas federais, apenas o Curso de Medicina do Centro de Ciências Biomédicas da Universidade Federal de Santa Maria não possui um departamento estruturado em moldes preventivistas. A bem da verdade, informações do seu corpo docente garantem que, até 1972, havia tal departamento mas "foi dissolvido com a implantação da Reforma Universitária de 1968" (sic). Já dentre as oito escolas particulares, seis apresentam o genérico Departamento de Medicina Preventiva. O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina constitui um caso à parte porque, apesar de não possuir Departamento de Medicina Preventiva, desenvolve, de forma específica, uma reprodução da ideologia preventivista.

A mais recente escola criada no Sul, a Faculdade de Medicina da FUC/RGS, não possui Departamento de Medicina Preventiva, mas segundo informações do seu corpo docente, o departamento será criado ainda este ano.

Outra observação interessante diz respeito à distribuição dos diversos Departamentos de Medicina Preventiva segundo ano de criação. Os dois primeiros departamentos criados na Região foram o da Universidade Católica de Porto Alegre, em 1961, e o da Universidade Católica de Pelotas, em 1963. O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Católica de Porto Alegre merece ser estudado com mais cuidado na medida em que parece manter um intenso programa de medicina preventiva. Já o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Católica de Pelotas não apresenta nenhuma contribuição especial.

No período compreendido entre os anos de 1969 a 1975, está concentrada a criação de sete dos dez departamentos das escolas da região. O mais recente é o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Passo Fundo, criado em 1975.

Convém lembrar que, para obter uma caracterização geral, empreender a análise de algumas escolas em que foi possível verificar, de uma forma ou de outra, a presença da ideologia preventivista.

Universitário. Finalmente, seria interessante destacar o fato de que este Departamento de Medicina Preventiva não apresenta produção científica.

Outro caso que merece destaque é o do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da URPR. O Departamento de Medicina Preventiva denomina-se, nesta escola, Departamento de Saúde Comunitária e parece estar estruturado de maneira dinâmica na medida em que desenvolve intenso programa de pesquisa em sua área de conhecimento.

O Departamento de Saúde Comunitária é integrado pelo Núcleo Profilático Universitário Prof. Pereira Filho, que desenvolve vários programas de atendimento à comunidade. Esse órgão auxiliar do Departamento, administrado pelo chefe do Departamento, pretende, conforme o Regimento do Departamento de Saúde Comunitária do Setor de Ciências da Saúde da URPR, ter como objetivos: I - Promover a saúde e prevenir as doenças no corpo docente, discente e demais servidores da Universidade Federal do Paraná; II - Promover a saúde e prevenir doenças na população residente nos bairros de Batel, Santa Teresinha e Seminário, todos do distrito de Curitiba; III - Proporcionar estágio prático ao corpo discente da Universidade; IV - Proporcionar treinamento em serviço a todos os servidores que desempenham funções no Núcleo; V - Realizar pesquisa, pura e aplicada, na área de Saúde Pública e Medicina Preventiva, com vistas ao aprimoramento das suas atividades; VI - Colaborar com todas as disciplinas do Departamento e de outros departamentos da Universidade; VII - Avaliar, semestralmente, demonstrando por Relatório, a situação da morbidade verificada em exames pelo Núcleo".

É significativo o papel que o Departamento de Saúde Comunitária desempenha dentro da escola. Desenvolve, a partir do Núcleo, um importante programa de atendimento à comunidade. Realiza pesquisas pioneiras na região e, o que é mais importante, promove estágio prático para o corpo discente da escola, dentro de uma nova visão da prática médica.

Em 1976, a Universidade assinou com a prefeitura de Curitiba em "termo de acordo" visando a implementação de um Programa de Saúde Comunitária com o intuito de propiciar estágio a alunos da Universidade no campo de Saúde Comunitária. Antes disso, em 1974,

o referido Departamento, visando a melhoria do ensino e da pesquisa de nível de graduação, de pós-graduação e de extensão, em consonância com as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Toda esta proposta de reestruturação é fundamentada e baseada no espírito do Plano de Ação de Desenvolvimento das Ciências da Saúde, que pretende ampliar o acesso da população aos cursos de graduação e também de cursos curtos de atualizações. Nesse sentido, cabe destacar que esse Departamento segue um esquema de integração com outras entidades, por um lado, com os demais departamentos da escola e, por outro, com as entidades de saúde do Estado.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina constitui a base para um caso interessante. Observa-se, nesta escola, a importância e a penetração que teve a 'ideologia preventivista'. Apesar disso, não existe estruturado um Departamento de Medicina Preventiva. As disciplinas com 'conteúdo preventivista' estão espalhadas pelo Departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária.

A escola de Londrina está desenvolvendo uma série de trabalhos científicos cuja temática revela uma preocupação explícita em adaptar o ensino médico em geral à proposta do MEC e, por outro lado, tentar uma avaliação real do atual sistema de atenção médica. Dentre esses trabalhos merece destaque o "Ante-Projeto do Plano de Atendimento de Saúde em Londrina", elaborado pela comissão formada pelos professores Darli A. Soares (presidente), José Marcelo R. Lettune e Saioke Modana, que propõe o seguinte: "A Universidade Estadual de Londrina, através do Centro de Ciências da Saúde, consciente de sua inserção na realidade, tem enfatizado a necessidade de formar recursos humanos para o sistema de atenção médica e de integrar-se com outras instituições prestadoras de serviços, principalmente a Previdência Social. Por isso, verificando a necessidade de racionalizar o atendimento médico principalmente através do Hospital Universitário, baseado nas recomendações da OPA/S/OMS e da experiência de funcionamento de suas unidades de saúde, propõe esquematizar um atendimento hierarquizado, respeitando os seus objetivos fundamentais que são o ensino e a extensão". Esta proposta serve como justificativa para a apresentação do objetivo prático

do plano, qual seja, a instalação de sete unidades de saúde para o atendimento a comunidades de baixo nível sócio-econômico.

Pode-se verificar que, bem ou mal, estão se reproduzindo, também neste caso, as características fundamentais do "modelo racionalizador". Nota-se, ainda, a preocupação da escola em traduzir em uma prática os objetivos propostos por especialistas da OMS em termos de criação de um sistema nacional de saúde pela necessidade de regionalização dos serviços de saúde.

No "Manual de Organização e Funcionamento de Três Unidades Periféricas Integradas de Saúde do Município de Londrina", explica-se a hierarquização dos serviços na medida em que se descentralizam, o que permite uma cobertura maior a toda população. Nesse sentido, a escola de Londrina divulga a necessidade de se pôr fim ao esquema dual de assistência médica (visita domiciliar por pessoa da própria comunidade e ambiente hospitalar sofisticado) através da implementação de programas locais de saúde.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul possui um Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho criado, como vimos, em 1971, de acordo com as exigências do currículo mínimo para Medicina.

Em 1964, firmou-se um convênio entre a Universidade e o governo do Estado do Rio Grande do Sul com o objetivo de treinar alunos da faculdade de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Esse treinamento seria feito no Centro Médico-Social São José do Muriaé, do que, desde 1963, era dirigido pela Secretaria de Saúde já dentro de uma perspectiva de desenvolvimento de trabalhos de Saúde Pública. A partir desse convênio, a chefia do Centro passou para a Universidade, que colocou à disposição do Centro seu corpo docente.

Acompanhando ainda o histórico do Centro, observa-se que "em 1967 a OPS propõe um acordo para o desenvolvimento da Medicina Preventiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do RGS, a ser celebrado com essa Universidade, o governo do Estado, a Pontifícia Universidade Católica e a Faculdade Católica de Medicina". Esse acordo (não se sabe bem porque) não chegou a ser realizado. Tinha como objetivo "o desenvolvimento de programas de Medicina Familiar e das comunidades urbanas e rural com consulta externa, hospitalização e serviços complementares, e ainda a coordenação e inte-

gração de todos os serviços de saúde visando estabelecer a regionalização dos serviços", conforme está afirmado no documento "Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária".

É interessante notar que o Centro, na medida em que participa da formação dos alunos da faculdade, age como ponto de exposição dos problemas da comunidade, visando, antes de tudo, a uma integração do ensino com os serviços para uma prestação de serviços a toda a comunidade.

Finalizando essa análise, deve-se dizer que a escola apresenta residência médica em Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho.

É possível concluir, para Região Sul, que as escolas que, de alguma forma, estão reproduzindo a "ideologia preventivista", sejam públicas ou privadas, seguem uma orientação predominantemente de cunho "teórico liberal" na medida em que não se encontram desenvolvidas ainda, na prática, áreas docentes-assistenciais. O que na verdade parece ter sido observado é uma reprodução adaptada da pauta de Viña del Mar e Teochuacán, apesar de em algumas escolas se ter colocado a possibilidade de uma integração da escola (via Departamento de Medicina Preventiva) com o sistema de saúde. Como foi visto na introdução teórica da pesquisa, a maneira concreta de viabilizar a prática preventivista atualmente no Brasil está definida na tentativa de se articular o ensino médico com a rede oficial de serviços.

É importante ressaltar que, na grande maioria das escolas privadas de Medicina do Sul, os diversos departamentos de Medicina Preventiva cumprem apenas as exigências legais definidas pelo MEC em 1968, sem desenvolver nada além, ou, quando muito, esforçam-se por acompanhar o padrão seguido pelas escolas maiores (federais ou algumas particulares).

Finalmente, um dado que deve estar presente é o fato de que, entre as quatorze escolas da região, apenas o Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, o Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Londrina, a Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo e a Faculdade de Medicina da UFRGS apresentam programas de atendimento à comunidade.

V.5 - REGIÃO CENTRO-OESTE

1. Descrição

2. Programas de Comunidade

REGIÃO CENTRO-OESTE

Descrição

Existem apenas três faculdades de Medicina na região, todas elas instituições públicas criadas no período que se inicia em 1960. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, a mais antiga, foi fundada em 1960. A Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília foi criada em 1964 e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso em 1969.

Importante notar que, antes de 1960, não havia nenhuma faculdade de Medicina na região Centro-Oeste que, além disso, é atualmente a única região geográfica brasileira que não possui escolas médicas de caráter privado. No período entre 1966 e 1970, quando surgem quase 40% das faculdades de Medicina hoje existentes no país, esse surto ocorre fundamentalmente nas regiões Sudeste e Sul, às custas da iniciativa privada, conforme já analisamos anteriormente. Na região Centro-Oeste, nessa época, surge apenas uma escola, como parte da estruturação da Universidade Estadual de Mato Grosso, que reuniu instituições de ensino superior dispersas pelo sul do Estado. Parece, então, que as condições sócio-econômicas da região em estudo não ofereceram atrativos à iniciativa privada no que diz respeito à criação de escolas médicas.

Como seria de se esperar, a Universidade de Brasília, na região, aquela que vai assumir de modo mais coerente os postulados didático-administrativos propostos pela Reforma Universitária. Sua criação, de fato, veio acompanhada da idéia de tornar-se um modelo nacional da aplicação de tais postulados. A divisão em Institutos Básicos e Cursos Profissionais prossegue na estruturação interna de cada curso.

Já as outras duas universidades da região parecem incorporar os postulados da Reforma Universitária sem possuírem condições para o fazer de forma abrangente, adaptando-os e formando padrões híbridos que, talvez, correspondam à necessidade de acomodar

ção de interesses diversos (renovadores e tradicionais) e a limitações de ordem orçamentária e administrativa.

O Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Mato Grosso procura seguir a estrutura de Centros e Departamentos propugnada pela Reforma Universitária. Assim, não há faculdades, mas Departamentos. Nesses cursos de graduação, algumas disciplinas do Curso Básico são ministradas pelo Centro de Estudos Gerais, que o faz para toda a Universidade. Dentro da área médica, a divisão departamental é feita em grandes áreas: Morfologia, com 25 professores; Patologia (14 docentes) e Medicina, que abrange 51 docentes. Mas, de acordo com os dados disponíveis, o Centro de Ciências Biológicas é o único a representar o padrão de Reforma, já que o Centro Tecnológico possui apenas o curso de Engenharia, e os Centros Pedagógicos de Corumbá, Três Lagoas, Aquidauana e Dourados (localizados no sul do Estado) repetem-se em cursos de Geografia, História, Estudos Sociais, Letras e Ciências.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, por outro lado, divide-se didaticamente em 10 departamentos, que reúnem 133 docentes: Clínica Médica, Cirurgia (que congrega 30% do total de professores), Pediatria-Puericultura, Gineco-Obstetrícia, Psiquiatria e Medicina Legal, Patologia, Radiologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia. A existência dos quatro últimos departamentos como entidades separadas poderia ser interpretada como uma forma de acomodação entre setores de poder interno.

A Universidade de Goiás possui um Instituto de Patologia Tropical, criado em 1965, unidade administrativa separada da Faculdade de Medicina. Este instituto reúne, além do Departamento de Medicina Preventiva, os Departamentos de Parasitologia (disciplinas de Protozoologia, Helmintologia e Antropologia); Microbiologia (Microbiologia Geral e Especial, Imunologia, Patologia Geral) e Medicina Tropical (Doenças Infecciosas e Parasitárias, Dermatologia). O Departamento de Medicina Preventiva ministra as disciplinas de Medicina do Trabalho (30 horas) e Medicina Preventiva I, II, III, IV, que são, respectivamente, Ciências Sociais Aplicadas à Saúde (75 horas), Epidemiologia (60 horas), Epidemiologia Especial (60 horas) e Administração e Organização dos Serviços de Saúde (30 horas).

No curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso havia, até 1974, o Departamento de Saúde Coletiva. Nesse ano é formada a Comissão Especial de Saúde Pública, que se encarrega do ensino das seguintes disciplinas: Saúde Coletiva I, II, III, IV, V e VI, as quais ministram conteúdos, respectivamente, de Estatística, Saneamento Ambiental (I e II), Epidemiologia Geral e Especial, Introdução às Ciências Sociais, Organização e Administração Sanitária. Cada uma dessas disciplinas ocupa uma carga horária do curso médico (19 ano 59 ano).

Na Universidade de Brasília, o ensino de Medicina Preventiva é feito dentro do Departamento de Medicina Geral e Comunitária. Assim, esse departamento ministra, ao longo do curso médico, as disciplinas de Epidemiologia Geral, Medidas de Profilaxia, Administração de Serviços de Saúde e Nutrição Aplicada. O ensino de Ciências da Conduta fica a cargo do Instituto de Ciências Humanas, sendo ministrado de forma optativa aos alunos de Medicina.

É relativamente uniforme a bibliografia indicada. Em epidemiologia, são indicados os seguintes autores: Rojas, Foratini e MacMahon. São utilizadas publicações da OMS/OPAS e da Fundação SESP. Mas na Universidade Federal de Goiás indicam-se também livros de Doenças Infecciosas e Parasitárias (Veronesi e Amato Neto), expressando a posição do Departamento de Medicina Preventiva dentro do Instituto de Patologia Tropical.

Nota-se, então, que é difícil a inserção do ensino de Medicina Preventiva da UFGO e da UEMT em modelos puros de análise. Na UFGO o departamento insere-se dentro de um Instituto que abrange, em termos gerais, as disciplinas que manejam as doenças infecciosas e parasitárias, o que poderia refletir uma correlação com o padrão regional da morbidade, refletindo o ensino de Medicina Preventiva essa situação, como se pode também observar na Região Norte do país. Por outro lado, na mesma escola são ministradas disciplinas como Medicina do Trabalho e Administração e Organização dos Serviços de Saúde, refletindo o modelo racionalizador definido a nível central pelo MEC.

Tanto na UEMT como na Urb, diluem-se os Departamentos de Medicina Preventiva: em Mato Grosso o ensino fica a cargo da Comissão Especial de Saúde Pública, e, em Brasília, é o Departamen

to de Medicina Preventiva representaria a tendência mais recente, com a integração do conjunto da escola médica em áreas docente-assistenciais associadas ao sistema oficial de prestação de serviços de saúde. Mas, na UEMT, a diluição do departamento ocorreu sem a inserção da faculdade no processo mencionado, ao contrário do que se registrou em Brasília, como mostraremos a seguir.

Programas de Comunidade

A Universidade Estadual de Mato Grosso e a Universidade Federal de Goiás não mantêm programas de comunidade em nenhum dos dois modelos por nós definidos (liberal, influenciado pelos seminários de Viña del Mar e Tehuacán) e racionalizador, mais recente, integrado com a rede oficial de serviços de saúde.

A Faculdade de Ciências de Brasília mantém um programa em Sobradinho e Planaltina, baseado na regionalização docente-assistencial, para o qual cooperam a OMS/OPAS, Fundação Kellogg, INPS e FUNRURAL. A filosofia do programa explicita-se com a leitura de trechos do documento "Um Modelo para Prestação de Serviços de Saúde a Nível Periférico", publicado pelo Departamento de Medicina Geral e Comunitária, que transcrevemos a seguir:

"... o projeto é urgente em face da pressão mundial exercida no sentido da renovação dos processos de atendimento à saúde das populações. É do conhecimento comum que os sistemas clássicos de saúde respondem à demanda e não às necessidades reais da população. O problema é especialmente agudo nos países em desenvolvimento.

A extensão progressiva do seguro-saúde a toda a população nos países desenvolvidos não parece ter resolvido o problema. Pelo contrário, o que vem ocorrendo é o enorme aumento da demanda com conseqüente inferiorização da qualidade dos serviços.

Mais serviços de saúde resultarão em aumento da demanda com as conseqüências mencionadas acima.

Para regular o "input" (insumo) dos sistemas de saúde, é necessário mudar o sistema de saúde clássico..."

"... Objetivos específicos:

- a) treinar estudantes de graduação e pós-graduação do campo da saúde em um sistema de saúde não-tradicional;
- b) preparar um novo tipo de "auxiliar de saúde" capaz de operar tanto em pequenas comunidades urbanas como nas mais remotas áreas rurais;
- c) determinar a relação custo-benefício do novo sistema em comparação com o sistema clássico;
- d) modificar a visão tradicional dos serviços de saúde..."

"... A idéia de que algo está errado nos atuais processos de atendimento à saúde é senso-comum mesmo entre os menos graduados funcionários de serviços de saúde.

Embora o D.F. tenha peculiaridades que não são encontradas em nenhuma outra parte do país, as áreas urbanas e rurais de Planaltina são muito semelhantes a qualquer município do Brasil central. Por este motivo, os resultados obtidos em Planaltina podem ser aplicados em extensas regiões do país..."

"... O presente projeto é baseado na experiência adquirida em vários países. É fundamentalmente um projeto de demonstração no qual um sistema simples de saúde, implementado a nível periférico, pode prevenir a má distribuição e a falta de disponibilidade de serviços locais de saúde. Em termos de análise de sistemas, o projeto regula o insumo ("input") do sistema de saúde. O ponto de entrada do sistema pode ser regulado por meio de um processo de atendimento à saúde no qual se utiliza economicamente a mão-de-obra. Isto só pode ser feito, nas condições atuais de país em desenvolvimento, pelo uso racional de "auxiliares de saúde".

"... A regionalização dos serviços de saúde a nível periférico pode ser implementada sem modificações institucionais. Isto é possível em Planaltina com ligeiras modificações e coordenação entre serviços locais de saúde e a Faculdade de Ciências da Saúde da UnB..."

Dentro do programa definem-se os sub-programas de Ensino de Graduação, Ensino de Pós-Graduação (Residência e Curso de Especialização em Medicina Comunitária), Pesquisa e Atendimento à Saúde. Ou seja, todo o sistema de ensino e pesquisa em Medicina

Preventiva é colocado em função da integração com a rede de atenção médica oficial institucionalizada.

VI - OBSERVAÇÕES FINAIS SOBRE A ANÁLISE REALIZADA

Metodologia

O objetivo desta análise geral é avaliar em que medida diferentes discursos sobre a Medicina Preventiva se transformam em aparelhos, ou encontram realização em algumas estruturas. Para este estudo, definem-se modelos que traduzem, em sua interação, o movimento de realização ou de não-realização da Medicina Preventiva. Estes modelos são:

- Modelo liberal
- Modelo racionalizador
- Modelo mínimo legal

Estes modelos foram caracterizados no nosso marco teórico. No entanto, cumpre explicitar os elementos que permitem a sua diferenciação técnica.

