

UM PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA PARA ESCOLAS DE MEDICINA ♀

RODOLFO DOS SANTOS MASCARENHAS *
DONALD WILSON **
GERALDO PAULO BOURROUL ***

INTRODUÇÃO

Há muito tempo é reconhecida a necessidade de se adestrarem os futuros médicos em técnicas preventivas. Os cursos de higiene das nossas faculdades de medicina, entretanto, davam grande ênfase ao ensino de Saúde Pública em razão de nossos problemas sanitários e porque não existiam entre nós escolas que se dedicassem à formação de sanitaristas. Com o aparecimento destas, tornou-se necessário, nas escolas médicas, dar maior ênfase à medicina preventiva, em lugar da Saúde Pública. Esta alteração, porém, não se verificou e as nossas escolas de medicina permaneceram, em geral, no antigo sistema de ensino.

O que nos chamou a atenção para a necessidade de se reformular o curriculum foi a Conferência de Viña del Mar, Chile, onde se estabeleceram diretrizes para um programa de Medicina Preventiva ⁵.

Em viagens pelo exterior, pudemos não só observar o que se fazia em outros países, mas também discutir com professores de outras regiões que não as visitadas, obtendo, assim, uma idéia suficientemente ampla de como se encara tal ensino em outras nações.

Verificamos que, embora as diretrizes — quando não as estabelecidas em Viña del Mar, as de Tehuacan ⁵ e Colorado Springs ⁶, que são idênticas às primeiras — fôssem aceitas em sua totalidade, cada país procurava adaptá-las às suas condições peculiares, o que reconhecemos como a orientação mais acertada.

Assim, desde há três anos, vimos estudando o modo de condicionar aquelas diretrizes às nossas peculiaridades, especialmente às do ensino na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde, há vários anos, ministramos o ensino de Medicina Preventiva.

Já tivemos oportunidade de tratar dêste assunto, discutindo as diretrizes

♀ Trabalho da Cadeira de Técnica de Saúde Pública (Prof. Rodolfo dos Santos Mascarenhas) da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

* Professor Catedrático.

** Instrutor da Cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Gerais e Especiais da Faculdade de Higiene e Saúde Pública; ex-Assistente de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da U.S.P.

*** Instrutor de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da U.S.P.

básicas para o ensino de medicina preventiva ⁴. O presente trabalho pode ser encarado como continuação do anterior, sendo agora apresentado um curriculum de Medicina Preventiva.

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O ensino de Medicina Preventiva, como o de qualquer matéria do curso médico, não pode ser encarado isoladamente, pois esta não é um corpo de conhecimentos completamente independente, que possa ser ensinado como tal. Nada mais é que parte de um todo — a Medicina — do qual não pode ser separada, sob pena de perder por completo seu significado. Sendo assim, a primeira dúvida que surge é: — a Medicina Preventiva deve constituir uma cadeira ou pode figurar como disciplina de uma determinada cátedra ou departamento? Esta dúvida surge sempre que se cogita da reestruturação do ensino médico. Em nossa opinião, deve constituir cadeira, tanto quanto qualquer outra matéria do curriculum médico. Uma cátedra nada mais é do que um órgão coordenador do ensino de um ou mais assuntos correlatos e uma de suas funções, a principal a nosso ver, é promover a sua integração no curriculum do curso.

Para que a medicina preventiva se integre no curriculum médico, seu programa deve ser elaborado levando em conta os objetivos do ensino médico, os quais, por sua vez, dependem das funções do médico na comunidade. Embora já tenhamos tratado deste assunto em outro trabalho ⁴, não será demais discuti-lo novamente aqui.

1.1 — *Funções do médico*: As várias funções do médico podem agrupar-se em três ordens:

1.1.1 — Cuidar de seus pacientes. É ponto pacífico que o médico deve cuidar de seus pacientes. Entretanto, é de interesse que se estipule a maneira pela qual deve fazê-lo. A missão do profissional não se limita a tratar uma doença; inclui, também, melhorar a saúde e protegê-la contra moléstias que possam ser prevenidas, limitar a incapacidade (seja impedindo o agravamento do quadro, seja encurtando o tempo de doença) e reabilitar o paciente quando fôr o caso.