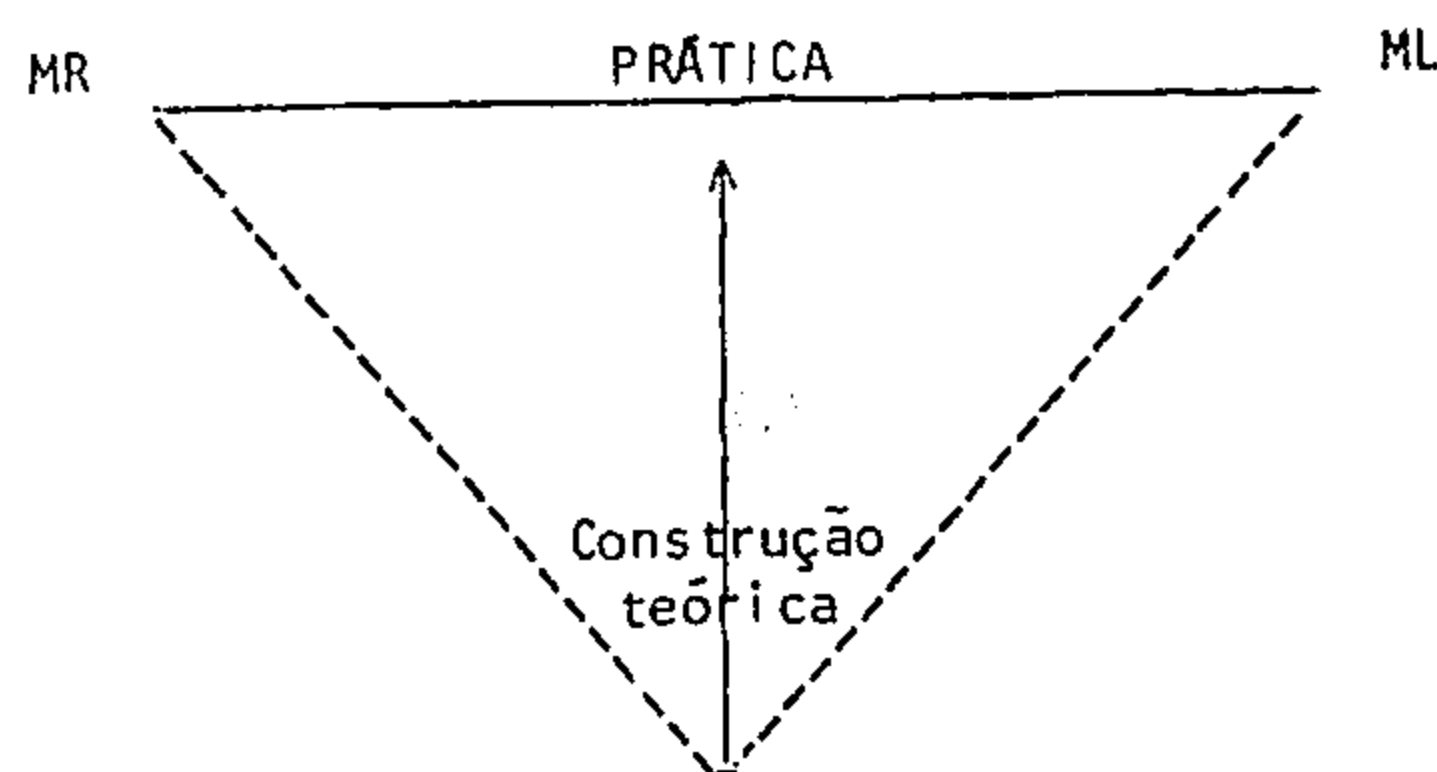
- a) Modelo liberal: - presença de Departamento de Medicina Preventiva;
- pauta curricular definida nos Seminários Internacionais de Viña del Mar e Tehuacán;
 - presença de disciplina diferenciada de Ciências do Comportamento Humano (Ciências Sociais e Antropologia);
 - critério de integração vertical: três ou mais áreas de seriação;
 - critério de integração horizontal: no mínimo duas articulações com as disciplinas clínicas;
 - práticas de comunidade, exclusivamente docentes.
- b) Modelo racionalizador:
- presença ou não de Departamento de Medicina Preventiva;
 - pauta curricular voltada para administração na área de saúde e técnicas de diagnóstico da comunidade;
 - práticas de comunidade na rede de serviços, com ênfase na prestação de serviços;
 - articulação com o aparelho de Estado.

O modelo racionalizador, definido basicamente pela prática comunitária, admite uma diferenciação interna: ampliação de cobertura/não-ampliação de cobertura.

O modelo mínimo legal é uma categoria que definimos como um conjunto específico da realidade brasileira e estaria constituído por todos os Departamentos de Medicina Preventiva que não se enquadram nos dois processos.

Dentro das grandes classificações, identificamos sub-grupos que representam níveis de mais baixa realização dentro de cada modelo. O interesse de localizar esses sub-grupos tem relação principalmente com a necessidade de estudar o comportamento dos Departamentos de Medicina Preventiva de mais recente criação (a sua evolução em função da dinâmica dos modelos já instalados).

Definido o modelo liberal como um processo de construção teórica sem prática e o movimento racionalizador como a realização da construção teórica, podemos ordenar os Departamentos de Medicina Preventiva nos seguintes eixos:



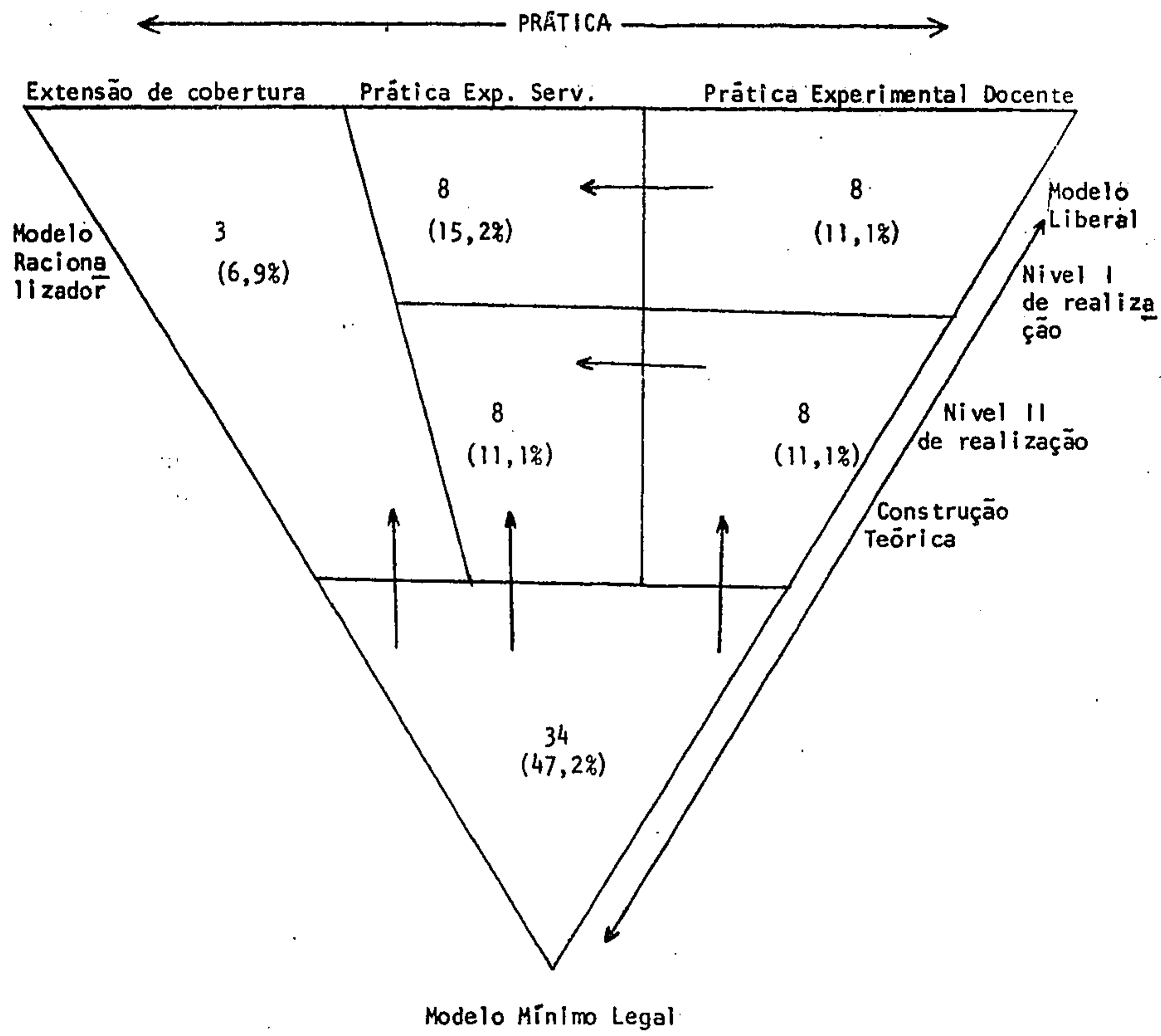
A figura que utilizamos adquire, portanto, um desenho triangular em que situamos o modelo mínimo legal como uma categoria extrema, sem prática nem construção teórica.

Distinção dos Departamentos de Medicina Preventiva

A Análise Descritiva Regional possibilitou a organização dos Departamentos em grupos e sub-grupos que apresentamos:

FIGURA 1

Distribuição numérica dos Departamentos de Medicina Preventiva



Obs: Duas faculdades não foram consideradas, a PUC-Campinas e FM-UFPe.

FIGURA 2

Distribuição dos Departamentos de Medicina Preventiva por estruturas administrativas.

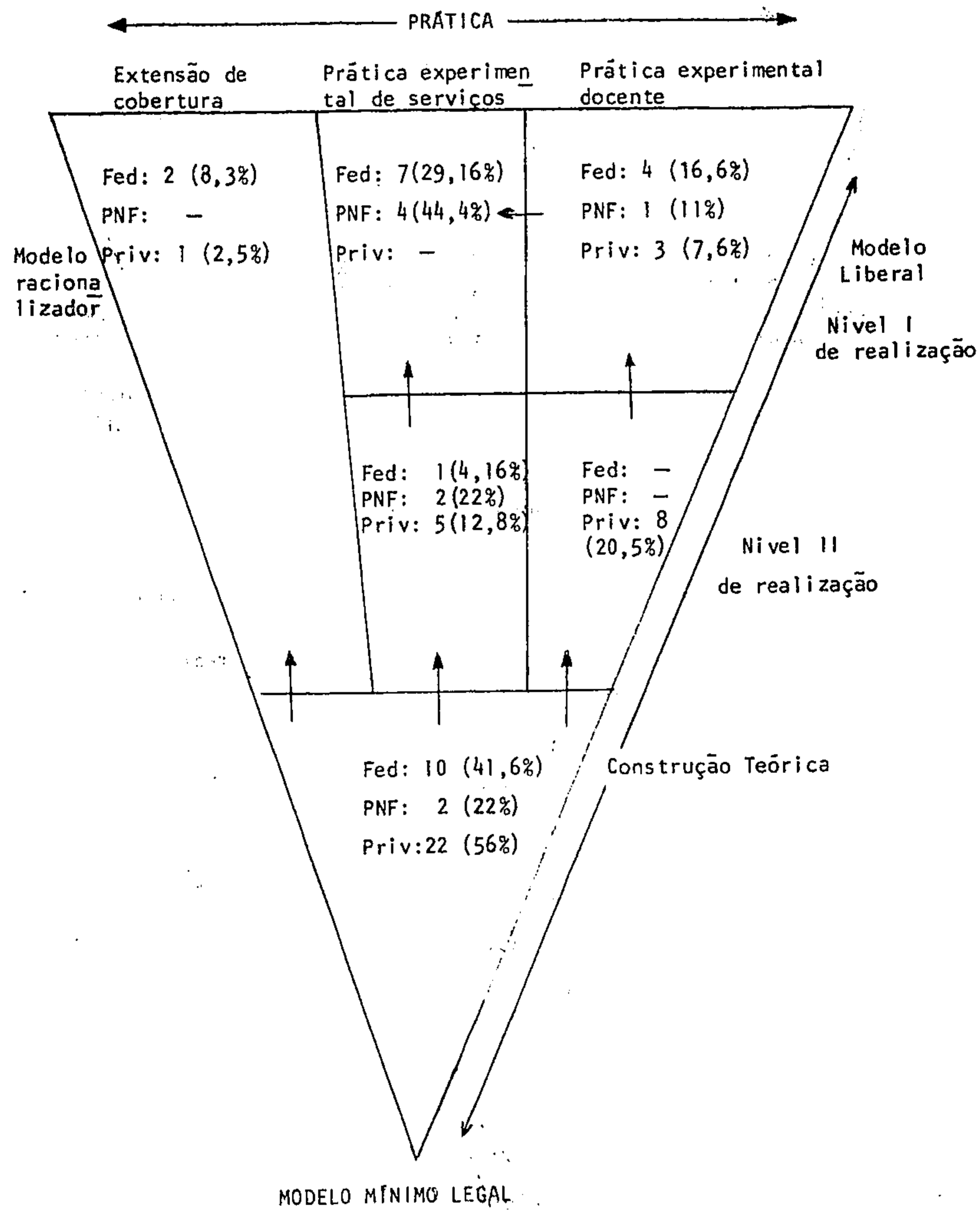
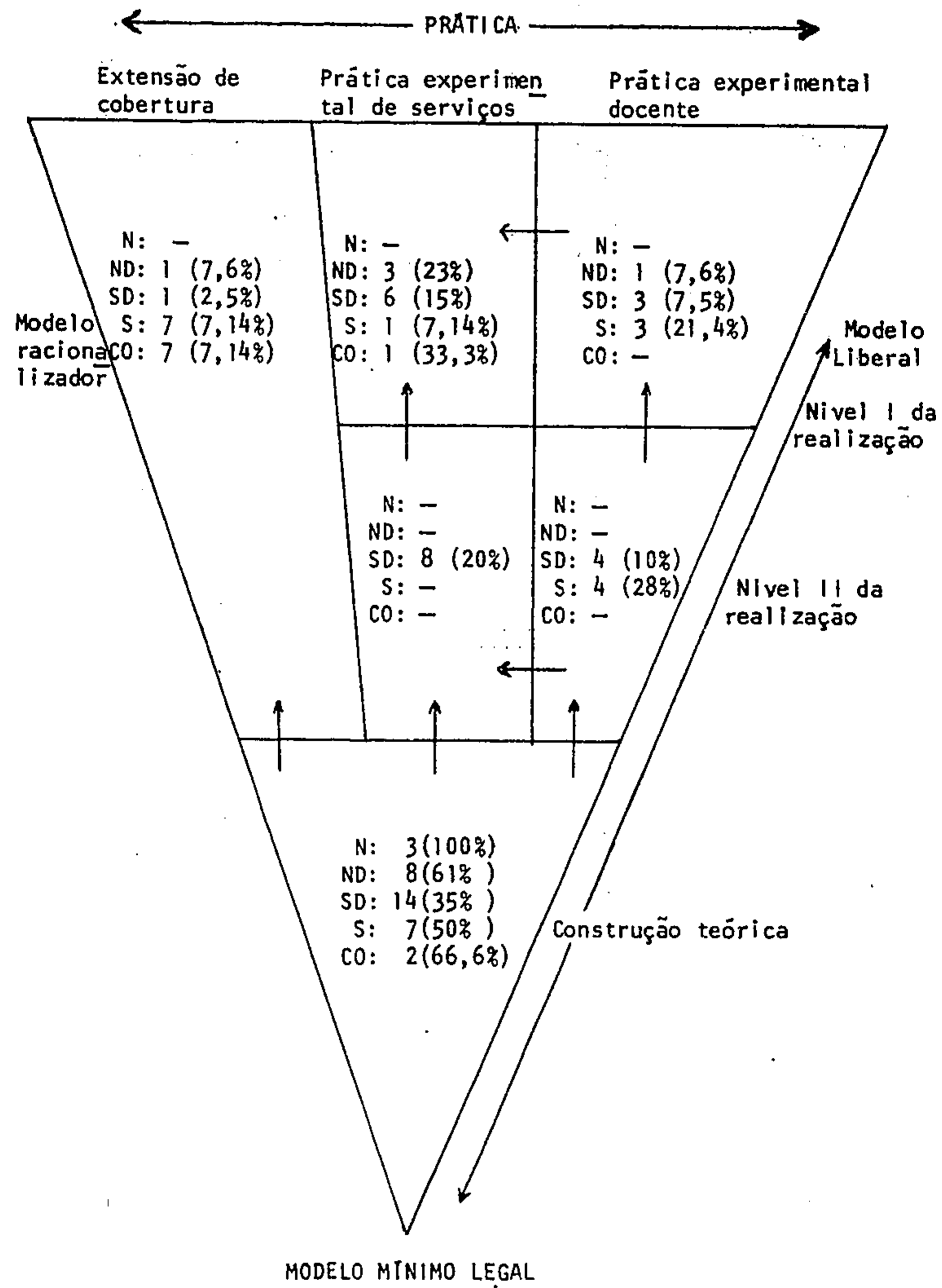


FIGURA 3

Distribuição dos Departamentos de Medicina Preventiva por região



Análise por Escola

Constatou-se que 33% dos Departamentos de Medicina Preventiva (ou áreas correlatas) desenvolvem uma prática de serviços em convênio com organismos de saúde do aparelho do Estado. A meta de corresponde a departamentos que evoluem do modelo liberal, sendo que alguns deles propiciam uma ruptura com os padrões originais.

Esta racionalização do movimento preventivista se dá em termos de uma prática experimental que ainda não se concretiza em áreas docente-assistenciais que visem basicamente o aumento de cobertura. Apenas 6,9% das escolas se articulam com a rede global de serviços, e, nesses casos, o aluno se insere diretamente no processo de produção de cuidados médicos.

Do conjunto de escolas articuladas com o aparelho de Estado, 11% não fez a sua passagem pela fase de construção teórica. Este grupo de faculdades modela seu currículo conforme as exigências do Currículo Mínimo de Medicina e, em relação ao ensino da Medicina Preventiva, este grupo não reproduz o discurso e o padrão curricular definido nos Seminários Internacionais de Viña del Mar e Teochuacán. São faculdades de recente criação.

Verifica-se que 22% dos Departamentos de Medicina Preventiva correspondem a uma construção teórica liberal, sendo que a metade se situa no grupo das faculdades mais antigas, que acompanharam o desenvolvimento do movimento preventivista e o aplicam no Brasil. Este grupo se constitui em modelo para 11% dos Departamentos de Medicina Preventiva das Faculdades de mais recente criação.

A imensa maioria, 47% das escolas correspondem a um grupo que cria Departamentos de Medicina Preventiva apenas para responder às exigências mínimas colocadas pela Reforma Universitária. Este grupo não desenvolve práticas de comunidade e seu padrão curricular não acompanha a pauta definida para o modelo liberal. Este conjunto de departamentos não promove a estratégia preventivista de integração, inculcação de novas atitudes.

Análise por Estrutura Administrativa

Verifica-se que 41% dos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades federais promove práticas de comunidade integradas com os organismos oficiais de saúde, sendo que a maioria acompanha a construção teórica do grupo de departamentos que efetiva o modelo liberal em moldes racionalizadores.

Constatou-se que 16% das faculdades federais se situa no conjunto de escolas que não efetivam a doutrina preventivista em termos de uma prática de serviços e se limitam a uma estratégia intraescolar (estes 16% concentram-se na Região Sul). Dentre as faculdades federais, 41,6% dos Departamentos de Medicina Preventiva apenas cumprem requisitos legais.

Observa-se, portanto, que os Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades federais se distribuem proporcionalmente entre um modelo preventivista em realização e um modelo tradicional que não acompanha a construção teórica do movimento.

Os Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades públicas não federais constituem um grupo relativamente homogêneo, que se situa majoritariamente em uma fase de evolução que supõe a racionalização das idéias preventivistas originais.

A maioria dos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades privadas (56% deles) surge em decorrência de requisitos legais mínimos e não assume formas integrativas para fora ou para dentro das escolas. O restante dos Departamentos de Medicina Preventiva das faculdades privadas evolui nos dois sentidos: 20,5% deles reproduz modelos liberais já instalados na área em que a margem, e 12,8% caminha para articulações com o sistema de saúde.