1.1.2 — Cuidar da família de seus pacientes. Se a função anterior do médico é ponto pacífico, nem todos compreendem que é seu dever cuidar, também, da saúde da família de seu cliente. Este não é um ser humano que até o momento da consulta era são, vivendo em um ambiente pouco propício ao desenvolvimento de doença e que, repentinamente, adoeceu, passando a discrepar de seu meio. As causas de sua doença podem encontrar-se no ambiente familiar, devendo os cuidados médicos estenderem-se à família, para corrigir o que fôr possível, evitar que outros membros do grupo venham a adoecer, ou surpreender casos iniciais, de tratamento mais fácil e eficiente. A unidade da ação do médico não deve ser o paciente, porém a família.

John R. Paul diz a respeito da função do médico: “. . . É sua meta enquadrar o paciente no grupo social a que pertence, ao invés de considerá-lo um indivíduo solitário que, repentinamente, saltou de um ambiente sadio, como também considerar, além do paciente, a sua situação.”⁶

1.1.3 — Funções comunitárias. O médico, como ser humano que é, vive em uma comunidade, onde cada membro tem suas funções. Além daquelas inerentes a qualquer membro do grupo, tem funções específicas, que derivam da profissão que exerce e que variam de acordo com o tipo de atividade profissional. Se exerce Medicina privada, precisa estar sempre ao par, não apenas das medidas individuais de proteção e promoção de saúde, mas também do que existe na comunidade para, da melhor maneira possível, colaborar com as entidades de Saúde Pública e saber utilizá-las em benefício de seus pacientes. Deve o médico lembrar que de sua colaboração eficiente com os órgãos de saúde pública resultarão benefícios para si e sua família, como membros, que são, da comunidade.

Se, por outro lado, exercer Medicina pública (atividades em saúde pública que contam com a participação de facultativos não necessariamente formados em tal ramo), o médico precisa estar apto a integrar a equipe cuja função é cuidar dos problemas de saúde da comunidade.

1.2 — *Objetivo do ensino médico*: O ensino médico deve fornecer uma base sólida para o desenvolvimento do futuro profissional e não ter por meta a apresentação completa e sistemática de cada disciplina médica ou correlata. Seu objetivo é proporcionar princípios fundamentais, aplicáveis a todo o conjunto de conhecimentos médicos, possibilidade para a aquisição do hábito de fazer julgamentos críticos das provas e experiências e meios para o desenvolvimento da capacidade de usar tais princípios e julgamentos sensatamente na solução de problemas de saúde e doença.

Para que se alcance este objetivo, é mister que os alunos não sejam colocados em atitude passiva e, sim, que se incentive um aprendizado ativo, através de responsabilidade definida em casos reais de saúde e doença.

1.3 — *Objetivos do ensino de Medicina Preventiva*: O ensino de Medicina Preventiva visa:

1.3.1 — Auxiliar o estudante a compreender e aceitar o papel da Medicina na sociedade: fazê-lo compreender o conceito preventivo no sentido amplo, como filosofia que deve guiar o exercício de sua futura profissão; encorajá-lo a adotar como princípio, que sua vocação requer, a responsabilidade pelo paciente e sua família, encarando-a como um serviço à comunidade.

1.3.2 — Introduzir a saúde, além da doença, no sistema de referências do médico, quando se trata de problemas individuais, familiares e comunitários.

1.3.3 — Ministar conhecimentos de saúde e doença de grupos humanos, incluindo a epidemiologia e métodos quantitativos aplicáveis à medicina.

1.3.4 — Orientar o estudante em atividades comunitárias relacionadas à saúde.

1.3.5. — Dar o conceito de Medicina global (individual e familiar) e treinar o estudante em seus métodos, considerando sempre os fatores biológicos, físicos e sócio-econômicos do meio.

1.3.6 — Fornecer aos alunos conhecimentos e técnicas específicos para prevenir doenças e melhorar a saúde.

1.3.7 — Ensinar o futuro médico a utilizar-se do diagnóstico e do tratamento precoces, como técnicas importantes para o controle de doenças e para a limitação da incapacidade.

1.3.8 — Integrar a pesquisa e os trabalhos com o ensino, quando isto for aconselhável.

2. DISCIPLINAS

Baseados nessas funções e nos objetivos delas decorrentes, julgamos que uma cadeira de Medicina Preventiva, de modo geral, deve ser composta pelas seguintes disciplinas:

2.1 — *Medicina Preventiva*: No que se refere à disciplina integrante, não há o que justificar, pois representa o eixo em torno do qual giram as disciplinas subordinadas, cuja função é aumentar a eficiência da primeira.

2.2 — *Bioestatística*: Um dos assuntos que formam o esteio da Medicina Preventiva é a Epidemiologia, matéria que requer conhecimentos sólidos de Bioestatística para ser bem compreendida. Sendo assim, esta disciplina será de grande importância para o ensino, de modo que a cadeira deve contar com elementos competentes neste ramo do conhecimento. Tais elementos poderão facilmente ampliar o ensino em benefício de outras cadeiras, das quais nenhuma dá tanta ênfase à Bioestatística como a de Medicina Preventiva.

2.3 — *Noções de Saúde Pública*: Ficou bem claro, quando da discussão das funções comunitárias do médico, que o estudante de Medicina precisa ter conhecimentos de Saúde Pública. Vimos que no exercício público da Medicina o médico precisa entrosar-se na equipe de saúde pública; exercendo Medicina privada, necessita colaborar com as autoridades sanitárias e, frequentemente, terá necessidade de se utilizar de órgãos oficiais de saúde, em benefício de seus pacientes. Este ensino deve ser subordinado à Medicina Preventiva porque, sendo uma das finalidades principais da Saúde Pública promover e proteger a saúde, sua íntima relação com aquela é por demais evidente. Torna-se

importante ressaltar que o ensino de Saúde Pública não deve ter por meta transformar o estudante de Medicina em sanitarista, pois a formação deste profissional é da competência da escola de Saúde Pública.

Os objetivos desta disciplina devem ser: (a) mostrar ao estudante a conceituação de Saúde Pública, suas finalidades e objetivos, para que possa em sua clínica particular ou no exercício de funções de médico consultante em uma unidade sanitária, colaborar com o serviço de Saúde Pública, exercendo a medicina de modo global, em todos os cinco níveis de Leavell e Clark ³; (b) dar ao futuro médico conhecimentos dos órgãos estatais (federais, estaduais e locais), com que deverá manter relações no exercício de suas atividades; (c) ministrar conhecimentos sobre a estrutura dos órgãos para-estatais encarregados do seguro e da assistência sócio-econômico-médica ao trabalhador.

2.4 — *Noções de Administração Hospitalar*: O estudante entra em contacto, geralmente já na terceira série do curso médico, com o hospital. A maioria dos que se graduam continuam, como profissionais, a manter esse contacto. Seja o estudante, seja o médico, não conhece, via de regra, as finalidades e a organização dessa instituição, que é um de seus locais de trabalho, o que constitui um paradoxo.

Esta matéria poderia ser ensinada por qualquer cadeira. Apresenta maior relação, entretanto, com a Medicina Preventiva, através de suas relações com a Saúde Pública.

2.5 — *Ciências Sociais Aplicadas*: Em quase todas as faculdades de medicina modernas, e mesmo em escolas para formação de outros profissionais que irão ter contacto direto com o público, tais como Engenharia, Direito, Saúde Pública, Odontologia, etc., o ensino de ciências sociais toma vulto cada vez maior.

O estudante deve conhecer, sumariamente, a importância dos grupos sociais para o controle do comportamento humano, da cultura, para a compreensão da relação médico-paciente, da medicina de "folk", etc.