Análise segundo Região

Na região Norte não se observa uma evolução da Medicina Preventiva traduzida em um projeto liberal ou racionalizador. O mesmo fenômeno acontece em relação a 51% dos departamentos da Região Nordeste. A estrutura administrativa que predomina nas regiões é a pública federal.

Na região Sudeste, 35% dos departamentos adquire traços racionalizadores sendo que 15% deles têm um histórico que acompanha o movimento preventivista desde as suas origens. Observa-se ainda que 17,5% dos Departamentos de Medicina Preventiva se situam na faixa que concretiza o modelo liberal. Das faculdades criadas depois de 1966, a maior parte segue uma evolução no sentido da articulação com o sistema de saúde. Esta região é a que apresenta o percentual mais baixo de Departamentos de Medicina Preventiva correspondentes ao modelo definido como mínimo legal. Considerando que a criação de novas faculdades (correspondendo a uma estrutura administrativa privada) se deu basicamente nessa região, pode-se apontar a seguinte tendência: os Departamentos de Medicina Preventiva evoluem rapidamente para estágios mais avançados da construção teórica do modelo preventivista e de sua racionalização. O fenômeno encontra fundamento no forte desenvolvimento do movimento preventivista na região.

Na região Sul predomina a concentração dos departamentos em diferentes níveis de construção teórica do modelo liberal, embora 50% deles se situe ainda no estágio caracterizado pela inexistência de uma estratégia ideológica (e de uma operacionalização prática).

A Região Centro-Oeste segue, em linhas gerais, o padrão da região Norte-Nordeste, embora uma faculdade se constitua em modelo do processo de racionalização para o resto do país (UnB).

CONCLUSÕES

Podemos afirmar que existem dois padrões diferenciados de Medicina Preventiva: o primeiro é constituído pelas faculdades federais do Norte-Nordeste e pelo menos 50% das faculdades privadas localizadas na região Sul-Sudeste; o outro é constituído por um grupo de faculdades de Medicina da região Sul-Sudeste que, correspondendo a uma estrutura pública, situa-se em estágios avançados do processo de realização do modelo preventivista. Localizado nas capitais dos Estados economicamente mais importantes, este grupo mais avançado mobiliza uma quantidade importante de faculdades privadas no sentido de um fluxo para forma liberais e racionalizadoras de Medicina Preventiva.

Como conclusão final, podemos afirmar que predomina uma situação em que o discurso liberal ou racionalizador não foi operacionalizado ou não se transformou em estruturas através dos Departamentos de Medicina Preventiva. A explicação do fenómeno se encontra na recente expansão do ensino médico, com base na criação de entidades isoladas de estrutura administrativa privada.

EPILOGO

No presente trabalho tenta-se descrever o ensino e a função social da Medicina Preventiva. Partimos da suposição de que a Medicina Preventiva determinaria um movimento de renovação da educação e da prática médica.

Esta suposição subentende uma limitação metodológica que abstrai o objeto de trabalho das relações contextuais. Tentou-se analisar a Medicina Preventiva a partir de sua construção teórica, com um movimento homogêneo definido em instâncias centrais e aplicado na América Latina, através dos Seminários Internacionais de Viña del Mar e Teohuacân. A metodologia utilizada privilegiou um espaço dentro dessa construção teórica, definido pela pauta curricular. A análise desse espaço foi desenvolvida estabelecendo um corte horizontal no tempo, corte esse que, de alguma forma, se refletiu na perda da dinâmica histórica.

A constatação das limitações apontadas determinou uma ampliação do estudo que desse conta da trajetória da Medicina Preventiva no Brasil e da influência das políticas globais da Educação e Saúde. Outro elemento que fortaleceu essa linha de análise foi a verificação de que o movimento preventivista na sua fase atual, extravasa o âmbito da sociedade civil e se torna um projeto do aparelho do Estado. Esse fenômeno se expressa em um aumento da influência do Estado ao nível das escolas médicas e em uma tentativa de normatização institucional. Essa normatização supõe o estabelecimento de regras únicas, que visam homogeneizar o ensino médico do ponto de vista curricular. Daí a dificuldade de introduzir o currículo como um elemento de diferenciação interna da Medicina Preventiva ou como medida da reprodução ou não reprodução do movimento preventivista.

Consideramos que uma análise alternativa do problema deve introduzir, como elemento de diferenciação interna, o tipo de prática desenvolvido por esses departamentos, em função do maior ou menor grau de integração com o aparelho do Estado. Este estudo deve ser dirigido no sentido de analisar a construção teórica do movimento em termos longitudinais.

A metodologia que deve ser usada é a de abordagem multifocal das relações intra e extra-escolares, do ponto de vista do discurso, das práticas e dos padrões técnicos de ensino.

O objetivo do nosso trabalho, seguindo essa linha de pensamento, foi estudar em que medida, modelos teóricos de Medicina Preventiva se transformam em estruturas, que podem ser os Departamentos de Medicina Preventiva, ou outras unidades. Definimos dois modelos puros, caracterizados polarmente como liberal e racionalizador, e identificamos uma terceira categoria, sem prática nem construção teórica.

Os resultados da nossa análise permitem situar a maioria dos Departamentos de Medicina Preventiva em níveis de baixa realização desses modelos. Porém, observa-se um fluxo no sentido da racionalização das idéias preventivistas, processo em que as escolas se situam em diferentes graus. Esta racionalização, que comporta uma diferenciação dos modelos originais, vem a ser antes, produto da maior influência do Estado na educação médica que decorrência do desenvolvimento do conhecimento e da filosofia preventivista.

Juan César García, analisando o conjunto das cinco unidades da Medicina Preventiva e Social, afirma:

"A escala analisada, tal qual as camadas geológicas, resume a história destas disciplinas: a) o conhecimento inicial ministrado foi o das medidas preventivistas nos tópicos de Higiene pessoal e Saneamento Ambiental; b) a este se associa a Epidemiologia, que permite aprofundar o conhecimento da doença e justificar ou descobrir novos meios de controle; c) a Medicina Quantitativa surge como uma necessidade para a investigação epidemiológica e para o diagnóstico da situação de Saúde a nível coletivo; d) a introdução de Organização de Serviços e das Ciências Sociais marca uma ruptura com o processo anterior".

Esta ruptura é colocada como uma necessidade de fazer mais eficiente a atenção médica.

Utilizando a análise dos dados da pesquisa, podemos fazer algumas considerações. A Medicina Preventiva no Brasil se situa na última etapa, sem que, contudo, isto implique uma ruptura com o processo anterior. O desenvolvimento desta fase não decorre,

porém, de um movimento que se dê no plano do conhecimento e da ideologia. Comporta um elemento de fora, definido pelo papel do Estado na educação médica. Esta fase começa a se efetivar em termos da incorporação, no currículo médico, da disciplina de Administração e Organização de Serviços de Saúde. Esta disciplina foi instituída como obrigatória pelo Currículo Mínimo de Medicina, formulado em 1968, pelo Ministério da Educação e Cultura. As Ciências Sociais e a Medicina Social têm um baixo impacto nas escolas médicas, sendo assumida apenas por um grupo de faculdades que fez a construção teórica liberal do movimento preventivista, e posteriormente, evoluiu para uma ruptura com o conceito e o próprio movimento preventivista.

VII - ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE MEDICINA COMUNITÁRIA DESENVOLVIDOS
PELOS DEPARTAMENTOS DE MEDICINA PREVENTIVA DAS ESCOLAS MÉDI
CAS BRASILEIRAS

ÍNDICE

Análise dos Programas de Medicina Comunitária desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva das Escolas Médicas Brasileiras:

- I - Introdução.
- II - Programa Medicina comunitária - UFPb
- III - Plano Integrado de Saúde na Área do Tabuleiro do Martins em Alagoas - UFAL.
- IV - Programa Medicina Comunitária - UFMG.
- V - Programa de Saúde Comunitária da Escola de Medicina de Uberlândia.
- VI - Área Docente-Assistencial do Norte de Minas - FAMED.
- VII - Área Programática de Maruípe do Centro Biomédico da UFES.
- VIII - Programa de Assistência Médica Simplificado da UERJ.
- IX - Programa de Saúde Comunitária da Vila de Ipiranga - UFF.
- X - Projeto Rural da Unidade Móvel de Saúde da Faculdade de Medicina de Teresópolis (PROMOS) - p. 27.
- XI - Programa Vale do Ribeira - USP.
- XII - Programa Medicina Preventiva do Parque Nacional do Xingu - Faculdade Paulista de Medicina.
- XIII - Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda - Santa Casa de São Paulo.
- XIV - Programa Comunitário de Cássia do Coqueiros - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-SP.
- XV - Projeto Anhembi - Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu SP.
- XVI - Programa Comunitário da Faculdade de Medicina de Marília-SP.
- XVII - Programa de Medicina Comunitária de Franco da Rocha - Faculdade de Medicina de Jundiaí-SP.
- XVIII - Programa de Atendimento à População do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da UFPr.
- XIX - Programa de Comunidade do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina-PR.
- XX - Programa de Comunidade da Faculdade de Medicina da UFRS.

- XXI - Programa de Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo-RS.
- XXII - Programa de Comunidade da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.
- XXIII - Conclusão.

1 - INTRODUÇÃO

O presente estudo sobre os Programas de Medicina Comunitária das escolas de medicina teve por substrato de análise os questionários sobre "Programas de Atendimento à População" (em anexo) aplicados durante o trabalho de campo.

Esta parte da pesquisa é um complemento das informações, previamente apresentadas, que contribui com um detalhamento maior sobre os Programas Extra-Murais desenvolvidos por vinte e uma faculdades e fornece alguns dados adicionais sobre estas escolas, com o objetivo de melhor caracterizá-las.

O marco teórico assumido está delineado no capítulo III desta pesquisa. Igualmente, foram utilizados elementos do capítulo VII (conclusões da Análise dos Programas de Medicina Comunitária) na ordenação e encadernamento das idéias aqui apresentadas.

Ao final das apresentações dos Programas Comunitários, tentar-se-á tirar algumas conclusões sobre como estão se dando as interrelações ensino-serviço no seio das escolas médicas do Brasil que no momento se dispõem a buscar alternativas pedagógicas junto ao sistema prestador de atenção médica do país.

II - Programa de Medicina Comunitária - UFPB

A Faculdade de Medicina da Paraíba foi criada em 1950 e, em 1973, concomitante às reformas curriculares que adotou, passou a denominar-se Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Atualmente possui 141 docentes, sendo que, destes, 22% estão alocados no Departamento de Promoção da Saúde. Este último, criado em 1970, engloba as disciplinas Higiene, Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas, Dermatologia e Sifilografia, Tisiologia e Sifilografia. Dentre as atividades previstas, pode-se enumerar:

- 1 - promover a integração do ensino entre as diversas disciplinas;
- 2 - ministrar o ensino de Bioestatística, Ecologia Geral, Antropologia Social, Epidemiologia, Medicina Preventiva, Saneamento do Meio e Administração de Saúde Pública;
- 3 - estabelecer os Programas de Medicina Familiar e Comunitária na região urbana e rural;
- 4 - despertar o interesse do aluno pelos problemas biológicos sanitários e sócio-econômicos da região e do país, capacitando-o dentro o raio de sua atuação futura, a fim de que possa compreendê-los e, não havendo possibilidade de equacioná-los, pelo menos possa colaborar para uma solução adequada;
- 5 - assegurar, de maneira positiva e racional, os princípios teóricos e práticos da especialidade, influenciando os universitários a alcançar, através do hábito do estudo, conhecimentos cada vez maiores, tão necessários ao seu aprimoramento científico;
- 6 - promover a compreensão do Homem dentro do conjunto bio-psico-social;
- 7 - contribuir para a integração e formação profissional dos estudantes, dando-lhes uma perspectiva segura dos seus afazeres - e deveres - para com a sociedade, além de prepará-los para o desempenho de suas futuras funções de liderança;
- 8 - instituir o treinamento dos alunos em uma variedade sugestiva de especialidades profissionais, vinculadas aos diversos setores das Ciências da Saúde, proporcionando-lhes preparo em nível de pós-

graduação (bem como o de professor e técnico) para desempenho de funções ligadas ao bem estar da coletividade. De outra forma, instituir treinamento, em nível médio, para o pessoal para-profissional ou auxiliar, a fim de que possam prestar serviços à Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba;

9 - promover estudos e pesquisas científicas e culturais (...) a fim de conduzir o aluno à análise de fatos e condições que, de qualquer forma, interfiram na nosologia regional, e da sua correlação com os meios físicos, biológicos e sócio-culturais;

10 - colaborar e conseguir ajuda de entidades congêneres de todo o país e do exterior;

11 - prestar informações, assistência técnica e assessoria à Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba quando solicitadas;

12 - promover cursos e pesquisas, no sentido de, tanto quanto possível, se os recursos o permitirem, atender ao surto desenvolvimentista sócio-econômico do Estado da Paraíba.

Quanto à parte didática, o Departamento pretende privilegiar o ensino prático, exercido através de seminários, atividades laboratoriais, simpósios, debates, observações de casos clínicos em enfermarias, visitas de observação a ambientes industriais e unidades de saúde e estação de tratamento de água, esgotos e lixos, e, finalmente, estágios (restritos aos doutorandos) em unidades de saúde da Fundação SESP, em cidades do interior do Estado.

No referente a atividades científicas, o Departamento desenvolve investigações epidemiológicas sobre doenças infecto-contagiosas, levantamentos demográfico-sanitários em áreas urbanas e rurais, inquéritos de patologias específicas na população estudantil universitária, levantamentos de saúde e saneamento em localidades do Estado da Paraíba, visando treinamento e aperfeiçoamento do pessoal docente e discente em setores médico-sanitários. Pretende ainda firmar convênio com o Serviço Nacional do Câncer, Secretaria de Saúde do Estado e Fundação Napoleão Laureano com o objetivo de implementar novos estudos e instalar um Centro de Registro de Câncer. Um núcleo de investigação de moléstias transmitidas por Artrópodes, em convênio com a USP, também está em andamento (1).

(1) Informações extraídas do Relatório das Atividades do Departamento de Promoção de Saúde, durante o exercício de 1970.

O Departamento de Promoção da Saúde leciona para alunos dos cursos de Medicina, Odontologia, Farmácia, Engenharia, Enfermagem e Serviço Social. Atualmente as disciplinas lecionadas são: Epidemiologia, Organização e Administração Sanitária, Medidas Gerais de Profilaxia, Dermatologia e Sifilografia, Doenças Tropicais e Infecciosas, Tisio-Pneumologia, Higiene do Trabalho e Administração Sanitária, Higiene Social e Higiene Geral, Industrial e dos Edifícios.

Desde 1973, vem desenvolvendo um Programa de Medicina Familiar em convênio com a FIOCRUZ, objetivando envolver os doutorandos em Medicina em sistema de internato. Constituem as áreas de concentração desta atividade as seguintes disciplinas: Administração Sanitária, Epidemiologia, Saneamento, Estatística, Controle de Doenças Transmissíveis e Ciências Sociais Aplicadas a Saúde (com ênfase em Educação Sanitária).

Em março de 1976, foi iniciado o Programa de Medicina Comunitária, de característica urbana e rural atuando numa área de 25.900 habitantes. A escolha da área se fez por conta da proximidade com a Campus Universitário, pela ausência de serviços de saúde no local e pela possibilidade de convênio com a Secretaria de Saúde. O objetivo central referido é o de "realizar uma experiência no campo de formação de especialistas para os serviços de saúde do Estado da Paraíba e do Nordeste brasileiro, através de uma atividade cooperativa entre a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade Federal da Paraíba e a Fundação Serviços de Saúde Pública". (2).

A unidade dispõe de um coordenador, dois pediatras, um gineco-obstetra, um psiquiatra, uma assistente social e uma enfermeira que exercem atividades docentes e são financiados pela UFPB.

O pessoal técnico é pago conjuntamente pela Secretaria de Saúde e pela Universidade. Os estagiários dos cursos de Medicina, Farmácia, Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Atendente constituem o corpo discente do Programa.

(2) Convênio UFPB/FIOCRUZ/FSESP.

Os estudantes de Medicina, que nos interessam mais de perto, desenvolvem atividades de consulta médica, laboratório, visita domiciliar, imunização, revisão bibliográfica e educação sanitária durante o período de internato.

Com relação à capacidade instalada do Programa, observa-se que é utilizado um esquema hierarquizado por complexidade de atendimento, de forma que esta unidade que estudamos funciona como um primeiro nível, que responde pelas atribuições da sua competência e encaminha para centros mais especializados, tais como Hospitais de Tisio-Patologia, de Doenças Infecciosas, etc. aqueles casos que assim o exigem. Por outro lado, verifica-se que, para a unidade, não são encaminhados casos drenados de unidades de atendimento à saúde mais simplificadas. Ou seja, funciona como parte de um sistema hierarquizado, mas ocupando o plateau mais baixo da pirâmide.

No ano de 1977, através do convênio UFPb/FIOCRUZ/FSESP, foi implantado um programa de Residência em Medicina Comunitária para médicos, com capacidade de absorção de 10 profissionais, a serem treinados nos serviços. O treinamento se faz em um ano; com metade das atividades concentradas em serviços urbanos (postos de Saúde, Hospitais de Doenças Infecciosas) e a outra parte em serviços rurais (Unidades Mistas da FSESP). É ainda ministrado um curso de codificação de doenças e causa de morte, além das reuniões científicas realizadas.

O treinamento desenvolvido pelos residentes nas unidades da FSESP consta de um diagnóstico de Saúde da Comunidade sob sua responsabilidade, Assistência Materno-Infantil e de adultos desta mesma população. Esta atuação é estendida para as áreas de Enfermagem de Saúde Pública, Higiene dos Alimentos, Odontologia Sanitária, Abastecimento Público de Água, Controle de Dejetos, Controle Sanitário do Lixo, Combate a Vetores e Roedores, Melhoria Sanitária nas Escolas e Estatística Vital, através da observação e apresentação de relatórios abordando a situação da área quanto a estes aspectos.

O treinamento hospitalar visa enfatizar o tratamento e controle das doenças transmissíveis, em especial o da tuberculose, além de supervisionar acadêmicos e internos. O período de permanência

nência na unidade sanitária objetiva privilegiar o treinamento em educação sanitária. (3)

Concluindo sucintamente, pode-se dizer que o Departamento de Promoção da Saúde, desde a sua origem, vem evidenciando traços de aproximação com a prática da Saúde Pública, o que de alguma forma pode ser explicado pela formação do seu quadro docente, em sua grande maioria pós-graduado em Saúde Pública (4). Tal assertiva pode ser confirmada na proposta de integração com a Secretaria de Saúde (prestando supervisão) bem como num segundo momento com a FSESP. Uma preocupação com atividades de pesquisa é também observada e a procura de convênios com organismos nacionais e internacionais no sentido de viabilizar esta proposta é implementada. É necessário ressaltar que, do ponto de vista da formação de recursos humanos (internato e residência), identifica-se uma tendência de formação de médico integral, ainda que mais intensamente na residência esta preocupação seja igualmente dividida com aquela de preparo de um profissional de saúde coletiva, para o qual a percepção da doença deixe o âmbito individual e atinja a comunidade.

(3) Informações extraídas do documento "Residência em Saúde Pública (R-1)-Relatório nº 01 - Agosto de 1977. João Pessoa-PB.

(4) A referência é feita aos docentes que lecionam a Medicina Preventiva.

III - Plano Integrado de Saúde na Área do Taboleiro do Martins -
Maceió - Alagoas

A Faculdade de Medicina de Alagoas foi criada em 1950. Atualmente, com o nome de Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas, ministra cursos para Medicina, Odontologia, Educação Física e Enfermagem. É formada por oito departamentos, sendo que, destes, quatro são destinados ao Curso de Medicina. Dos 211 docentes concentrados no curso médico, 24% estão alocados no Departamento de Medicina e Odontologia Social. O corpo discente do curso médico é formado por 334 alunos (referente ao curso profissionalizante), com uma média de 70 alunos por série.