Esta matéria, também, pode ser ensinada por qualquer cadeira, mas, devido à ênfase que a Medicina Preventiva dá a estas ciências, pode o seu ensino ficar integrado ao desta última.

2.6 — *Medicina Global*: O exercício da Medicina não depende apenas dos conhecimentos científicos do médico. Depende, e muito, do estabelecimento de uma relação médico-paciente-família adequada. Este fator é muito bem expresso pelas palavras de Michael Balint: ¹

"Durante vários anos, seminários de pesquisa têm sido organizados no Tavistock Clinic para estudar os efeitos dos fatores psicológicos em Medicina geral. O primeiro tópico de tais discussões, por acaso, foi sobre

as drogas que normalmente se prescrevem. A discussão revelou logo — e, certamente, não pela primeira vez na história da Medicina — que a droga mais freqüentemente usada na prática geral é o *próprio médico*, isto é, que não é apenas o vidro de remédio ou a caixa de pilulas que vale, mas a maneira pela qual o médico prescreve a seus pacientes — a atmosfera tôda, dentro da qual a droga é prescrita e tomada.

“Isto nos pareceu, na ocasião, uma descoberta de que deveríamos nos orgulhar e, de fato, orgulháamo-nos, um tanto, dela. O seminário, entretanto, logo revelou que não se conhece, ainda, a “farmacologia desta droga”. Para traduzir esta segunda descoberta em têrmos familiares aos médicos, não há orienta ao alguma em nenhum livro, quanto à dosagem que o médico deve prescrever de si mesmo, qual a forma, com que freqüência, qual sua dose curativa e qual sua dose de manuten ao. Ainda mais inquietante   a falta de qualquer literatura sôbre possíveis “efeitos tóxicos” desta medica ao, as “várias condi oes alérgicas encontradas” em pacientes que devem ser observadas com cuidado, ou sôbre os efeitos colaterais indesejáveis. De fato, a pobreza de informa oes sôbre esta droga, a mais freq u entemente usada,   de pasmar e assustadora, principalmente quando se considera a riqueza de informa oes existente sôbre outros medicamentos, mesmo os mais recentemente introduzidos na prática. *A resposta habitual   que a experiência e o bom senso auxiliarão o médico a adquirir a necessária capacidade de se prescrever a si próprio.* A falta de profundidade desta afirmativa, que apenas tende a reassegurar a quem a faz, torna-se evidente quando   comparada com as instru oes minuciosas, baseadas em experiências cuidadosamente controladas, que acompanham cada droga nova introduzida na prática”.

Entendemos, pois, como Medicina global aquela exercida observando-se todos os seus aspectos: curativos, preventivos e as rela oes médico-paciente-família.

O ensino de Medicina global não deve ser restrito   cadeira de Medicina Preventiva, pois esta irá apenas contribuir para sua ministra ao. O curso de medicina global deve ser interdepartamental. Entretanto, dada a importância do assunto, a Cadeira de Medicina Preventiva precisa contar com pessoal que irá se dedicar quase que exclusivamente a  le, justificando-se, assim, que a disciplina integre esta cátedra.

3. PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

Considerando o que foi discutido, propomos um programa objetivo, que representa uma contribui ao eficiente e importante para a forma ao do médico, baseado, principalmente, nas fun oes que  ste irá desempenhar na comunidade.

Apresentamos, de modo sucinto, o programa básico de cada uma das disciplinas:

3.1 — *Medicina Preventiva:*

3.1.1 Fundamentos de Medicina Preventiva:

- a) O binômio saúde-doença — definições de saúde; escala e graus de saúde; conceito dinâmico de saúde-doença.
- b) Conceito de história natural da doença.
- c) Conceito de causa múltipla de doença.
- d) Conceito de medicina preventiva: a atitude preventiva.

3.1.2 Noções de Epidemiologia:

- a) Introdução — Definição; diferenças entre epidemiologia e clínica; aspectos descritivos e construtivos da epidemiologia; utilidades da epidemiologia.
- b) Epidemiologia geral das doenças transmissíveis. O processo infeccioso (definições; o agente etiológico; a fonte primária de infecção; a transmissão; o novo hospedeiro; influência do meio).
- c) Epidemiologia geral das doenças não-transmissíveis — analogias com o processo infeccioso; o agente; o hospedeiro; o meio; dificuldades para o estudo da epidemiologia de doenças não-transmissíveis; métodos epidemiológicos especiais.

3.1.3 Noções de Profilaxia:

- a) Introdução. Definição de profilaxia e prevenção. Relação com a história natural da doença.
- b) Medidas gerais de profilaxia das doenças transmissíveis, visando às fontes primárias, os modos de transmissão e o meio; outras medidas.
- c) Medidas gerais de profilaxia das doenças não-transmissíveis.

3.1.4 Aplicação prática dos conhecimentos de epidemiologia, profilaxia e medicina preventiva:

- a) Desenvolvimento da atitude preventiva através da responsabilidade para com os casos.

3.1.5 Notificação — legislação sobre notificação; finalidades da notificação; responsabilidade do médico; maneiras de se fazer a notificação; notificação internacional.

3.1.6 Declaração de óbito — nomenclatura internacional de doenças e causas de morte; importância clínica dos dados de mortalidade.

3.2 — *Bioestatística*:

3.2.1 Introdução: importância da bioestatística na investigação científica moderna; importância do conhecimento de bioestatística para o clínico; importância da bioestatística no desenvolvimento do espírito crítico do médico; fases de um trabalho (planejamento, coleta, apuração, apresentação e conclusão).

3.2.2 Classificação e tabulação:

a) Métodos de apuração; tabelas: finalidades, construção, tipos; apresentação gráfica: finalidades e construção de gráficos; tipos de gráficos.

3.2.3 Distribuição de frequência e valores de centralização: distribuições; distribuições de frequência; a média; a mediana; a moda; métodos para calcular os valores de centralização; significado dos valores de centralização.

3.2.4 Variabilidade dos fenômenos biológicos e medidas de variação: noção de variabilidade; limites de variação ("range"); desvio médio; desvio padrão; métodos para calcular o desvio padrão.

3.2.5 Noções de amostragem: amostras representativas e viciadas; amostra casual; métodos de colher amostras; amostras estratificadas.

3.2.6 Noções de demografia: população; estimativas de população; grupos expostos ao risco.

3.2.7 Coeficientes: conceito; coeficientes mais usados; classificação dos coeficientes; padronização de coeficientes.

3.2.8 Provas de significância para médias e proporções: curva normal; χ^2 .

3.2.9 Críticas de trabalhos.

3.3. — *Noções de Saúde Pública*:

3.3.1 Conceito de Saúde Pública: finalidades e objetivos.

3.3.2 Diferenças entre o sanitarista e o clínico.

3.3.3 Funções comunitárias do médico.

- 3.3.4 Organização sanitária federal.
- 3.3.5 Organização sanitária estadual.
- 3.3.6 Organização sanitária local.
- 3.3.7 Assistência médica paraestatal.
- 3.3.8 Caracterização dos principais problemas de Saúde Pública brasileiros.

- 3.4 — *Noções de Administração Hospitalar:*
 - 3.4.1 Evolução da assistência hospitalar e funções do hospital.
 - 3.4.2 Definições dos termos hospitalares mais importantes.
 - 3.4.3 Classificação dos hospitais.
 - 3.4.4 Elementos de hospital-geral.
 - 3.4.5 Organização administrativa do hospital.
 - 3.4.6 Corpo clínico: definição; organização; funções; relações.
 - 3.4.7 Serviço de estagiários.
 - 3.4.8 Relações inter-departamentais.
 - 3.4.9 Visitas a hospitais: serão organizadas em horas extras, com aproveitamento de feriados, facultativos e fins-de-semana.