O ensino de disciplinas que enfatizam a prevenção iniciou-se em 1955 com o curso de Higiene, ministrado para os alunos do 5º ano. Em 1963, foi criado o Departamento de Higiene e Patologia para, logo após, em 1964, desmembrar-se e passar a Departamento de Higiene, ganhando, desta forma, maior autonomia.

Em 1971, o Departamento ampliava o rol de suas disciplinas, passando a incluir: Higiene, Medicina Preventiva e Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Deontologia, Psicologia. Também nessa época, passou a denominar-se Departamento de Medicina Social.

Com a nova estruturação da Universidade Federal de Alagoas, decorrente da Reforma Universitária ali implementada em 1973, o Departamento sofreu novas transformações e passou a Departamento de Medicina e Odontologia Social.

Desde 1974, o Departamento coordena um programa de Medicina Comunitária da UFAL denominado Plano Integrado de Saúde na Área do Taboleiro do Martins, desenvolvido numa área de moradia popular, próxima ao Campus Universitário. O referido programa mantém convênio com a Fundação da Saúde e Serviço Social do Estado de Alagoas (FUSAL) e o HOPE PROJECT, "The People to People Health Foundation Inc", desenvolve atividades concentradas na Área Materno Infantil, onde os alunos realizam o trabalho de campo.

Ainda que a origem desse programa seja atribuída ao contacto estabelecido entre a UFAL e o HOPE PROJECT, o Departamento

de Medicina e Odontologia Social foi aquele que mais pré-requisitos reuniu para coordená-lo.

A área do Taboleiro do Martins é num subúrbio de Maceió e tem características simultaneamente rurais e urbanas. Possui uma população de 22.433 habitantes, sendo que cerca de 35% dela tem idade inferior a 15 anos. Dentre as razões enunciadas para a escolha da área, citam-se:

- a) supunha-se tratar-se de uma população não coberta pelo serviço de saúde;
- b) o Hospital Universitário (situado nas proximidades) funciona como "retaguarda" de atendimento;
- c) localização próxima ao Campus universitário;
- d) como razão secundária, levou-se em conta o fato de ser esta uma área que vinha progressivamente sendo industrializada e que continha numerosos migrantes.

Quanto aos objetivos do Programa, os termos do convênio FUSAL/UFAL são, por si só, esclarecedores: "Visarão os convenientes a elevação dos padrões de assistência de saúde, aumento da capacidade instalada da FUSAL/UFAL e desenvolvimento de pesquisa social e biológica no campo da saúde, beneficiando docentes e discentes da UFAL, profissionais da saúde e técnicos da FUSAL, bem como, fundamentalmente, a própria comunidade.

O presente convênio destina-se a:

- a) integrar os sistemas de prestação de serviços de saúde, tanto da FUSAL como da UFAL;
- b) favorecer o treinamento de discentes na área médica e de ciências afins;
- c) desenvolver projetos de pesquisa aplicada à problemática sanitária regional".

A HOPE PROJECT "compromete-se a observar sua política de longa data de tratar pessoas carentes de recursos financeiros e evitar o tratamento de pacientes particulares em qualquer dos programas nos quais o seu pessoal esteja envolvido", assim como ofere

cer programas de ensino e treinamento médico, paramédico, odontológico e de enfermagem, fornecer pessoal qualificado para cumprir tais funções, fornecer pessoal para os serviços que entrem como parte dos programas autorizados de ensino.

Do visto, pode-se inferir as características fundamentais deste programa: a) privilegiar uma comunidade marginal; b) constituir um campo experimental de atuações no que tange a pesquisa e ensino; c) proporcionar a expansão da rede de serviços públicos, com observância dos princípios de integração do sistema prestador de serviços.

Atividades de docência são exercidas pelos médicos da UFAL e da Secretaria de Saúde lotados no Programa. Os docentes do Departamento de Medicina e Odontologia Social cobrem áreas de Clínica Médica, Materno-Infantil e Pediatria. Vale ressaltar que a coordenação fica também a cargo de um docente.

A Secretaria de Saúde contribui no setor de recursos humanos com laboratoristas, auxiliar de imunização, visitantes sanitários, atendentes, auxiliar de enfermagem e quatro médicos. A HOPE PROJECT comparece para auxiliar o quadro com um nutricionista e uma enfermeira de Saúde Pública. O pessoal pela limpeza é pago por serviços prestados.

Assim, o quadro de recursos humanos é quase completamente preenchido pela Universidade (pessoal médico) e Secretaria de Saúde (pessoal médico e paramédico), ficando a HOPE PROJECT com atividades mais concentradas na área de supervisão e treinamento de pessoal.

Os alunos exercem atividades nos setores de Imunização Pré-Natal, Educação Sanitária, Visitação Domiciliar, Administração Sanitária Pediátrica e Clínica de Adultos, a partir do quinto semestre da Faculdade, estendendo-se até o oitavo.

Quanto aos recursos materiais, o Programa é dotado de gabinete odontológico, laboratório e uma Kombi-ambulatório. Não dispõe de Raio-X. O material de consumo é fornecido pela Secretaria da Saúde, por convênios com a CEME (Central de Medicamentos) para distribuição de fármacos, e pelo INAN (Instituto Nacional de Nutrição) para distribuição de alimentos.

A contribuição orçamentária com que concorre cada parte integrante do convênio não foi fornecida, ficando este item de fundamental importância descoberto.

IV - Análise do Programa de Medicina Comunitária - Faculdade de Medicina UFMG.

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais apresenta um Programa de Medicina Familiar embrionário com objetivo de que seus alunos desenvolvam, como parte da prática comunitária, um estágio em uma unidade sanitária em torno de atividades de planejamento em saúde. As perspectivas futuras deste programa são no sentido de estender-se posteriormente como Programa de Medicina Comunitária.

Este trabalho comunitário se realiza no Centro de Saúde de Pompéia, pertencente à Secretaria de Saúde do Estado, e se localiza em área urbana de Belo Horizonte, alcançando uma população estimada em 110.000 habitantes.

Convém destacar que esta escola foi criada em 1911 e que possui estrutura administrativa pública federal.

Pela quantidade de alunos inscritos no curso profissionalizante, esta faculdade situa-se entre as 10 maiores escolas do país e conta com um Departamento de Medicina Preventiva criado em 1959 que, através de sucessivas transformações, apresenta, no momento, um corpo docente composto de 26 professores.

Este departamento oferece disciplinas específicas para as áreas de Medicina do Trabalho, Epidemiologia, Organização e Administração de Serviços de Saúde, Medicina Quantitativa e Ciências da Conduta, sem incluir um conteúdo específico de Medicina Preventiva e Medicina Social. Apresenta, além disso um Programa de Pós-graduação e Especialização em Medicina do Trabalho.

O corpo docente do Departamento de Medicina Preventiva tem uma forte orientação biomédica em relação a sua formação de graduação e pós-graduação. Quase dois terços dos professores são médicos; mais ou menos 15% do total são profissionais de formação

na área de Ciências Sociais, e 75% dos pós-graduados se especializaram em Saúde Pública, Medicina do Trabalho ou Medicina Tropical.

Com respeito ao tipo de atividades para as quais os docentes estão voltados, um indicador a ser levado em consideração é que os professores de tempo integral ou parcial do Departamento dedicam-se exclusivamente às atividades de graduação. Deve-se destacar, por outro lado, que, enquanto departamento, o Departamento de Medicina Preventiva não tem trabalhos científicos concluídos ou em andamento.

Como parte do desenvolvimento histórico desse departamento, em relação ao programa comunitário que mantém, é necessário reconhecer que sua criação, em 1959, responde a uma influência direta dos conteúdos difundidos a partir do Seminário de Viña del Mar. Dentro da linha liberal formulada por este Seminário, o Departamento desenvolve estágios em unidades sanitárias e ainda pequenas experiências na comunidade para treinamento em técnicas e atividades preventivas.

A partir de 1973, a transformação do Departamento traduz um espírito reformador assumido como um todo pela escola, em que se reproduzem as recomendações do documento nº 2 do MEC em favor de um "melhor conhecimento do lugar institucional em que o médico trabalha, e das condições sociais que repercutem na saúde dos indivíduos".

Assim, a disciplina de Prática Comunitária, a que nos referimos no princípio como área de integração dos conteúdos preventivistas, facilita uma prática permanente que, através do Centro de Saúde de Pompéia, substitui a prática inicial de tipo experimental por uma outra em que se utilizam as unidades de saúde do Estado.

Deste modo, o próprio ensino de Medicina Preventiva adquire traços racionalizadores, situado que está num contexto que tenta integrar a escola médica ao desenvolvimento de áreas docente assistenciais com base na implementação do Sistema Nacional de Saúde.

A partir de 1978, finalmente, definir-se-ão novas áreas programáticas como passo necessário à implantação de um programa de internato rural obrigatório.

V - Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia

A Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia, Estado de Minas Gerais, foi criada em 1968 e, com a criação da Universidade de Uberlândia, em 1975, foi anexada à mesma.

Os sete departamentos que a compõem congregam 61 docentes, que desenvolvem atividades junto aos 568 alunos das seis séries do curso médico (uma média de 94 alunos por série).

O Departamento que desenvolve atividades preventivistas foi criado em 1970, com o nome de Departamento de Medicina Preventiva, Social e do Trabalho. Tendo surgido já como Departamento, ali funcionam apenas as seguintes disciplinas: Epidemiologia, Medicina Preventiva, Organização e Administração em Saúde, e parte dos conteúdos de Medicina Social.

O Programa de Saúde Comunitária foi criado em 1971. Deu início a suas atividades somente em 1973, com base na experiência anterior de vacinações em Uberlândia e demais Postos de Saúde. Abrange área rural e urbana e tem obtidos bons resultados em ambas as áreas, cobrindo todo o município de Uberlândia. Os objetivos fundamentais do Programa são: a) aprendizagem dos alunos; b) atividade assistencial à população; c) atividade docente-assistencial; d) proporcionar melhor visão da realidade aos alunos.

O Programa está se desenvolvendo através da participação da Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Uberlândia e da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Conta com a participação de três médicos (dois trabalham em regime de tempo integral, com dedicação exclusiva, e o outro em regime de tempo parcial) financiados pela Faculdade de Medicina e pela Secretaria da Saúde, e de 25 alunos, que atendem diariamente. Quanto ao restante pessoal técnico, não há informações). Quanto aos recursos materiais, é certo que existem duas unidades sanitárias, mas não podemos dispor do relatório final das despesas de 1976.

VI - Área Docente-Assistencial do Norte de Minas - FAMED

Faculdade privada criada em 1968, com 38 docentes e 264 alunos, a Faculdade de Medicina do Norte de Minas possui Departamento de Medicina Preventiva com três docentes médicos em regime de tempo parcial, um dos quais com pós-graduação em Planejamento e Administração Sanitária. Os docentes absorvem 50% de sua carga horária com a docência, correspondendo a outra metade a outras atividades no Departamento.

Em relação à orientação curricular, há disciplinas específicas de Epidemiologia, Organização e Administração de Serviços de Saúde e Medicina Quantitativa.

A Área Docente-Assistencial do Norte de Minas é um programa criado através de convênio firmado, em julho de 1976, entre a Faculdade de Medicina do Norte de Minas, a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e a Fundação Oswaldo Cruz. Originou-se tanto a partir da própria escola como do próprio Sistema Regionalizado do Norte de Minas, baseado, como o indica o próprio nome, no modelo da integração docente-assistencial.

A área foi escolhida fundamentalmente pela existência do Sistema Regionalizado de Saúde, dependente da Secretaria de Saúde do Estado. Os objetivos do programa estão claramente expressos nos termos do convênio que lhe deu origem:

"O Sistema de Saúde que se está implantando na Região de Montes Claros cria uma nova oportunidade para que se passe dos temas às práticas de Saúde.

"Sua rede assistencial necessitará da participação da comunidade e dos estudantes como trabalhadores de Saúde, dos docentes da faculdade como supervisores e da Faculdade de Medicina em geral como normatizadora das atividades, responsabilizando-se pela qualidade da atenção prestada.

"Este projeto concretizará uma integração das duas instituições com responsabilidades complementares em Saúde na região: Faculdade de Medicina do Norte de Minas e Centro Regional de Saúde de Montes Claros".

Em relação ao ensino de graduação, definem-se os seguintes objetivos: a) proporcionar um campo de prática aos estudantes; b) colocar o estudante em contato com a realidade do homem e da sociedade em seu habitat; c) atribuir ao estudante responsabilidades efetivas de atenção à saúde da população; d) formular os conteúdos disciplinares em concordância com essas funções; e) integrar o estudante ao trabalho dentro da concepção de "equipe de saúde".

Outros elementos mencionados a este nível são os de orientar o internato curricular, tendo em vista a regionalização de programas da saúde, a participação na formação de pessoal auxiliar e a integração do estudante às pesquisas desenvolvidas na área docente-assistencial (ADA).

Quanto a pós-graduação, os objetivos específicos são de proporcionar residência médica na rede hospitalar integrada à assistência regional, educação continuada do próprio pessoal que trabalha no sistema e preparação de docentes dentro das características e necessidades da ADA.

Orientam-se as atividades de pesquisa no sentido de que: a) estejam integrados ao programa docente-assistencial; b) tentem objetivar o conhecimento da realidade e das doenças de repercussão apreciável sobre a população regional; c) tenham conteúdos vinculados à assistência médica e à docência.

No que diz respeito à prestação de serviços, destacam-se os seguintes propósitos: a) contribuir para a consolidação do caráter regionalizado da assistência à saúde; b) contribuir para a extensão de cobertura à população da região; c) fixar normas para avaliação da qualidade dos serviços prestados; d) estabelecer uma nova concepção de atenção que elimine as distinções entre atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Finalmente, em relação à comunidade, o programa estabelece como objetivos, além do conhecimento e integração com seus problemas, o de "criar instrumentos que permitam atribuir responsabilidades à comunidade, especialmente no que toca à avaliação do projeto, ao nível de sua repercussão comunitária".

O peso atribuído ao projeto dentro da faculdade pode ser observado quando se prevê, em sua estratégia de implementação, que esta deverá reformular seu currículo de acordo com o mecanismo de operação do programa, reformulação a ser efetuada de forma conjunta pelos professores, alunos e representantes das instituições integradas ao Sistema Regional de Saúde.

Para 1976-1977, o programa previu reestruturações na FAMED, com a criação do Centro de Ciências de Saúde, capacitação de técnicos e auxiliares de saúde, implantação do internato da faculdade nas unidades do Sistema Regional de Saúde e oficialmente a participação no controle de qualidade da atenção médica prestada pelo sistema.

VII - Área Programática de Maruípe do Centro Biomédico da UFES.

O Centro Biomédico da UFES foi criado em 1957. Seu Departamento de Medicina Social surge em 1964, seguindo os marcos dos seminários internacionais promovidos pela OPS. A partir da Reforma Universitária, o Departamento se abre à comunidade, adquirindo traços racionalizadores que se evidenciam pelo programa comunitário que desenvolve, cujo modelo é o da integração docente-assistencial.

O Centro Biomédico mantém um programa extramural de Medicina Familiar e Saúde Comunitária criado em 1969 e que se iniciou efetivamente em 1970.

A Área Programática de Maruípe desenvolve-se em local próximo ao Centro de Saúde e ao Hospital das Clínicas atingindo cerca de 10.000 pessoas. São definidos quatro objetivos: a) integração docente-assistencial; b) instrução a nível de graduação; c) assistência médica à população; d) investigação.

Até 1974, houve vínculos do Programa com o Ministério da Saúde (através do PAPPE) e com a USAID. Atualmente, há apenas com o Departamento Nacional de Tuberculose. Participam do mesmo docentes de todos os departamentos do Centro Biomédico e alunos do 5º e 6º anos, com atividades do levantamento de dados, pesquisas e tarefas clínicas.

VIII - Programa de Assistência Médica Simplificado da UERJ.

A Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, criada em 1936, conta atualmente com 266 docentes e 816 alunos. O Instituto de Medicina Social, hoje unidade do Centro Biomédico, surgiu em 1970, a partir da agregação das disciplinas de Higiene, Medicina Social e Medicina Legal. Conta atualmente com um corpo de 23 docentes e mantém vasto trabalho de pesquisa e elaboração teórica.

Em sua formação, o IMS acolhe as idéias preventivistas elaboradas em Viña del Mar e Teohuacân, tentando aplicá-las em relação à clínica e à pediatria. Mas diferencia-se do modelo original na medida em que desenvolve trabalho teórico sobre as relações entre saúde e sociedade que supera o enfoque tradicional.

O Programa de Assistência Médica Simplificado desenvolve-se em Austin, localidade do Município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense. Iniciou-se em 1976, através de convênio entre o Instituto de Medicina Social e a Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Trata-se de área caracterizada como "periurbana", perto do Rio de Janeiro e com população em torno de 50.000 habitantes. A estrutura organizativa consiste de um Centro de Saúde e de "mini-postos" destinados à atenção primária próxima à população.

O programa se baseia em experiências diversas, tais como a da FSESP, a da Igreja, as normas e modelos da OPAS e, particularmente, as propostas do Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas (Montes Claros).

A área de Austin foi escolhida pelas condições sócio-econômicas especiais (população de baixos recursos) e o baixo nível de assistência médica, assim como sua proximidade a um grande centro urbano e a constituição de um posto da Secretaria de Saúde.

Os objetivos do programa são: a) prestar serviços de atenção médica à comunidade; b) utilização de pessoal auxiliar na atenção à saúde; c) promoção da participação comunitária; d) experiência como modelo que possa reproduzir-se, no que diz respeito ao campo de trabalho de pessoal auxiliar; e) treinamento de residentes e internos em unidades sanitárias da área.

Participam do programa seis médicos do IMS (dois em regime de tempo integral e quatro em tempo parcial) financiados pela própria Universidade, Secretaria de Saúde e FINEP. Não exercem funções docentes paralelas.

A equipe técnica compõe-se de nove auxiliares de serviços médicos, um técnico em laboratório, dois auxiliares de laboratório e funcionários administrativos. O Centro de Saúde conta com três consultórios, gabinete dentário, farmácia e sala para suplementação alimentar.

IX - Programa de Saúde Comunitária da Vila de Ipiranga

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense, situada na Região Sudeste, é instituição pública federal criada em 1926. Possui 365 docentes distribuídos por quatro departamentos (Medicina Clínica, 138; Cirurgia Geral e Especial, 151; Saúde da Comunidade, 39; Patologia e Apoio Clínico, 37). Sendo o número total de alunos igual a 1813, a relação docente - aluno é de 0,20.

O Departamento de Saúde da Comunidade, criado em 1969, ministra disciplinas para os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Veterinária, Psicologia e Serviço Social. Possui 30 docentes entre médicos, enfermeiros, odontólogos, um advogado e um psicólogo. Cinco docentes possuem grau de mestrado (Saúde Pública). Apenas 14 trabalham em regime de tempo integral.

O Departamento mantém programa de residência e mestrado em Odontologia Social. Há quatro trabalhos científicos em andamento, na área de Epidemiologia.

A pauta curricular é bem diferenciada e distribuída ao longo do curso. Existem as seguintes disciplinas: Epidemiologia, Bioestatística, Ciências da Conduta, Saúde Ocupacional, Dinâmica Hospitalar, Sistema de Saúde, Introdução à Saúde Comunitária.

O "Programa de Saúde Comunitária de Vila Ipiranga" foi criado em 1972, a partir do Departamento de Saúde da Comunidade. Entre seus objetivos, visa a participação ativa da comunidade nas

ações de saúde e o estabelecimento de procedimentos preventivos e curativos dirigidos a grupos familiares, no sentido de "prestar assistência médico-odontológico, farmacêutica e social e servir de estágio aos alunos da área biomédica, pela ação conjugada da UFF e de assistentes sociais da Fundação Leão XIII do Governo do Estado do Rio de Janeiro".

O programa cobre uma área de 5km², com população de 5200 habitantes, escolhida por ser bem delimitada e de fácil acesso, com população de baixo nível sócio-econômico. Envolve as seguintes instituições: Faculdade de Medicina, Secretaria de Saúde, Fundação Leão XIII, CEME, Ministério da Saúde (Coordenação Materno-Infantil) e Fundação Kellog.