- 3.5 — *Higiene e Medicina do Trabalho:*
 - 3.5.1 Origem e evolução do trabalho humano. Medicina do Trabalho: suas origens e seu conceito atual.
 - 3.5.2 Serviços médicos em estabelecimentos de trabalho. Objetivos. Importância. Organização. Funcionamento. Pessoal. Local e equipamento. Financiamento. Entrosamento administrativo na empresa. Entrosamento com instituições afins. Registros médicos. Estatística. Relatórios. Segredo médico. Enfermagem industrial. Creches industriais: objetivos, importância médico-social, organização e funcionamento. Visita a serviço médico-industrial.
 - 3.5.3 Iluminação.
 - 3.5.4 Ventilação e conforto térmico.
 - 3.5.5 Ruído.
 - 3.5.6 Fadiga industrial.

- 3.5.7 Locais de trabalho. Instalações sanitárias e locais acessórios.
- 3.5.8 Acidentes do trabalho: conceito. Indenizações. Causas: importância do fator humano. Relatório de acidentes. Fichário médico de controle de acidentes. Entrevistas médicas com os acidentados. Atendimento médico dos casos de acidente: suas normas. Critério de encaminhamento de pacientes às seguradoras. Acidentes sem perda de tempo: sua importância prática.
- 3.5.9 Classificação das doenças profissionais.
- 3.5.10 Doenças profissionais: etiologia, fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e prevenção das principais doenças profissionais.
- 3.5.11 Métodos de proteção coletiva contra doenças profissionais.
- 3.5.12 Métodos de proteção individual contra doenças profissionais.
- 3.5.13 Patologia profissional relacionada a processos e operações industriais típicos. Meios de proteção. Visita a indústrias de vidro e cerâmica; têxtil; fundição; mineração; acumuladores elétricos.
- 3.5.14 Exames médicos: pré-admissionais, periódicos e especiais.
- 3.5.15 Estudo do absenteísmo industrial e da renovação da mão-de-obra.
- 3.5.16 Proteção sanitária de certas categorias de trabalhadores. Trabalho de mulheres e menores. Trabalho de pessoas idosas; aposentadoria e seus problemas. Trabalho de operários subnormais: defeitos anatômicos e fisiológicos, cardiopatias, pneumopatias, doenças degenerativas, doenças nervosas e mentais; problemas de origem administrativa e legal.
- 3.5.17 Psiquiatria industrial.
- 3.5.18 Regulamentação da higiene e segurança do trabalho: estudo crítico. Taxas de insalubridade e seus problemas. Seguros sociais: a previdência social no Brasil e seus problemas.
- 3.5.19 Perícia médica e avaliação da incapacidade para o trabalho.
- 3.5.20 Reabilitação profissional.

Será conveniente a realização de uma aula prática constituída por visita a estabelecimento industrial que conte com um departamento médico eficiente. Essa visita implicaria na necessidade de se dispor de tempo livre de, pelo menos, 3 horas.

3.6 — *Ciências Sociais Aplicadas:*

3.6.1 O campo das ciências sociais: aspectos gerais:

- a) As ciências sociais: conceito; classificação; métodos; as ciências do comportamento; problema do “bias”.
- b) Considerações gerais sobre a aplicação das ciências sociais no campo da Medicina.
- c) A ideologia médica em sua perspectiva histórica.
- d) Aspectos sociais dos problemas da Medicina contemporânea.

3.6.2 O campo das ciências sociais: aspectos específicos:

- a) O homem como ser biológico: a evolução orgânica.
- b) Estudo comparativo do homem com os outros animais quanto aos aspectos sociais e psicológicos.
- c) Concepções gerais sobre sociedade e cultura. Estrutura da cultura.
- d) Estudo comparativo de algumas culturas.
- e) Relativismo cultural: filosofia e aplicação prática. O problema dos valores e da moral.
- f) Integração e desintegração cultural. Mudanças natural e induzida da cultura.
- g) O processo de socialização e de enculturação.
- h) Cultura e personalidade. Concepção antropológica de normalidade e anormalidade psíquica.