Participam do programa oito profissionais: cinco médicos, um odontólogo, uma enfermeira e um farmacêutico. Existe participação discente, de três cursos da área biomédica. Os alunos do 10º semestre do curso médico realizam visitas domiciliares; os do 11º e 12º semestre fazem atendimento médico, vacinação, palestras e investigações epidemiológicas. Os estudantes e os alunos de curso de Enfermagem planejam e realizam visitas domiciliares, consultas de enfermagem, vacinação e palestras para gestantes e nutrizes, durante o 5º semestre.

O programa atua, mediante convênio estabelecido, em unidade de Serviço Social Comunitário da Fundação Leão XIII.

O último orçamento disponível refere como fontes de financiamento da UFF (Cr\$ 501.200,00), a Coordenação Materno-Infantil do Ministério da Saúde (Cr\$ 150.000,00) e a Fundação Leão XIII ... (Cr\$ 500.000,00).

X - Projeto Rural da Unidade Móvel de Saúde (PRUMOS)

A Faculdade de Medicina de Teresópolis, fundação privada criada em 1967, conta com 104 docentes distribuídos pelos Departamentos de Ciências Morfofisiológicas (20), Medicina Interna (37), Cirurgia (20), Patologia (12) e Medicina Social (6).

O Departamento de Medicina Social, criado em 1970, ministra as disciplinas de Medicina Preventiva I e II.

O Projeto Rural da Unidade Móvel de Saúde (PRUMOS) foi criado em 1973, abrangendo área rural nos municípios de Teresópolis, Sumidouro, Nova Friburgo, Bom Jardim, Duas Barras, Santo Antônio de Pádua e Itaocara.

São definidos objetivos assistenciais (promoção, proteção e recuperação da saúde da população rural), educacionais (completar o ciclo de aprendizagem prático dos alunos de graduação) e de pesquisa (coleta de dados para estatísticas vitais e operacionais).

Participam a Faculdade de Medicina, Secretaria de Saúde, FUNRURAL e Projeto Rondon.

As atividades são coordenadas por três profissionais de saúde (médico, odontólogo e enfermeiro), havendo participação de estudantes de 3º, 4º, 5º e 6º anos em práticas de imunização, educação sanitária, consultas médicas, puericultura, pré-natal e partos, pequenas cirurgias e emergências.

O programa atua em unidade móvel com ambulatório montado em ônibus aparelhado para esta finalidade.

O FUNRURAL é responsável pelo pagamento de pessoal (cerca de Cr\$ 20.000,00 por mês), e a Secretaria de Saúde fornece impressos e medicamentos.

XI - Programa Vale de Sibiria

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fundada em 1891, iniciou suas atividades em 1913. Até 1934, chamava-se Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, tendo sido anexada à Universidade de São Paulo. A constituição de seu currículo sofreu grande influência do "Relatório-Flexener", publicado nos Estados Unidos em 1919.

A Faculdade de Medicina de São Paulo está indiretamente subordinada ao governo federal, porém recebe financiamento e seus órgãos

estão subordinados ao governo do Estado. É composta de 12 Departamentos, sendo que, em 1968, foi criado o curso de Medicina Experimental, que sobreviveu até 1972, ano da sua desintegração e anexação ao curso de Medicina.

O corpo docente é composto de 311 professores em tempo integral e parcial que lecionam no curso profissionalizante. O corpo discente é constituído por 791 alunos, nas seis séries, com uma média de 131 alunos por série.

Em 1967 foi criado o Departamento de Medicina Preventiva, que entrou em funcionamento em 1968, a partir da antiga Cátedra de Higiene. O Departamento iniciou suas atividades com as disciplinas de Epidemiologia, Medicina Social, Organização e Administração em Serviço de Saúde, Medicina Quantitativa e algumas matérias de Ciências da Conduta. A disciplina Medicina Preventiva só foi efetivamente lecionada a partir de 1970 e a disciplina Medicina do Trabalho não faz parte do Departamento.

A partir de 1973, o Departamento de Medicina Preventiva deu início às atividades do Programa do Vale do Ribeira, oficializadas em 1976 quando da assinatura do Convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. O referido programa foi elaborado pelo Departamento com base em programas externos. Acredita-se que o modelo tenha sido originado dos Estados Unidos, onde o professor Dr. Guilherme Rodrigues da Silva fez cursos de especialização e participou de vários encontros sobre o assunto. De volta ao Brasil, o Dr. Guilherme Rodrigues da Silva procurou dinamizar projetos de Medicina Preventiva, associando-se aos interesses do DMP na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O Programa que está se desenvolvendo no vale do Ribeira, no interior de São Paulo (região sul do Estado) abrange área rural e urbana de aproximadamente 10.197km², com uma população de 100.000 habitantes.

Esta região é considerada pelos dados estatísticos oficiais como uma das mais subdesenvolvidas do Estado de São Paulo. Tal característica, aliada à existência de instalações hospitalares e centros de saúde, definiu em grande parte a escolha dessa região para o desenvolvimento do programa comunitário.

São objetivos do Programa: a) levar ao aluno estagiário o conhecimento das condições efetivas de saúde da região, tanto da área rural como urbana; b) orientar e esclarecer os clientes sobre a importância do centro de saúde; c) dar orientação educacional quanto aos problemas de saúde em seu município ou na região; d) observar e coordenar o desenvolvimento do pessoal administrativo do posto; e) fornecer subsídios para a criação de um modelo de saúde de acordo com o perfil nosológico da área.

A equipe responsável pela implementação do Programa é constituída por seis docentes do DMP (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que trabalham em tempo parcial, pelo pessoal do corpo docente do departamento, e ainda por diversos funcionários do centro de saúde e do Hospital Regional do Vale do Ribeira.

O Programa desenvolve atividades no hospital regional, na enfermaria de Pediatria e Obstetrícia do Centro de Saúde, sendo responsável por um Programa Materno-Infantil e pelo acompanhamento do programa das escolas comunitárias desenvolvido pela Secretaria da Educação na zona rural (organização local). O Centro de Saúde, em particular, desenvolve atividades de visita domiciliar. Estão previstas para o ano de 1977 uma série de modificações, com o objetivo de implementar o programa de atendimento comunitário.

Quanto aos recursos materiais, o programa dispõe de: hospital regional estadual (160 leitos, centro de cirurgia, centro de obstetrícia e berçário). No Centro de Saúde (tipo IV): dois consultórios, sala de secretaria, sala pós-consulta, sala de arquivo e sala pré-consulta. Material permanente: Hospital - material e aparelho de raio "X" tórax, laboratório e farmácia; Centro de Saúde: microscópio e aparelho de abreugrafia.

Os recursos financeiros são proporcionados pela Secretaria da Saúde (programa de rotina) e Faculdade de Medicina da USP (recursos humanos).

XII - Programa de Medicina Preventiva do Parque Nacional do Xingu

A Faculdade Paulista de Medicina foi criada no ano de 1933, mantendo-se deste então com o mesmo nome e sem estar vinculada a qualquer universidade. A partir de 1955 foi federalizada. Ministra cursos somente na área de medicina. Conta com 431 professores, distribuídos pelos 13 departamentos onde estudam um total de 776 alunos nas seis séries do curso profissionalizante (média de 129 alunos por série).

O Departamento de Medicina Preventiva deu início as suas atividades no ano de 1960. Originou-se da agregação das disciplinas de Bioestatística e Epidemiologia. Transformou-se depois em cátedra de Higiene e, finalmente, em Departamento de Medicina Preventiva. Fazem parte do Departamento as disciplinas de Medicina do Trabalho, Epidemiologia, Medicina Preventiva e Medicina Quantitativa. Organização e Administração de Saúde, Medicina Social e Ciências da Conduta, não fazem parte do currículo do Departamento. A partir de 1974, com a aplicação da Reforma Universitária, algumas disciplinas do Departamento sofreram acréscimos ao seu conteúdo, o que, porém, não provocou grandes alterações na estrutura departamental.

A partir de 1965, o Departamento passou a coordenar o Programa de Medicina Preventiva no Parque Nacional do Xingu. Atuando em comunidades indígenas e junto à população semi-isolada, procura analisar a problemática da saúde comunitária na região. Para tanto, escolheu-se uma área rural, com economia relativamente fechada, de aproximadamente 22km², na qual residem 16 tribos (cerca de 2000 habitantes no total).

A razão da escolha da área foi criar uma infra-estrutura de apoio sanitário à população indígena marginalizada.

O Programa tem como objetivos efetuar levantamentos da população indígena do Parque Nacional do Xingu, planejar medidas médico-profiláticas e realizar pesquisas médico-científicas. Baseia-se em modelo totalmente original, que se apóia nas atividades desenvolvidas por docentes residentes e alunos em equipe que viajam ao Parque para controle sanitário, revisão clínica da população e pesquisas epidemiológicas.

O Programa é desenvolvido pela Faculdade Paulista de Medicina, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, FUNAI e FAB.

Não existe um número específico de funcionários que trabalham no programa. Em São Paulo são os membros do Departamento, um médico e 10 quintanistas, que recebem bolsas para desenvolver as atividades de campos. No Parque Nacional do Xingu atuam funcionários da FUNAI, além do pessoal do Ministério do Trabalho e da FAB. Quanto à atividade discente é voluntária e envolve atendimento médico, vacinação, orientação sanitária, etc.

Os recursos materiais para o trabalho em campo constam de um posto de saúde provido de um ambulatório médico, um gabinete dentário e uma farmácia. Em São Paulo, na Escola Paulista de Medicina, existem um laboratório especial e 700 leitos no Hospital da Escola Paulista de Medicina. Quanto ao aspecto financeiro, a Escola Paulista de Medicina contribui com mais ou menos 80% das despesas do seu pessoal que participa do programa, além de uma parte do estoque da farmácia e do Hospital, onde se atendem os casos mais graves. Quanto à contribuição da FUNAI e da FAB (transporte) não foi possível conseguir os dados necessários, por não estar pronto ainda o relatório referente ao ano de 1976.

XIII - Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda

A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Saúde de São Paulo foi criada em 1962. Entrou em funcionamento no início de 1963, ministrando somente o curso de Ciências Médicas, com duração de seis anos. Desde a sua criação, recebeu o nome que mantém até o presente momento.

A Faculdade conta com nove departamentos, 177 docentes e aproximadamente 600 alunos distribuídos pelas seis séries referente ao curso profissionalizante.

Em 1963, foi criado o Departamento de Medicina Social, que entrou em funcionamento no mesmo ano e onde são desenvolvidas atividades de prevenção à saúde. O Departamento de Medicina Social

deu início a suas atividades com as disciplinas de Medicina Preventiva Quantitativa e uma unidade de Ciências da conduta. Posteriormente, em 1965, 1970, 1972 e 1973, foram introduzidos o restante dos conteúdos e das matérias que compõem o Departamento de Medicina Social conforme as exigências curriculares.

A partir de 1970, o Departamento passou a coordenar um programa de Medicina Comunitária desenvolvido no Posto de Saúde Experimental da Barra Funda, bairro situado próximo ao centro de São Paulo, na várzea do rio Tietê. O Programa foi criado em 1969 e entrou em funcionamento em 1970, com o nome de Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda. Originou-se no próprio Departamento, com a colaboração do professor Airoso, que participou do Congresso de Viña del Mar.

A área onde se desenvolve o Programa é urbana, ou seja, está dentro do perímetro urbano da Grande São Paulo e a razão da sua escolha está na construção de um hospital da Santa Casa que será edificado nesta área, próxima à faculdade. E também pelo fato da Barra Funda ser um bairro industrial, residencial e tradicional de São Paulo. O Programa abrange os bairros da Barra Funda e Engenheiro Retiro e os respectivos subdistritos, com uma população concentrada em aproximadamente 56.000 habitantes, dos quais 65% habitam em Barra Funda.

Pelo fato de Barra Funda ser um bairro industrial, apresentando as características acima citadas, existe também um projeto de criação de um Centro de Saúde Ocupacional, onde passará a funcionar um serviço de "medicina esportista". Entende-se que a prática do esporte desenvolve o potencial físico, contribuindo indiretamente para o desenvolvimento da produção. Isto permitirá atuar no interior das indústrias que têm mais de 100 operários e nas quais não existe serviço médico.

O Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda tem como objetivo fundamental a comunidade, ou seja: promover, proteger, recuperar e solucionar os problemas relacionados à saúde da população de Barra Funda; treinar os alunos para desempenho de funções de Saúde Pública, cooperar com as autoridades do setor, e realizar pesquisas em Saúde Pública.

O Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda além da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que o elaborou e o pôs em funcionamento, tem ainda a participação da Faculdade de Saúde Pública da USP, Faculdade de Enfermagem de São José dos Campos (unidade vinculada à Santa Casa), da Faculdade de Enfermagem da USP, da Escola Médica de Enfermagem Caetano de Campos-SP e da Secretaria da Saúde de São Paulo.

As atividades são executadas por docentes (em tempo integral e em tempo parcial) da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, médicos, enfermeiros e assistentes sociais na área de prevenção e pediatria, visitantes sanitários, atendentes, assistentes técnicos de laboratório, serventes, etc. Envolvem igualmente o pessoal discente das escolas citadas anteriormente, que desenvolvem as funções de atender e procurar esclarecer a população sobre a realidade médica e a utilidade do serviço de comunidade, o papel desempenhado pelas entidades de classe como por exemplo: Rotary Club, Lions Club, Sociedade Amigos de Bairro, etc. Além dessas, desenvolvem-se também atividades de pesquisa, supervisão de serviço, funcionamento e administração de serviço do Centro e pesquisa em Saúde Pública, sendo que estas últimas atividades são desenvolvidas pelos alunos de pós-graduação em Saúde Pública e residentes em Medicina Social e Pediatria.

Quanto aos recursos materiais, o Centro de Saúde Experimental da Barra Funda é dotado de um gabinete odontológico, três salas de pré e pós-consulta de pediatria, duas de clínica médica, dois consultórios de gineco-obstetrícia, um de saúde mental, um arquivo central, três salas para chofia e administração, um almoxarifado, uma sala de enfermagem, uma sala de saneamento, uma sala de aula, uma sala de demonstração, uma sala de recreação, uma sala de serviço social e 21 salas para idosos e velhos. Há, ainda, no laboratório: microscópio, estufa, centrífugo, máquina de escrever, ostocópio, regras, balanças. A viatura que serve como ambulância do Centro é de propriedade da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

Quanto aos recursos financeiros, o Centro de Saúde recebeu, em 1976, uma verba de Cr\$ 1.432.000,00 da Secretaria da Saúde de São Paulo, cabendo à Fundação o fornecimento do material perma-

nente, que se encontra relacionado na Revista de Saúde Pública de São Paulo, do mês de junho de 1976, como parte do relatório das atividades do Centro.

XIV - Programa Comunitário de Cássia de Coqueiros

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, pertencente à Universidade de São Paulo, foi fundada em 1948. Em 1954, o professor Pedreira de Freitas, recém-chegado dos E.U.A., onde obteve o título de "Master in Public Health" da Universidade John Hopkins, criou o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, o primeiro no Brasil dentro da nova concepção que viria a ser solidificada no 1º Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, em 1955, sob os auspícios da OMS/OPS.

Foi o Departamento pioneiro na modificação do ensino adicional de Higiene, antes disciplina isolada, para um ponto de vista (a Medicina Preventiva) que deveria permear a formação médica daí por diante.

As atividades de extensão à comunidade iniciaram-se em 1956, com o "Programa de Assistência Médica Preventiva e Social a Famílias", que consistia de atividades de atendimento ambulatorial e visitação domiciliar e visava proporcionar aos médicos "oportunidade de tomarem contato com pacientes no próprio ambiente familiar, analisando a série de fatores do meio que interferem no seu estado de saúde, estendendo a atuação a toda a família, para conhecimento dos aspectos médicos, sócio-culturais, psicológicos, econômicos e verificando a possibilidade de aplicar a Medicina Preventiva nos seus vários níveis".

No ano de 1962, iniciou-se um programa de Residência em Medicina Preventiva e, no ano seguinte, os cursos de pós-graduação. Em 1971, foi aprovado pela Reitoria da Universidade de São Paulo curso de pós-graduação na área de concentração de Medicina Preventiva, nos níveis de Mestrado e Doutorado.

No campo da investigação, ressaltam-se os trabalhos realizados nos seguintes campos: Epidemiologia e Profilaxia da Doença

de Chagas; Investigação Interamericana de Mortalidade (1962-1963) e Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância (1962-1963) (OPAS); Epidemiologia das cardiopatias crônicas, hipertensão arterial e acidentes de trânsito, assistência médica e outros. Em 1970, com a agregação de outras disciplinas o departamento tornou-se Departamento de Medicina Social. Atualmente, agrupa 16 docentes (entre os 239 docentes da faculdade, dividida em 12 departamentos), em sua maioria médicos graduados na própria faculdade e com cursos de pós-graduação em Saúde Pública e Epidemiologia. Há boa percentagem de docentes com tempo integral. Lecionam-se as disciplinas de Medicina Legal, do Trabalho e Deontologia Médica, Medicina Preventiva I, II e III, Administração em Saúde, Bioestatística e Ciências Sociais Aplicadas.

O Programa Comunitário de Cássia de Coqueiros, desenvolvido no Centro Médico-Social Comunitário Pedreira de Freitas, foi criado em 1968, como extensão das atividades ambulatoriais e de pesquisa iniciadas anos antes pelo prof. Pedreira de Freitas, no então Departamento de Medicina Preventiva.

O Programa baseia-se no modelo de Desenvolvimento e Organização de Comunidade, utilizado pelo Ministério da Agricultura. O trabalho se desenvolve em área de 300 km², urbana e rural, abrangendo 3500 habitantes. Definam-se como seus objetivos: a) necessidade de local para ensino, principalmente para o programa de Medicina Comunitária do 6º ano; b) pesquisa em Doença de Chagas e Assistência Médica; c) desenvolvimento da comunidade através de sua participação na assistência médica; d) preparar pessoal local para a área de saúde.

O Centro Médico-Social recebe verba da secretaria de saúde e mantém vínculos com o Hospital de Clínicas. Quanto a recursos humanos, existe apenas um docente, em tempo parcial; há 10 profissionais de nível técnico.

A participação discente limita-se a dois ou três alunos de 6º ano, que realizam atendimento ambulatorial geral, partos, pequenas intervenções cirúrgicas e palestras.

O último orçamento disponível refere financiamentos oriundos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Cr\$ 35.800,00), Hospital de Clínicas (Cr\$ 7.400,00), Secretaria de Saúde (Cr\$ 50.000,00) e da própria população (Cr\$ 4.200,00).

AV - Projeto Anhembi

A Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu foi criada em 1962, conservando o seu nome até o presente. A partir de 1976, com a criação da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, a referida faculdade foi anexada à esta Universidade.

Está dividida em cinco setores que são: a) Setor de Ciências Exatas e Pedagógicas; b) Setor de Ciências Biológicas; c) Setor de Ciências Médicas; d) Setor de Ciências Médico-Veterinárias; e) Setor de Ciências Agrônomicas.

É composta por 25 departamentos, dos quais somente oito estão vinculados ao curso de Medicina. Dos 378 docentes distribuídos pelos departamentos, 356 trabalham em tempo integral.

No Setor de Ciências Médicas, há 120 docentes distribuídos pelos seus sete departamentos. O corpo docente do curso profissionalizante, com uma média de 92 alunos por série.

A disciplina Medicina Preventiva é ministrada pelo Departamento de Medicina em Saúde Pública, criado juntamente com a faculdade no ano de 1962, mas que só funciona efetivo desde 1963, aliás, sem alterações até o presente momento.

Em 1972, foi criado um programa de atendimento baseado no modelo proposto pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e adaptado com base em diagnóstico da comunidade segundo técnicas CENDES-OPS. Escolheu-se uma área onde ainda não existia centro de saúde e que se localizava próximo à faculdade. Esta área foi o Distrito de Ribeirão Júnior, com uma população de doze mil habitantes (1976).

O Programa tem como objetivos: a) cooperar para o planejamento e desenvolvimento conjunto de programas docentes e pesquisas de interesse em Saúde Pública e extensão à comunidade; b) estimular os estudantes para problemas de saúde da comunidade e familiarizar os estudantes e professores com os objetivos técnicos e programas de saúde, preparando-os para sua participação na vida profissional.