3.6.3 Ciências sociais aplicadas à Medicina:

- a) A Medicina como atividade social. Princípios gerais das ciências sociais aplicáveis à Medicina.
- b) Concepção holística do homem.
- c) Confronto entre Medicina e Medicina de “folk” como ciência e como profissão.
- d) Sistematização da medicina de “folk” nos seus aspectos curativos e preventivos. Importância de seu conhecimento para o médico.
- e) O problema dos profissionais da medicina de “folk”.
- f) Dificuldades e erros de ordem social no exercício da Medicina.
- g) As relações médico-paciente nas diferentes situações sociais: na família, no consultório e no hospital.

h) Concepção social de ética profissional.

i) Problemas sociais. O aspecto social da Eugenia.

3.6.4 Estudo de casos. Desenvolvido com participação ativa do estudante.

3.7 — *Medicina Global*:

Como já foi visto, o exercício da Medicina depende em grande parte das relações médico-paciente-família adequadas.

Podem-se ensinar ao estudante as técnicas para o estabelecimento de tais relações. Um grande instrumento para ensiná-las é a introdução de ciências do comportamento humano no curriculum. A aplicação prática destes conhecimentos somente pode ser efetuada em um serviço de Medicina global, que visará à aplicação de Medicina Preventiva e curativa e o estabelecimento de relações médico-paciente-família adequadas.

Este ensino deve ser integrado no internato (6ª série). A prática médica torna-se diferente de acordo com a sua situação: domiciliar, de consultório e hospitalar. O estudante tem treinamento muito bom na prática hospitalar mas extremamente deficiente nas práticas de consultório e domiciliar. Desta forma, a base do ensino deverá ser um ambulatório com extensão dos cuidados para o domicílio e, eventualmente, para a enfermaria.

O trabalho do estudante deve ser igual ao trabalho do médico, com assessoramento adequado, mas sem lhe tirar a responsabilidade para com os pacientes, condição imprescindível para um aprendizado ativo.

O serviço deverá criar, artificialmente, situação idêntica à que o aluno encontrará em sua clínica particular futura: horas para atendimento em consultório, em domicílio e, eventualmente, para atendimento em hospital. Só assim poderá aprender a lidar *com pacientes*.

Os estudantes, *qualquer que seja seu estágio hospitalar*, deverão dedicar ao programa de Medicina global um dia por semana, durante todo o ano letivo.

Não será possível integrar esse programa na rotina do hospital, pois isto viria desvirtuá-lo, desde que a sua função primordial e condição "sine qua non" de sua existência é o ensino e não a assistência. Esta última será mera decorrência do primeiro.

O ambulatório poderá ser instalado no hospital de ensino da Faculdade, ou no centro de saúde mais próximo, ou ainda uma parte em cada local. Este último órgão tem a vantagem de, quando se trata de uma unidade local polivalente e dinâmica, dispor de numerosas famílias matriculadas, com residência nas vizinhanças.

A equipe que será responsável pelo desenvolvimento do programa será formada por assistentes ou instrutores das cadeiras de Medicina Preventiva, Clínica Médica e Pediatria.

O serviço deve contar com consultores de tôdas as especialidades, com a função de assessorarem o estudante. A escolha dêstes consultores deverá ser feita em conjunto, pelo professor da especialidade e o docente de medicina preventiva responsável pela execução do plano de medicina global.

4. METODOLOGIA DO ENSINO

Abordaremos nesta parte os aspectos da distribuição das disciplinas da cadeira no curso médico e o número de horas para cada uma, a integração no curriculum e a técnica de ensino.

4.1 — *Distribuição das disciplinas da cadeira de Medicina Preventiva no curso médico e número de horas a serem dedicadas a cada uma:* Apresentamos as seguintes sugestões:

1ª série — Biestatística — 40 horas.

2ª série — Medicina Preventiva: epidemiologia e profilaxia gerais das doenças transmissíveis — 12 horas.

3ª série — Medicina Preventiva: epidemiologia e profilaxia gerais das doenças não-transmissíveis — 4 horas.

4ª série — Ciências Sociais — 50 horas.

5ª série — Medicina Preventiva: fundamentos de medicina preventiva — notificação — declaração de óbito — aplicações práticas — 80 horas.