Um outro objetivo do programa é estimular a organização e o desenvolvimento de programação comunitária de saúde, com integração de atividades e serviço, organização e desenvolvimento de programação comunitária de saúde, com integração de atividades e serviço, organização e desenvolvimento de programação comunitária de saúde para aprendizagem de estudantes e profissionais e treinar pessoal técnico e auxiliar no campo de ação de Saúde Pública.

O programa mantém um vínculo externo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, utilizando todos os docentes do Departamento de Medicina em Saúde Pública e o pessoal técnico do Departamento de Saúde, além da participação do pessoal discente que estagia no Centro de Saúde.

O quadro de recursos humanos é preenchido pela Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas de Botucatu (pessoal docente e discente) e pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (pessoal do Centro de Saúde), atuando na supervisão e treinamento de pessoal.

O pessoal discente ocupa-se de atividades como por exemplo observação com orientação didática de todas as atividades do Centro de Saúde (atendimento, visita domiciliar- etc.), consultas médicas e investigação epidemiológica.

Quanto aos recursos materiais, o Centro de Saúde dispõe de: sala de arquivos, sala de administração, almoxarifado, sala de curativos, sala de visitadora, sala de pré-consulta, sala de consulta, duas salas de depósito, garagem. Quanto ao material permanente, existem: dez escrivaninhas, 22 cadeiras, quatro armários de madeira, dois armários de vidro, dois armários embutidos, estante, geladeira, duas estufas, máquina de escrever, três bancos, esterilizador, duas balanças para adultos, duas balanças para crianças, uma cama, três divans, duas mesas ginecológicas, filtro, mesa, biombo, bisturi elétrico, carrinho-curativo, aparelho de ondas curtas.

Todo o material utilizado no Centro de Saúde é fornecido pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A contribuição orçamentária do Centro de Saúde-Escola para 1976 foi de Cr\$ 50.000,00 mensais para pagamento do pessoal (SSSP).

Aluguel do imóvel mais ou menos Cr\$ 6.500,00 mensal paga pela FMCBB.

Material de consumo (FMCBB, até 1975 era de Cr\$ 100.000,00 anual-medicamentos. Em 1976 Cr\$ 50.000,00 anual, para reagentes - material de limpeza, etc.

Em 1975, o Centro de Saúde recebeu Cr\$ 50.000,00 doados pelo Ministério da Saúde e alguns aparelhos e pagamentos de bolsas de estudo da W.K. Kellogg Fundation.

XVI - Programa Comunitário da Faculdade de Medicina de Marília

A Faculdade de Medicina de Marília, no Estado de São Paulo, foi criada no ano de 1966. Entrou em funcionamento normal em 1967, como estabelecimento de ensino isolado, sem manter vínculo com nenhuma universidade. Composta de 11 departamentos, todos eles voltados para o ensino da medicina, possui um total de 76 docentes lecionando as cadeiras básicas do curso profissionalizante e agrega um total de 400 alunos com uma média de 66 alunos por série. Não existem residência, estágios ou pós-graduação. Só existe o curso de especialização em Medicina do Trabalho, que deu início às suas atividades em 1975, para 43 alunos interessados no assunto.

A partir de 1968, passou a funcionar o Departamento de Medicina Preventiva que se originou diretamente como departamento integrado aos demais da faculdade e, desde o início, reuniu todas as disciplinas exigidas pelo currículo.

Com a dinâmica que progressivamente iam assumindo as atividades da Medicina Comunitária, em 1974 a Faculdade de Medicina de Marília criava um Programa de Saúde Pública, com base no Programa do Centro de Saúde Experimental da Barra Funda, desenvolvido pela Santa Casa de São Paulo.

O Programa da Faculdade de Medicina de Marília visa cobrir uma área urbana-rural onde, desde 1968, já existia um centro de atendimento médico para as famílias da região. Com a criação do Programa, foi ampliada a área e modificado o projeto anterior.

no sentido de criar um Centro de Saúde de Comunidade com apoio e incentivo da Secretaria de Saúde. Imediatamente foi firmado um convênio estabelecendo a área total de atuação e o número médio de atendimentos: 33.000 pessoas da área urbana e 7.000 da área rural, num total de 40.000 clientes. Com isso, reuniam-se as condições para o desenvolvimento de melhor ensino, pesquisa e prestação de serviço por parte do corpo discente e docente da Faculdade.

O Programa conta com um médico em tempo integral e dedicação exclusiva, contratado pelo convênio para prestação de serviços e orientação dos alunos, e com três médicos em tempo parcial, que exercem também atividades docentes. O pessoal técnico compõe-se de uma enfermeira, um sociólogo e um assistente social. O corpo discente participa desenvolvendo atividades de atendimento aos adultos, pediatria, puericultura, pré-natal e visitação domiciliar.

Os recursos materiais são divididos entre a Faculdade de Medicina de Marília e a Secretaria de Saúde. Não estão disponíveis os dados exatos pois os mesmos ainda estão em fase de elaboração.

XVII - Programa de Medicina Comunitária de Franco da Rocha - SP

A Faculdade de Medicina de Jundiaí, Estado de São Paulo, foi criada em 1968, dando início a suas atividades em 1969; é composta de 11 Departamentos, com um total de 122 docentes lecionando nas cadeiras básicas do curso profissionalizante para um total de 362 alunos, o que representa uma média de 60 alunos por série.

Em 1968-1969 foi criado o Departamento de Medicina Preventiva, congregando as disciplinas de Medicina do Trabalho, Epidemiologia, Medicina Preventiva e Ciências da Conduta.

Em 1975, o Departamento de Medicina Preventiva criou o projeto de Medicina Comunitária de Franco da Rocha, no subúrbio de São Paulo, próximo ao município de Jundiaí, que teve uma duração de apenas 10 meses, cujo modelo foi baseado nas experiências próprias de seu idealizador (Professor Kurt), que já havia atuado como médico clínico e que defendera tese sobre esquistossomose, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, tendo como co-

laborador o Dr. David Capulitano, então aluno de mestrado em Saúde Pública da USP e auxiliar de ensino na Faculdade de Medicina de Jundiáí.

O Programa não tem uma área definida, porém prevê uma população de 50.000 habitantes, dos quais 2000 já se encontram inscritos no Centro de Saúde da região. Essa população localiza-se em área urbana e rural, de modo a fornecer aos alunos uma visão mais realista da problemática sócio-econômica da população, assim como desenvolver uma prática médica mais simplificada e formar uma consciência importância de Ambulatório Geral.

O referido Programa mantém, com a Secretaria da Saúde, um vínculo que supõe apenas a participação dos funcionários que trabalham no Centro de Saúde.

A Faculdade dispõe de três médicos que se dedicam às atividades do Programa em tempo integral, com dedicação exclusiva, de um grupo de 30 alunos que desenvolvem a medicina ambulatorial, simplificando-a, de modo a tentar, com este tipo de enfoque, um atendimento de maior qualidade. Desenvolvem também, a prática de visita domiciliar, sentando, dessa forma a problemática in loco. Os funcionários da Secretaria de Saúde, que é composta de 1 enfermeira, 3 serventes, 4 atendentes, 3 escriturárias e 2 visitantes, atuam exclusivamente no Centro de Saúde.

Os recursos materiais existentes no Centro de Saúde consistem em 1 sala de reunião, 4 enfermarias para adultos, com 10 leitos, 4 enfermarias para crianças com 20 leitos, 1 isolamento, 1 secretária, 6 consultórios, 3 salas de vacinação, 1 sala de raio X, 1 copa e 3 sanitários, 2 balanças para adultos, 2 balanças para crianças, 1 estetoscópio, 5 máquinas de escrever, 1 pequeno laboratório de urina, sangue e fezes e 1 aparelho, oto-reitner (da Faculdade de Medicina).

Quanto aos recursos financeiros, cabe à secretaria a responsabilidade destinada aos encargos do Centro de Saúde e à Faculdade de Medicina as despesas com o pessoal docente e discente. Contudo, existe um relatório que pudesse dar uma idéia das despesas gerais de ambas as partes.

Obs.: Este programa constituiu uma tentativa de criar um Centro de Saúde Escola. Porém teve duração de apenas 10 meses. A escolha de Franco da Rocha, deveu-se às dificuldades apresentadas pelos hospitais de Jundiá em receber alunos da Faculdade. Como o Posto de Saúde de Franco da Rocha estava praticamente desprovido de pessoal médico, o D.M.P.F.M.J. resolveu assumi-lo, para depois transformá-lo num Centro de Saúde Escola e, logo em seguida, criar um Programa de Medicina Comunitária. A idéia inicial foi do professor Kurt, ao assumir a cadeira de titular do D.M.P.F.M.J., pois, quando professor na Faculdade de Medicina de Londrina-Paraná, já havia adquirido experiência em Medicina Comunitária.

XVIII - Programa de Atendimento à População do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

O Departamento de Saúde Comunitária da UFPR foi criado em 1974 e parece estar estruturado de uma maneira dinâmica, já que desenvolve um intenso programa de pesquisa nesta área de conhecimento. Como produção teórica desse Departamento convém citar:

- 1) "Diagnóstico de saúde e diretrizes programáticas do Estado do Paraná".
- 2) "Sugestões para reorganização de Sistema de Vigilância epidemiológica no Estado do Paraná".
- 3) "Programa de assistência médico-sanitária no plano de desfavelamento de Curitiba".
- 4) "Esquema atualizado de tratamento das enteroparasitoses para distribuição aos hospitais, centros de saúde, unidades sanitárias, médicos e estudantes da capital e do interior do Estado do Paraná".
- 5) "Nova orientação didática da disciplina de doenças infectuosas e parasitárias".
- 6) "Formação e atenção médica".

7) "Metodologia para a avaliação da terapêutica anti-parasitária parasitos intestinais".

8) "Projeto nutrição escolar".

9) "Ensino da disciplina de higiene escolar nos cursos de licenciatura em Ciências do 1º grau e licenciatura em Ciências de habilitação em biologia".

O Departamento é integrado pelo "Núcleo Profilático Universitário Prof. Pereira Filho". Esse Órgão Auxiliar, Administrado pelo chefe do Departamento, tem como objetivo:

I) Promover a Saúde e prevenir as doenças no corpo docente, discente e demais servidores da Universidade Federal do Paraná;

II) Promover a Saúde e prevenir doenças na população residente nos bairros de Batel, Santa Terezinha, Seminário, todos do Distrito de Curitiba;

III) Proporcionar estágio prático no corpo discente da Universidade;

IV) Proporcionar treinamento em serviço a todos os servidores que desempenhem funções no Núcleo;

V) Realizar Pesquisas, pura e aplicada, na Área de Saúde Pública e Medicina Preventiva, com vistas ao aprimoramento das suas atividades;

VI) Colaborar com todas as disciplinas do Departamento e de outros Departamentos da Universidade;

VII) Avaliar, semestralmente, demonstrando por meio relatório, a situação da morbidade verificada em exames pelo Núcleo". (1)

Fica claro que o programa de atendimento à população, desenvolvido através do Núcleo Profilático Universitário, pretende atuar tanto a promoção de atendimento médico a populações carentes, quanto servir para o aprendizado prático dos alunos do curso Médico.

(1) Estraído do "Regimento do Departamento de Saúde Comunitária, setor de Ciências da Saúde da UFPR" de Curitiba.

Foi assinado em 1971 que o Departamento assinou um termo de ajuste com a secretaria de Estado nos Negócios da Saúde Pública do Paraná com o intuito de permitir o desenvolvimento do Programa de Saúde Comunitária, visando um melhor atendimento da população que integra os bairros de Santa Terezinha, Batel, Seminário e Barigui do Seminário do Município.

Em 1976, a Universidade assinou um termo de acordo com a Prefeitura de Curitiba visando, explicitamente, a implementação de um Programa de Saúde Comunitária desenvolvido de acordo com o cronograma do Núcleo Profilático Universitário Professor Pereira Filho. Tal Programa segue os objetivos definidos anteriormente, no desenvolvimento de atividades de Assistência Médico-Sanitária e de treinamento de alunos do curso médico. Mais uma vez a ênfase não é colocada na necessidade de se estimular a participação da população no Programa, bem como na implementação da categoria de auxiliar técnico.

Esse Programa desenvolve-se em área urbana e a presença do Núcleo Profilático Universitário foi fundamental para a escolha do local. Em contraste com os demais Programas de atendimento à população, esse não foi escolhido para a assistência de uma população de nível sócio-econômico baixo. A localização do Núcleo orientou-se, sobretudo, no atendimento da comunidade Universitária docente e discente. Ainda em relação a área não foi possível obter informações que a caracterizassem melhor. O mesmo deve ser dito com relação à população atingida pelo Programa.

No que se refere aos vínculos mantidos pelo Programa, deve-se citar o que existe com o Hospital de Clínicas da UJPR, no sentido de permitir a realização de exames laboratoriais e, quando necessária a hospitalização.

O Programa conta com a participação de 4 (quatro) docentes em tempo parcial e 9 (nove) técnicos em atividades diversas.

Finalmente, no que diz respeito à participação dos alunos, deve-se destacar que é feita no sentido de visita domiciliar, com levantamento das condições higiênico-sanitárias e atendimento, na Universidade Sanitária de Saúde Pública (consultas médicas, instrução pré-consulta, imunizações, etc), contando com alu-

nos da 2a. ou 3a. série (160 por ano) com 15 horas para cada aluno e mantendo a relação de um docente para 15 alunos.

XIX - Programa de Comunidade do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

O Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina foi criado em 1967 e, apesar de não possuir um departamento de Medicina Preventiva, devidamente estruturado, apresenta, através do departamento de Medicina Geral e de Saúde Comunitária, toda uma tentativa de engajamento nas atuais propostas de reformulação do sistema de atenção médica.

Através de uma síntese das principais características da atual estruturação da atenção médica, quer seja da centralização das atividades assistenciais, quer do seu alto grau de especialização e, conseqüentemente, do alto custo do serviço médico, foi possível levantar um conjunto de medidas que viabilizassem uma racionalização dos serviços de saúde, por meio, sobretudo, da promoção de uma proteção extensiva de tais serviços. A partir do desenvolvimento dessas medidas surgiu a proposta de escalonamento dos serviços médicos, do mais rudimentar ao mais sofisticado (visitas domiciliares ao ambiente hospitalar complexo), e a necessidade de hierarquização das instalações e do pessoal responsável.

Desse modo, o próprio setor de saúde coletiva de Londrina foi organizado em 1970, tendo como finalidade básica "... levar ao estudante de medicina a noção de que a medicina não é dicotomizada em preventiva e curativa, e que o médico, qualquer que seja sua especialidade, pode e deve acrescentar a sua ação curativa o aspecto preventivo... e ainda propondo"... a formação de novas atitudes do médico frente ao paciente, ver no doente e no susceptível a pessoa integral com suas implicações de ordem familiar e social e no relacionamento, respeitar em todos os momentos, seus padrões psicológicos, culturais e sociais" (1).

(1) "Manual de Organização e funcionamento de três unidades periferias integradas de saúde no Município de Londrina".

Observa-se, por meio dessa citação, que a orientação básica dada ao departamento encaminhava-se no sentido de implementação da ideologia preventivista liberal, da tentativa de uma nova conscientização do profissional médico frente ao paciente, logrando, para isso, uma reformulação do ensino médico.

Criou-se ainda em 1970 uma comissão responsável pelo anteprojetado de formação de um programa extra-mural de atenção médica à população. Tal programa viria a se constituir no primeiro programa de saúde comunitária a ser criado na região Sul. Nessa época, apesar do projeto prever a construção de mais unidades de saúde, apenas 1 foi implementada, em Vila da Fraternidade, na periferia da cidade de Londrina.

Em geral, o "relatório da comissão para instalação das unidades de saúde" previa a instalação de 7 unidades de saúde, sendo que 6 periféricas e uma com atividade didática-assistencial centralizada. A comissão responsável pelo ante-projeto teve como presidente Darli A. Soares, chefe do departamento de Medicina Geral e Saúde Comunitária da escola de Londrina, com a colaboração de José Murilo Zeitude, Mariza Helena M. Kuarek, Paulo Zifchak e Satoko Kodama (docentes do departamento de medicina geral e de saúde comunitária de Londrina).

Em 1972 foram criadas mais duas unidades periféricas: uma na zona urbana - bairro do Jardim do Sol - e outra em distrito rural - Paiquerê. No ante-projeto de implantação dessas unidades, apresentava-se como objetivo:

- a) Estudo de modelo reproduzível de atenção à saúde de populações controláveis de alguns bairros e vilas de baixo nível sócio-econômico, da periferia da cidade de Londrina.
- b) Treinamento de pessoal no setor saúde: atendentes, enfermeiros, visitantes, educadores, docentes e acadêmicos (de medicina e enfermagem).
- c) Concretização a integração de recursos de órgãos afins: Prefeitura Municipal, secretaria de saúde, associação de senhoras rotarianas e universidade estadual de Londrina". (2)

(2) "Manual de Organização e Funcionamento de 3 unidades periféricas integradas de saúde do município de Londrina". Pág. 4

Pode-se perceber, agora, a inserção, no departamento de uma nova proposta de privilégio não só do ensino médico, mas de um modelo particular de atenção à saúde, contando com a participação e com a integração de várias instituições relacionadas com a prestação de serviço médico. Coloca-se a necessidade de implementar os serviços médicos com vistas a atingir populações de baixo nível sócio-econômico, ampliando a cobertura prestada pelas unidades, sem maiores aumentos no custo de tais serviços.

Por meio do próprio trabalho desenvolvido nas unidades de saúde, observa-se que a grande maioria das consultas eram preenchidas com atendimentos simples. A partir daí, progressivamente, começou a ganhar importância a função preenchida pelos atendentes, já que a grande maioria das consultas poderia ser feita por eles. Paralelamente, viu-se a importância da ampliação da participação do pessoal auxiliar nas unidades de saúde.

Nesse sentido tornou-se um objetivo incorporado à prática médica da escola de Londrina a descentralização dos serviços médicos e a colocação do atendimento ambulatorial em lugar privilegiado do sistema de saúde.

A criação das duas primeiras unidades - Jardim do Sol e Vila da Fraternidade - contou com a participação da Prefeitura Municipal e da Secretaria de Saúde do Estado. Previu-se, de início, a cobertura de 7.000 pessoas para cada unidade. Atualmente estima-se que a população servida pelas duas unidades de saúde tenha quase que duplicado.

Transcreve-se, a seguir, os motivos alegados para a escolha do local onde seriam implantadas as unidades de Jardim do Sol e Vila da Fraternidade: "a) Existência de prédios adaptáveis e desocupados nos 2 bairros (Jardim do Sol e Vila da Fraternidade); b) Representatividade de ponto de vista sócio-econômico e demográfico; c) Possibilidade de extensão dos serviços à população de bairros e vilas vizinhas. Para a unidade de Paiquerê: "a) Existência de um prédio desocupado com 2 pavilhões, antiga filial de banco; b) Distância relativamente pequena na cidade de Londrina (pouco mais de 20 Km); c) Ensino primário bem desenvolvido e curso secundário noturno". (3)

(3) "Ante-projeto de implantação das unidades de saúde".

É importante destacar, para que se caracterize melhor tais unidades, a presença de dois motivos básicos que justificam a escolha do local: o baixo nível sócio-econômico da população local e a existência prévia de uma infra-estrutura básica para suportar a imediata instalação dos serviços.

As três unidades de saúde mantêm vínculos específicos com a Prefeitura Municipal, a Secretaria de Saúde do Estado, a Creche Haydee Colli Monteiro (unidade Jardim do Sol), e FUNRURAL (Paiquerê), a Fundação Kellogs, Crutac e a associação de senhoras rotarianas.

No que diz respeito à distribuição de pessoal em cada unidade e ao regime de trabalho e dedicação horária, o quadro seguinte dá uma indicação bastante completa:

UNIDADE	PESSOAL (CATEGORIA E REGIME DE TRABALHO)	
	ATENDENTES	SERVENTES
Vila Fraternidade	4-44 horas/sem. CLT	1-44 hs/sem. CLT
Jardim do Sol	4-44 horas/sem. CLT	1-(serviços e eventuais)
Paiquerê	3-44 horas/sem. CLT	1-44 horas/sem. CLT

O pessoal de nível universitário (3 médicos, 2 enfermeiras e 1 farmacêutica-bioquímica) são contratados em tempo integral, regidos pela CLT e desempenham atividades de ensino e pesquisa assim como atividades assistenciais nas Unidades. (4)

A participação dos estudantes de medicina nas unidades de saúde é feita por meio de consultas de assistência médica nos ambulatórios. Os alunos que prestam tais serviços são do 8º semestre e dedicam a esse trabalho, cada um deles, a 60 horas semanais. O número de docentes responsáveis pela supervisão é de 1 para cada 8 alunos.

(4) Fonte: "Manual de Organização e funcionamento de 3 unidades periféricas integradas de saúde do município de Londrina".

XX - Programa de Comunidade da Faculdade de Medicina da UFGS

O Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal foi criado em 1971, de acordo com as exigências do Currículo Mínimo para Medicina do MEC. Apesar de recente, esse departamento vem desenvolvendo uma produção teórica por meio de um "Projeto de ação comunitária (convênio da UFRS e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre) Vila Santa Rosa" e do estudo da mortalidade infantil em Porto Alegre.

É importante destacar, para a caracterização que aqui se pretende, a presença do "Centro Médico-Social de São José de Muri- aldo", em funcionamento no perímetro urbano de Porto Alegre desde 1957. Atua como um posto médico tradicional sob a orientação direta da Secretaria de Saúde do Estado. Em 1964, firmou-se um convênio entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o governo do estado, com o objetivo declarado de se promover o treinamento de alunos da Faculdade de Medicina em medicina preventiva e saúde pública. Observa-se, portanto, que, desde essa data, a Faculdade de Medicina, incentivada pela Secretaria de Saúde, passa a tentar transmitir aos seus alunos, por meio de uma ação prática de atendimento médico efetivo, uma nova visão do problema coletivo de saúde. A partir desse convênio, o centro passa a enfatizar a saúde pública, agora sob a chefia da Universidade, que coloca seu corpo docente à disposição do centro.

Acompanhando a evolução e a propagação dos conceitos preventivistas nessa Escola Médica, observa-se a penetração da Organização Panamericana de Saúde que, em 1967, tenta firmar um acordo específico para o desenvolvimento da medicina da UFRS. Esse acordo viria a ser efetivado entre essa Universidade, o governo do estado, a Pontifícia Universidade Católica e a Faculdade Católica de Medicina. Não chegou, contudo, a ser assinado, mas visava o desenvolvimento e a integração do ensino de medicina preventiva, o estabelecimento de programas de medicina familiar e de comunidades urbana e rural, com consulta externa, hospitalização e serviços complementares e, ainda, a coordenação e integração de todos os serviços. (1)

(1) "Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária".

É interessante notar que o centro, na medida em que participa da formação dos alunos da Faculdade de Medicina, age como núcleo de exposição dos problemas de saúde da comunidade. Objetiva, contudo, de modo prioritário, uma integração do ensino com os serviços de atenção médica. Nesse sentido, pelo menos até 1972, o centro não era visto sob a ótica da necessidade de se buscar uma ampliação do atendimento médico pela descentralização de tais serviços.

Há evidências de que somente em 1972 o centro sofre uma reestruturação no sentido de participar, com maior relevância, na criação de um sistema de saúde integral, promovendo campanhas de vacinação, visitaçãõ domiciliar e medidas básicas de saneamento. É nesse ano que se cria, através do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho, o "Sistema de Saúde Comunitária".

Nesse sentido, convém acompanhar o "Projeto de um sistema de saúde comunitária", documento de trabalho de docentes da Faculdade de medicina, elaborado com a colaboração do pessoal do Centro Médico. Tal relatório começa por criticar a configuração da atual prestação de serviços médicos, caracterizada pela ausência do médico generalista, pela não participação da população, enfim, pelo reforço do aspecto curativo e especializado dos serviços médicos. "Baseados nesta conceituação, pensamos em organizar um modelo prático, funcional, viável, feito na comunidade, com participação da população que pudesse integrar os esforços dos técnicos como os dos pacientes e da população, e servir tanto para a prestação de serviços quanto para o treinamento de pessoal e proporcionar possibilidades de investigação. Em resumo, trata-se de organizar um Sistema de Saúde Comunitária onde, ainda que experimentalmente, possa-se aplicar uma série de conhecimentos que estudos de Administração em Saúde demonstram serem consonantes com as necessidades reais da população". (2)

(2) "Projeto de um Sistema de Saúde Comunitária" (out. 74/abril/1975).

Portanto, o Sistema de Saúde Comunitária procura seguir um movimento teórico internacional, definindo uma nova orientação da prática médica, na forma de áreas docente-assistenciais, com base no cuidado médico primário.

Tal projeto tenta, justamente, sistematizar e equacionar esse processo de mudança institucional já em andamento. Apresenta como justificativa de sua realização a crescente perda de relevância dos serviços no Centro Médico, a par de uma falta de programação de atividades, com a ausência de serviços domiciliares e de atividades de prevenção primária. Demais disso, tal projeto chama a atenção para um aspecto importante no que diz respeito à própria formação do profissional médico, "orientada para o atendimento de episódios de doenças específicas dentro do 'seu' ambiente natural: o consultório ou hospital".

Esse projeto também critica o processo regular de formação do profissional médico como um dos fatores responsáveis pelo atual quadro da prestação de serviços médicos. Reivindica, a esse respeito, uma mudança do ensino médico, cuja principal atividade era a preocupação didática particular dos professores e não a integração do ensino com os serviços de saúde.

É dessa forma que o Centro Médico deve definir sua posição com relação a um núcleo de prestação de serviço e de treinamento de alunos e de pessoal técnico em geral, organizando um "Sistema de Saúde" que proporcione a uma população definida, um serviço comunitário de saúde, que faça a promoção da saúde e da proteção específica contra as doenças (prevenção primária), o diagnóstico precoce, o pronto tratamento e a limitação da incapacidade (prevenção secundária) e a reabilitação (prevenção terciária) de problemas que afetam condições de saúde física, mental e social". (3)

O Sistema de Saúde Comunitária localiza-se na Vila S. José, núcleo residencial da periferia urbana de Porto Alegre, onde residem pessoas de classe social diferentes, desde a média-inferior até a marginal, abrangendo uma população de 30.000 pessoas.

(3) Ibid.

Os critérios para escolha da área de implantação do sistema, foram basicamente três: tamanho da população, distância e facilidade de acesso e nível sócio-econômico da população local.

O Projeto apresenta, como objetivo específico, a organização de 4 equipes primárias, cada uma com 2 médicos, 4 auxiliares e um número variável de voluntários da saúde, equipe essa com responsabilidade perante uma população de 3 a 5 mil habitantes. Prevê, ainda, a disponibilidade de um Hospital Comunitário para cada 10 a 20 equipes primárias.

No que se refere à atividade desenvolvida pelos alunos no Sistema, é interessante notar o fato de que não existe propriamente atividade docente ou discente, na medida que o aprendizado é consequência do trabalho que é realizado em conjunto. O estagiário tem como tarefa o atendimento primário de 5 famílias e a responsabilidade por um grupo comunitário. Sua participação é de 20 horas de trabalho semanais, além de 5 horas nos fins de semana. O residente tem tempo integral, com plantões noturnos. Não se conseguiu verificar em que série ou séries do curso médico se dá a participação dos alunos dentro do Programa de atendimento à população.

Finalmente, resta considerar o fato de que o "Sistema de Saúde Comunitária" além de estar vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, mantém vínculo com a CONTRIJUI (Cooperativa Tritícola Serrana Ltda - Ijuí), não sendo possível apurar qualquer ligação do Sistema com outras instituições.

XXI - Programa de Comunidade da Universidade de Passo Fundo

A Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo foi criada em 1969, tendo como fonte de financiamento as anuidades dos alunos, taxas e auxílios federais, estaduais e municipais. Constitui-se numa Escola pequena, contando com um corpo docente de 98 professores distribuídos em nove departamentos.

O "Departamento de Medicina Preventiva e Social foi criado em 1975 e encontra-se, desde então, sob a chefia da Dra. Sandra Malheiros Mendonça. É, portanto, um departamento muito recente. Na

verdade, é o último departamento de medicina preventiva a ser criado em toda a região Sul do país. Apresenta em consequência disso, limitações bastante sérias, tanto no que se refere ao número de agentes, uma vez que conta com apenas três (Macedo Rezende, Cyrio José Macul e Sandra M. Mendonça), como porque não vem elaborado qualquer contribuição científica.

Existe, em funcionamento, desde 1974, um "Programa de visitação domiciliar" ligado ao departamento de Medicina Preventiva e Social e em colaboração com a "Sociedade Cultural, recreativa e beneficente de S. João Bosco" (Socrebe), onde funciona o ambulatório municipal.

Tal Programa tem como objetivos dar ao aluno de Medicina a possibilidade de observar e ter contato com o paciente no próprio ambiente onde vive e permitir que seja feita uma orientação à população mais carente, a respeito de nutrição, hábitos e higiene, imunizações e atendimento ambulatorial.

Pode-se concluir, pela própria enunciação dos objetivos, que esse programa tem como enfoque principal o ensino médico e apenas secundariamente uma preocupação com a extensão dos serviços médicos.

O "Programa de Visitação Domiciliar" desenvolve-se em área urbana, na vila Sta. Marta, com 2.798 habitantes e na Vila Luiza, com uma população de 9.936 habitantes. São portanto, comunidades pequenas e de baixa renda familiar. É importante destacar, inclusive, que pesou bastante na escolha da área de atuação do programa, o fato da população não ter condições de acesso aos serviços médicos da Previdência Social. O Programa foi implantado graças a um convênio da Universidade de Passo Fundo com a Secretaria de Saúde e o Município de Passo Fundo.

Conta com a participação dos alunos da Dra. Sandra A. Mendonça, no sentido de visitação domiciliar e atendimento ambulatorial. Em média existem 45 alunos participando, desde a 3ª série da Faculdade de Medicina, com uma dedicação de 32 horas semanais por aluno. Isso implica a interiorização da idéia de que o estudante deve, o mais cedo possível, entrar em contato com a comunidade.

Finalmente, pode-se observar que a Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo é a única Escola privada, da região Sul, a desenvolver, por meio do Departamento de Preventiva, um programa de atendimento à população.

XXII - Programa de Comunidade da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

A Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade de Brasília foi criada em 1964. Sua criação tinha como objetivo tornar-se um modelo nacional com relação à aplicação de reformas modernizadoras para o ensino universitário.

Seus 98 docentes (para um total de 620 alunos) distribuem-se pelos Departamentos de Medicina Geral e Comunitária (33 docentes), Medicina Especializada (35 docentes), Medicina Complementar (22 docentes) e Educação Física (8).

A disciplinas de Epidemiologia Geral, Medidas de Profilaxia e Administração de Serviços de Saúde, a cargo de cinco docentes médicos, são ministradas, ao longo do curso médico, pelo Departamento de Medicina Geral e Comunitária. O ensino das Ciências da Conduta é realizado pelo Instituto de Ciências Humanas, como área optativa, no Ciclo Básico.

O Programa Integrado de Saúde Comunitária, criado em 1974, baseia-se nos princípios de regionalização dos serviços de saúde, com ênfase na família como unidade de atenção primária e na integração docente-assistencial.

Trata-se de um projeto da Faculdade de Ciências de Saúde, onde o Departamento de Medicina Geral e Comunitária assume a Coordenação.

A área operacional do Projeto abarca duas das oito regiões administrativas do Distrito Federal: Planaltina e Jardim, com uma área total de cerca de 2.000 km² e população estimada em, aproximadamente, 36.000 habitantes, em 1974.

Os objetivos são definidos da seguinte forma:

Objetivo principal

- a) Estabelecer um projeto, na região de Planaltina, para avaliação de um sistema de saúde baseado nos princípios da regionalização da medicina. O projeto tem por objetivo a determinação de um processo "realístico" de atendimento à saúde, adaptado às condições da região.

Objetivo específicos

- a) Treinar estudantes de medicina de graduação e de pós-graduação em um sistema de saúde não tradicional;
- b) Preparar um novo tipo de "auxiliar de saúde", capaz de operar tanto em pequenas comunidades urbanas como nas mais remotas áreas rurais;
- c) Determinar a relação custo-benefício do novo sistema em comparação com o sistema clássico;
- d) Modificar a visão tradicional dos serviços de saúde.

O programa mantém vínculos, dentro da UnB, com as áreas de Ciências Sociais, Economia, Estatística e Processamento de Dados; há convênios com a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, INPS, FUNRURAL, CEME e o Centro de Desenvolvimento Social de Planaltina. Do ponto de vista de financiamentos internacionais, participam a Fundação Kellogg e a Interamericana.

O pessoal docente inclui dez profissionais, entre os quais oito médicos, um odontólogo e um antropólogo. O número de profissionais trabalhando no âmbito do programa é de 97, distribuídos desse modo:

Médicos	-	25
Enfermeiras	-	4
Auxiliares de Enfermagem	-	5
Atendentes	-	6
Técnicos de Laboratório	-	6
Auxiliares de Laboratório	-	5
Ajudante de Laboratório	-	2
Arquivo	-	5
Assistentes Sociais	-	5

Auxiliares Sociais	-	4
Auxiliares de Saúde	-	26
Administração	-	2
Farmacêuticos	-	2

No que diz respeito a recursos materiais, a capacidade instalada do programa inclui um hospital regional geral, três unidades sanitárias, seis ambulatórios e uma unidade volante. Dispõe de um gabinete odontológico, laboratório e equipamento radiológico.

A principal fonte de financiamento é a Fundação Kellog (24 mil dólares); contribuem, também, a Fundação Hospitalar do D. F., Funrural e a Faculdade de Ciências da Saúde de UnB.

As premissas e os detalhes de tal Programa estão explicitados em artigo publicado pela revista "Educacion Médica y Salud" (vol. 11, nº 1, 1977 - OPAS/OMS), do qual cabe transcrever os seguintes trechos:

"O ensino de medicina tem evoluído no sentido de se tornar cada vez mais próximo da realidade de cada país. Nos países em desenvolvimento, com suas chocantes desigualdades, mais importante torna-se ainda a adequação do ensino de medicina à realidade regional. Em termos coletivos, saúde é um bem que deve ser distribuído globalmente e um direito a que cada cidadão aspira." (...)

"... A universidade, de modo geral, tende a sofisticar seus serviços, enfatizando o ensino e a pesquisa, em detrimento da atenção individual e comunitária, enquanto as agências distribuidoras de serviços, com suas precípua obrigações assistenciais, tendem a rotinizá-los. Somando a isso preconceitos e o mau tradicionalismo, chegamos à situação, mais comum hoje no país, de completa dissociação entre os hospitais universitários e os serviços de saúde. Esse é, a nosso ver, o maior óbice que se antepõe à educação médica."

É óbvio que os objetivos dos cursos médicos, nos poucos casos em que foram definidos, de modo geral, não condizem com a realidade regional. Nem poderia ser de outra maneira, a não ser que a educação médica fosse reformulada conceitualmente.

A isso acrescenta-se o problema da mercantilização da medicina, em que o médico é transformado em agente de distribuição de uma "mercadoria" que não pode ser vendida, porque não está sujeita às leis da oferta e da procura.

"Deve-se, por consequência, encarar com objetividade a situação atual da distribuição dos serviços de saúde à população caso se queira montar um programa de educação médica." (...)

"... À universidade cabe o papel de agente catalizador, procurando integrar os serviços de saúde com as atividades docentes em um sistema regionalizado de atendimento à população." (...)

"... Existe uma pressão mundial no sentido da reavaliação dos processos de atenção à saúde. É do conhecimento comum que os sistemas clássicos de saúde procuram responder à demanda e não às necessidades reais da população. O problema, que não foi resolvido pela extensão progressiva do seguro-saúde a toda a população nos países desenvolvidos, é especialmente importante para os países em desenvolvimento."

"Naqueles, pelo contrário, o que vem ocorrendo é o enorme aumento da demanda, com consequente inferiorização da qualidade dos serviços. Mais serviços de saúde resultarão em aumento da demanda com as consequências mencionadas acima."

"Para regular o input (insumo) do sistema de saúde é necessário mudar os serviços clássicos atuais. O ponto de entrada do sistema pode ser regulado por meio de um processo de atendimento à saúde no qual se utilize economicamente a mão-de-obra médica, pelo uso racional de "auxiliares de saúde." (...)

"A integração entre os órgãos formadores de recursos humanos para a saúde e os de prestação de serviços pressupõe uma filosofia de trabalho baseada: 1) na delimitação das responsabilidades de cada instituição, na prestação de serviços, na formação de pessoal de saúde e no desenvolvimento de atividades de pesquisa; 2) no aproveitamento racional da mão-de-obra de saúde, particularmente a médica; 3) na compreensão do trabalho em equipe; e 4) na participação da comunidade".

Integração não significa justaposição de instituições para um mesmo fim e, muito menos, absorção de algumas, com predominância administrativa de uma delas. Como já foi mencionado, a integração deve admitir, de início, a aceitação, por parte de todas as instituições participantes, dos princípios de regionalização e integração docente-assistencial e da definição de responsabilidades, com relação ao planejamento, a administração, execução, supervisão e avaliação dos serviços.

"Nas condições de países como o Brasil, a integração pode ser feita mediante convênios entre as instituições participantes, de modo que elas possam ad

ministrar o programa em forma participativa inter-institucional. O modelo desse tipo que vem operando em Planaltina está funcionando com excelente rendimento. A Universidade de Brasília, em convênios bilaterais com a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, a Fundação do Serviço Social e o FUNRURAL, participa da administração a nível local." (...)

"... Os trabalhos comunitários nas Regiões Administrativas VI (Planaltina) e VIII (Jardim) tiveram início em 1967 e foram desenvolvidos em 1968 e 1969, tendo sido elaborados vários planos visando sincronizar o trabalho com as necessidades da comunidade. Dentre eles, o Programa de Assistência Materno-Infantil em Comunidade, executado pela Unidade de Saúde de Planaltina e pela Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho, da Universidade de Brasília, que consistia no estágio obrigatório de alunos das especialidades de obstetrícia e pediatria nas diversas atividades comunitárias intra e extra-murais, que vinham sendo realizadas pela Unidade de Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal; o Plano de Controle de Hansenianos, com a participação do Serviço Nacional de Lepra do Ministério da Saúde; o Programa Familiar de Saúde Ambiente, trabalho desenvolvido pela equipe da Unidade de Saúde, através de auxiliares de enfermagem e atendentes, e supervisionado pela enfermagem; o levantamento sobre histoplasmoze; o levantamento helmintológico de esquistossomoze e incidência de doença de Chagas (equipe do Departamento Nacional de Endemias Rurais - Universidade de São Paulo); o cadastro tuberculínico, (equipe da Universidade de São Paulo e Serviço Nacional de Tuberculose-Ministério da Saúde); a instalação e funcionamento do Posto Rural de Tabatinga, sob controle da Unidade de Saúde, hoje incorporado ao FUNRURAL e administrado pela Universidade de Brasília, além de outras atividades como controle de gestantes e parteiras, desnutridos, doenças transmissíveis e prevenção de raiva animal e humana."

De 1970 a 1974, os programas que vinham se desenvolvendo na comunidade urbana e rural, sob os auspícios da Unidade de Saúde de Planaltina, eram baseados em uma infra-estrutura de enfermagem que atuava de maneira eficiente e digna de elogios com relação aos níveis 1, 2 e 3, já então definidos.

Em 1972, como proposta da Unidade de Saúde, foi iniciada a construção do Hospital Regional de Planaltina (H.R.P.), de modo a completar a etapa do programa elaborado pela Unidade de Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, que colocava sua atuação em termos das quatro etapas preconizadas segundo linhas anteriores, de forma a atingir o objetivo do programa inicial da Unidade de

Saúde (1967), que se completaria com o funcionamento do Hospital Regional de Planaltina.

Novos entendimentos com a Universidade de Brasília foram iniciados em 1974, quando estudou-se a possibilidade de implantação de um "Programa Integrado de Saúde Comunitária", uma vez que existia a infra-estrutura necessária, o que tornava possível um programa mais audacioso em termos de regionalização e integração docente-assistencial, assunto do presente trabalho.

Em 1974, a Faculdade de Ciências da Saúde, em colaboração com o Hospital de Planaltina e com o Centro de Desenvolvimento Social (Fundação do Serviço Social) da mesma cidade, iniciou uma tentativa de integração docente-assistencial (3). A experiência foi muito proveitosa, lançando as bases para o desenvolvimento do programa atual.

A principal meta do programa de 1974(3) foi a elaboração de um modelo "realístico" de atenção à saúde para a região de Planaltina.

A partir de então foi elaborado um projeto intitulado "Modelo de Prestação de Serviços a Nível Periférico com Ênfase em Saúde Familiar". Este projeto foi financiado, em parte, pela Kellogg Foundation e, posteriormente, pela Inter-American Foundation. O projeto recebeu, para os anos de 1976 e 1977, recursos do Programa de Integração Nacional, por meio do Programa de Extensão Universitária do Ministério de Educação e Cultura.

A área operacional do projeto é constituída por duas regiões administrativas do Distrito Federal: Planaltina e (parcialmente) Jardim. A área total tem 1540,5km². A população urbana é de 30.985, a suburbana de 661 e a rural de 4.717 habitantes.

A 19 de julho de 1975 esse projeto entrou em execução. No documento (2) onde se discute o planejamento do projeto, estão definidas as atribuições de cada instituição participante. Seu principal objetivo é: "Estabelecer um projeto na região de Planaltina, para avaliação de um sistema de saúde baseado nos princípios da regionalização da medicina em integração docente-assistencial". O projeto objetiva a determinação de um processo realístico de entendimento à saúde, adaptado às condições da região.

Os primeiros 13 meses constituíram a fase preparatória do projeto que, a partir de 19 de agosto de 1976, entrou em sua fase operacional.

Fundamentalmente, o projeto está operando em integração docente-assistencial com regionalização de serviços de âmbito periférico, em níveis de atenção primário e secundário.

Foi preparada uma categoria especial de pessoal auxiliar. Esses novos profissionais estão sendo conhecidos como auxiliares de saúde, embora atuem também como promotores de desenvolvimento social. Estão atuando, na área, 27 destes auxiliares, oito na zona urbana, um na zona suburbana, 15 na zona rural e três nos postos rurais de saúde.

Os auxiliares foram treinados seis meses durante 40 horas semanais. Foi elaborado um Manual do Auxiliar de Saúde. A supervisão direta dos auxiliares é feita pelo pessoal de enfermagem do Hospital e por assistentes sociais do Centro de Desenvolvimento Social (F.S.S.).

Na zona rural estão instalados três postos de Saúde do FUNRURAL, onde médicos residentes do programa estabelecem a ligação entre o pessoal de atenção primária (auxiliares de saúde) e o de atenção secundária (hospital).

Os programas didáticos da Faculdade de Ciências da Saúde estão sendo realizados por meio das seguintes disciplinas do curso de graduação: agressão e defesa, saúde familiar e medicina rural. O internato e a residência em medicina comunitária tiveram início em 1975. O programa Integrado funciona ainda, como treinamento para outras áreas da Faculdade. A pediatria mantém, há alguns anos, estágios rotatórios de internos e residentes. A obstetrícia, a psiquiatria e a medicina interna deverão entrar no programa dentro em breve.

No momento, a Faculdade de Ciências da Saúde opera em área periférica, em integração com as agências locais de Saúde e o Centro de Desenvolvimento Social. As unidades primárias de atenção à saúde, por meio de "auxiliares de saúde", treinados especialmente para esse fim, atuam em contato direto com as populações das zonas rural e urbana. Na zona rural, os auxiliares se articulam com

postos do FUNRURAL, onde atua um médico residente do Programa de Saúde Comunitária. Todas as ações de saúde, na área de atuação do Programa, articulam-se com o Hospital de Planaltina (40 leitos), que tem as características de um hospital-centro de saúde comunitário. Está, assim, definido o primeiro escalão de prestação de serviços regionalizados a nível periférico.

Estão prosseguindo os estudos para definição das funções do segundo escalão de atenção, dentro do sistema regionalizado, o Hospital de Sobradinho (200 leitos), operado pela Faculdade de Ciências da Saúde e que tem características de hospital geral. O modo de atuação na zona rural naquela região administrativa também está sendo estudado.

Finalmente, o ápice do cone operacional, deverá estar localizado o hospital que se deve transformar na unidade base do sistema integrado de regionalização docente-assistencial.

XXIII - Conclusões

Os modelos de concepção e de prática, no que diz respeito aos Departamentos de Medicina Preventiva ou estruturas equivalentes, foram definidos em outro capítulo deste relatório.

Cabe tentar desenvolver, agora, a construção dos modelos teóricos polares, especialmente no que se refere às características dos Programas extra-rurais ou de Comunidade que, em última instância, definem o conteúdo dos Departamentos e, em alguns casos, a própria faculdade como um todo.

Posteriormente à caracterização dos modelos, serão feitas as observações necessárias à melhor compreensão do quadro atual concreto e do processo em curso.

O modelo liberal típico define-se por meio de "práticas experimentais docentes"; nesse caso, o fundamental é o treinamento, principalmente dos alunos do curso médico. A estrutura e as atividades do programa têm como preocupação e objetivo primordial o ensino, e a comunidade é encarada como o "laboratório" onde o aprendizado se efetivará. De um modo geral, são selecionadas popu

lações periféricas, marginais ou faveladas, que seriam mais apropriados para servirem de "laboratório", e onde, de acordo com postulados teóricos que sustentam o modelo, seria mais fácil a identificação das variáveis sócio-econômicas e culturais que influem sobre o fenômeno saúde-doença.

No que diz respeito à organização e à administração dos serviços de saúde prestados as preocupações são secundárias e vão apenas configurar-se na suposição de que as novas atitudes e concepções, inculcadas convenientemente nos alunos, irão implicar, a médio prazo, em modificações no tipo de assistência médica prestada à população.

As áreas escolhidas para a realização dos programas são restritas em seu aspecto geográfico e populacional. Os vínculos com os órgãos oficiais de saúde, quando existem, são, na maioria das vezes, com Secretarias de Saúde. Visam aproveitar Centros ou Postos de Saúde, já existentes, para as atividades de ensino ou a obtenção de apoio quanto à recursos financeiros, materiais e humanos. Ou seja, não há preocupações nítidas quanto às avaliações e modificações dos objetivos, programas, atividades, normas e rotinas dos serviços de saúde já existentes.

O modelo racionalizador é adotado pelos programas que resumem a concepção da "integração docente-assistencial". Trata-se da inserção das atividades de ensino em programas globais de reformulação dos serviços de saúde, onde se busca a implantação de sistemas de atenção médica baseados nos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços.

A origem e o desenvolvimento das novas concepções, que abrangem concepções sobre "Medicina Comunitária", já foram explicitadas no marco teórico da investigação. Reforçariamos apenas, aqui, a idéia de que, neste modelo, a reformulação do ensino dependeria da reorganização dos serviços de saúde. Como ressalta Vidal (cit.) "... Neste sistema atuariam profissionais de saúde cuja formação deve estar adequada a ele; e como o sistema, repetimos, está em relação com a realidade do diagnóstico dos níveis de saúde, a formação do profissional também estará adequada a este diagnóstico de saúde, ou seja que a medicina comunitária exige uma mudança no ensino médico e em geral na formação dos profissionais de

de. (...) Vemos, pois, que a mudança é global. Não é apenas em determinados departamentos, como medicina preventiva, obstetrícia, pediatria, etc. É uma mudança de atitude global, de uma faculdade, programa acadêmico ou escola de ciências de saúde, ou melhor ainda da universidade que as contém. (...) A experiência da execução é necessária para o aprendizado. Somente fazendo algo e avaliando o que foi feito podem os seres humanos entender, a relação intrínseca entre causa e efeito e desenvolver a capacidade de raciocínio. (...)"

Os convênios com os órgãos oficiais da saúde, neste modelo, visam operações em maior escala, abarcando áreas geográficas extensas e populações mais numerosas. Em um primeiro momento, os convênios com a Previdência Social incluíram, nos programas, populações previdenciárias que, em geral não constituíam, objeto de atenção por parte das atividades tradicionais de cunho liberal. Hoje, por outro lado, os esforços para a universalização da Previdência e o estabelecimento do programa de extensão de cobertura para populações periféricas ou rurais são aspectos do mesmo processo modernizador levado a cabo pelo Estado brasileiro.

O caráter desses convênios tende a ser diferente daqueles mantidos pelos programas tradicionais, uma vez que prevêem participação conjunta da universidade e dos serviços de saúde na elaboração, execução e avaliação dos programas cabendo à universidade as funções de assessoria e influência direta em cada uma das etapas.

Existe, neste modelo, uma preocupação especial com o treinamento de pessoal auxiliar (atendentes, agentes de saúde, auxiliares polivalentes, etc.).

Existe, enfim, um objetivo que diz respeito, essencialmente, à reprodutibilidade, ou seja, há a pretensão de desenvolver novos modelos de atenção à saúde que possam ser posteriormente aplicados a outras áreas com características semelhantes.

Desenvolvendo-se uma análise mais concreta do material coletado sobre vinte e um programas podemos extrair as seguintes observações:

- a) O processo em curso é aquele anteriormente descrito: a progressiva transformação dos programas (ou seja, da prática dos departamentos e, em consequência, de seu caráter global) em direção ao "modelo racionalizador".
- b) Na maioria dos casos é difícil a identificação dos modelos em sua forma pura. Muitas vezes, programas criados nos moldes inicialmente propostos nos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan, começaram, na década de 70, a ampliar seus vínculos com o sistema oficial de prestação de serviços de saúde, por meio de convênios sucessivos que incluem, também, fundações internacionais. Há, por conseguinte, uma modificação progressiva de seu conteúdo. (cf. Londrina, UFF, Campos).
- c) A simples existência de convênios com o sistema de saúde não faz com que os programas de comunidade assumam o modelo racionalizador.

Pode-se identificar, em relação aos tipos de vínculos mantidos, variações que serão explicitadas a seguir. Alguns departamentos, geralmente os pioneiros na adoção dos postulados preventivistas, criaram unidades de saúde e seus próprios laboratórios de ensino. Nesse caso os vínculos com as Secretarias de Saúde vieram a ser estabelecidos a posteriori ou mesmo simultaneamente, mas com o objetivo de obter o fornecimento de recursos humanos, materiais e financeiros.

Um grande grupo de departamentos passou a utilizar unidades sanitárias já existentes, mantidos por instituições oficiais. Nestes casos são variáveis os pesos específicos no que se refere à responsabilidade da Universidade e do sistema de saúde na operação e administração dos serviços. Demais disso, quanto a este critério de análise, o conteúdo geral do programa é variável, dependendo do caráter tradicional ou racionalizador das atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde.

O regime de co-gestão, é aquele assumido pelos programas racionalizadores; vislumbra-se, aqui, o embrião de um novo tipo de vínculo entre Universidade e Serviço de Saúde onde, à Universidade caberiam importantes funções de assessoria e controle de qualidade.

d) Mesmo aqueles programas analisados que estão em processo de inserção em projetos globais de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, ainda não é possível observar a adoção plena dos novos postulados teóricos a respeito de propostas de ensino.

Ou seja, a participação discente ainda procede por séries e cargas horárias limitadas.

Nenhuma faculdade atingiu a situação teoricamente definida, onde o ensino, como um todo, seria transformado em função do sistema de saúde.

Em muitos dos programas participam apenas os alunos dos últimos anos e, portanto, sua participação se dá apenas durante um curto período de tempo (cf. Brasília, Montes Claros, Paraíba, Londrina, UERJ, UFF).

e) Observa-se a participação de fundações internacionais (principalmente Ford e Kellogg) financiando programas situados em diferentes estágios do processo descrito. Talvez este fato não esteja presente, uma ausência de critérios, por parte dessas instituições, no sentido de concentrar seus financiamentos, mas significa, talvez, um dos fatores influenciadores do próprio processo de modificação gradativa do conteúdo dos programas.

Cabe ressaltar que o material de análise tem origem em entrevistas com os responsáveis pelos programas e na análise dos documentos e relatórios a que tivemos acesso, não foi realizado um acompanhamento do desenrolar das atividades diárias, o que reputamos essencial para a compreensão mais exata das práticas extra-murais.

Assim, recomenda-se a elaboração de novas investigações, em que se tente avaliar concretamente a execução prática dos programas, suas origens e evolução na busca de elementos que permitam caracterizar melhor o movimento de aproximação entre as faculdades de Medicina e o Sistema Prestador de Serviços da Saúde.

VII - BIBLIOGRAFIA

VII - BIBLIOGRAFIA

- Abreu, J. - Educação, sociedade e desenvolvimento, Rio de Janeiro, MEC/INEP/CBPE.
- Almeida, Jr., A. - Problemas do ensino superior, São Paulo, Nacional.
- Andrade, Manuel Correia - Paisagens e problemas do Brasil, São Paulo, Brasiliense, 1969.
- . - Os anos trinta no Brasil, Recife, PIMES, 1976, mimeografado.
- Anuário Estatístico do Brasil, Rio de Janeiro, 36: 1-10016, 1976.
- Arouca, A.S.S. - O dilema preventivista, tese de doutoramento defendida na UNICAMP/SP, 1976, mimeografado.
- Acton, Rodolph - Rumo à reformulação estrutural da universidade brasileira, Brasília, MEC, 1966.
- Asociación Americana de Colégios Médicos - Seminário de Colorado SPRING, USA, 1952.
- Azevedo, Fernando de - A cultura brasileira, São Paulo, EDUSP/ Melhoramentos, 1967.
- . - A educação e seus problemas, São Paulo, Melhoramentos.
- . - As universidades no mundo de amanhã, São Paulo, Ed. Nacional.
- Bastos, Humberto - Educação para o desenvolvimento.
- Bastos, M.V. - Organização do setor saúde para o desenvolvimento, Brasília, 1975, mimeografado.

Baran, Paul - Economia política do desenvolvimento, Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

----- . - Capitalismo monopolista, Rio de Janeiro, Zahar, 1977.

Barros, R.S.M. - Diretrizes e bases da educação nacional, São Paulo, Nacional.

----- . - A ilustração brasileira e a idéia de universidade, Boletim da FFCL/USP, nº 241.

Beinsiegle, C.R. - Estado e educação popular, São Paulo, Pioneira, 1972.

Berlinguer, Giovanni - Medicina y sociedad, Buenos Aires, Nueva Visión.

Cardoso, H.F. - Modelo político brasileiro, São Paulo, DIFEL, 1973.

----- . - Notas sobre estado e dependência, São Paulo, Cadernos CEBRAP, nº 11, 1975.

----- . - Política e desenvolvimento em sociedades dependentes, Rio de Janeiro, Zahar, 1969.

----- . - América Latina; avaliação para o desenvolvimento, Bahia, 1970, mimeografado.

Chaves, M.M. - Regionalização docente-assistência, seminário sobre hospitais de ensino, Rio de Janeiro, agosto de 1975, mimeografado.

Currículo da Faculdade de Medicina da Bahia, de 1889.

Currículo Mínimo do Ministério da Educação e Cultura. Brasília, 1968

Comissão de Ensino do Ministério da Educação e Cultura, Documentos 1 e 2, Brasília, 1972/73

- Coop, P.H. - A crise mundial da educação, São Paulo, Perspectiva, 1975.
- Chagas, U. - "A reforma universitária na lei de diretrizes e bases", separata da Revista Documenta, Rio de Janeiro, 3 (21)dez. 1961.
- . - "Reestruturação da universidade brasileira", separata da Revista Documenta, Rio de Janeiro, nº 57, ago. 1966.
- Costa, João Cruz - Contribuição à história das idéias no Brasil, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1965.
- Donnangelo, Maria Cecília - Medicina e Sociedade, São Paulo, Pioneira, 1976.
- . - & Pereira, Luiz - Saúde e Sociedade, São Paulo, Duas Cidades, 1977.
- Foracchi, Marialice - "A juventude e a realidade nacional", separata da Revista Civilização Brasileira, Rio de Janeiro, nº 5, 1966.
- . - "A universidade como profissão: as condições sociais da carreira", separata de Pesquisa e Planejamento, São Paulo, nº 7, jun. 1964.
- . - O estudante e transformação da sociedade brasileira. São Paulo, Ed. Nacional, 1977.
- . - & Pereira, Luiz - Educação e sociedade, São Paulo, Ed. Nacional, 1968.
- Fernandes, A. - "O papel da iniciativa privada no atendimento médico-sanitário", in Médico Moderno, 15(8), nov. 1975.
- Freitag, Bárbara - Escola, estado e sociedade, São Paulo, 1977.

Furtado, Celso - Formação econômica do Brasil, São Paulo, Nacional, 1975.

Fernandes, Florestan - Educação e sociedade no Brasil, São Paulo, EDUSP/Demus.

----- . - Universidade brasileira; reforma ou re-colução?, São Paulo, Alfa-ômega, 1975.

García, Juan C. - La educación médica en la América Latina, Washington, OPS, 1972.

Brasil, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; origem da medicina preventiva na faculdade de medicina de Ribeirão Preto, 1954.

Aguiar, N. - "O ensino médico e a previdência social", separata da Revista Brasileira de Medicina, 32(1), jan. 1975.

Lima, Lauro de Oliveira - História de educação no Brasil; de Pom-bal à Passarinho, ed. Brasília.

----- . - "A reforma do ensino médico no Brasil", separata da Revista Ciência e Cultura, 25, 1972.

Brasil, Ministério da Educação e Cultura. Secretaria Geral - Programa estratégico de desenvolvimento para a educação 1968/70; síntese preliminar. Brasília/1968.

Mello, M.V. - Organização do setor saúde para o desenvolvimento social, Brasília, 1975, mimeografado.

Mello, C.G. - "Análise do plano nacional de saúde", separata da Revista Civilização Brasileira, nº 19/20, maio/agosto, 1968.

----- . - "A mercantilização da medicina", separata da Revista Paulista de Hospitais, 21(E), maio, 1973.

- Motta, Carlos Guilherme - Brasil em perspectiva, São Paulo, DIFEL, 1976.
- Nagle, J. - A reforma educacional, São Paulo, EDARTE, 1976
- Neves, C.S. - O ensino superior no Brasil (legislação), Rio de Janeiro, INEP.
- Polack, Jean Claude - Médecine du capital, Paris, Maperro.
- Prado, Jr., Caio - História econômica do Brasil, São Paulo, Brasiliense.
- Sucupira, H. - "Definição dos cursos de pós-graduação", separata da Revista Documentos, nº 44, dez., 1965.
- Ribeiro, Darcy - A universidade necessária, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- Brasil, Ministério da Educação e Saúde - Reforma Francisco Campos. Lei orgânica do ensino superior, Rio de Janeiro, 1931.
- OPS - Seminário de Tecnologia, 1976.
- . - Seminário de Viés del ..., 1965.
- Teixeira, Anísio - Planejamento a longo prazo das necessidades do ensino superior no Brasil, Rio de Janeiro, CAPES, 1962.
- . - "Aspecto da reconstrução da universidade na América Latina", separata da Revista Documento, nº 67, fev., 1967.
- Trigueiro, D. - "Sobre o planejamento do ensino superior; esboço de uma metodologia", separata da Revista Documento nº 35, mar., 1965.
- . - "Expansão do ensino superior no país", separata da Revista Documento, nº 71, junho, 1967.

- . - "Sobre o desenvolvimento do ensino superior no país, separata da Revista Documento, nº 80, janeiro de 1968
- Vargas, Getúlio - A nova política econômica, Rio de Janeiro, José Olympio, 1953.
- Vianna, L.W. - Liberalismo e sindicalismo no Brasil, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- Vianna, Oliveira - Populações meridionais no Brasil, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976.
- Vidal, Carlos - "Medicina Comunitária: novo enfoque da medicina", separata da Revista Educación y Salud, vol. 9, nº 1, OPAS, 1975.
- Werebe, Maria José Garcia - Grandeza e miséria no ensino no Brasil, São Paulo, DIFEL, 1967.
- Weffort, F.C. - "Notas sobre o estudo da dependência", Estudos 1, CEBRAP.
- Relatório Flexner - 1910.