Medicina do Trabalho — recomenda a OMS — 42 horas; mínimo — 14 horas.

Saúde Pública — 10 horas.

6ª série — Medicina Global — 250 horas.

4.2 — *Integração no curriculum médico de graduação:* Para maior eficiência do ensino, não bastam programas bem elaborados, nem professôres eficientes. É preciso que haja integração de tôdas as matérias no curriculum médico.

Existem vários conceitos e graus de integração. Em um extrêmo da escala, teríamos a volta ao método do preceptor, pelo qual um homem ministraria todo o curso médico. Em nossos dias, tal ensino não é mais possível, sendo

necessária uma divisão do trabalho, que tem o perigo de poder levar a compartimentos estanques e supervalorização de seu assunto por parte de cada professor. Se lembrarmos que, embora extensa, a Medicina é uma só, seremos forçados a admitir que a formação de compartimentos estanques e atitudes de supervalorização só podem ser prejudiciais ao ensino. Êste é o outro extremo da escala.

Mister se faz que enunciemos o nosso conceito de integração para bem situar o problema e, em seguida, proponhamos a maneira de se integrar o ensino de Medicina Preventiva no ensino médico.

Entendemos por integração ligações estreitas com as cadeiras e disciplinas do curso médico, oferecendo e recebendo colaboração, a fim de melhor cumprir a finalidade comum: o ensino médico.

Com êste conceito de integração, propomos:

4.2.1 — O curso de biestatística, na sua parte prática, pode desenvolver-se utilizando material de outras disciplinas e cadeiras da 1ª série, o que poderá ser feito em duas fases: planejamento e experiências e interpretação dos resultados. A planificação seria responsabilidade da disciplina bioestatística e visaria a um melhor aproveitamento do material das outras disciplinas no aprendizado, além de treinamento dos estudantes nesta fase tão importante da pesquisa. No decorrer da experiência, far-se-ia o registro, a classificação e a apresentação dos dados e, finalmente, as conclusões. As vantagens para as outras cadeiras seriam maior tempo, experiências bem controladas e interpretadas, o que representa maior rendimento. Para a Bioestatística, as vantagens seriam a melhor compreensão, por parte dos estudantes, de que ela não tem finalidades próprias e se subordina à disciplina na qual é aplicada.

4.2.2 — A parte da disciplina integrante que deve ser prelecionada na 2ª série — Epidemiologia e Profilaxia Gerais das Doenças Transmissíveis — deve ser integrada com as cadeiras de Microbiologia e Parasitologia, que não se limitam à sistemática, mas iniciam os estudantes na clínica de doenças transmissíveis. Em algumas escolas, muito se tem dado de epidemiologia nestas cadeiras, mas não de maneira sistemática. A sistematização seria uma grande vantagem e o corpo docente de Medicina Preventiva poderia ainda avançar para o campo da epidemiologia especial, em comum acôrdo com o corpo docente das outras cadeiras. A iniciação do estudante na clínica de doenças transmissíveis seria mais eficiente, pois, teriam êles uma idéia mais precisa da história natural da doença.

4.2.3 — A epidemiologia e profilaxia gerais das doenças não-transmissíveis, parte da disciplina integrante prelecionada na 3ª série, deve integrar-se com as cadeiras de Clínica, tendo a vantagem de “ampliar o horizonte” do es-

tudante com respeito a estas doenças, dando-lhe o conceito da história natural da doença não-transmissível.

4.2.4 — A administração hospitalar, por ser um assunto paramédico, não oferece grandes possibilidades de integração mas poderá, no seu desenvolvimento, utilizar material didático das cadeiras clínicas.

4.2.5 — O ensino de ciências sociais apresenta as mesmas dificuldades de integração que a administração hospitalar e pelas mesmas razões. As oportunidades de utilizar material didático de cadeiras clínicas, entretanto, são maiores do que acontece com a disciplina anterior.

4.2.6 — A parte final da disciplina básica — fundamentos de Medicina Preventiva — deve integrar-se com as cadeiras clínicas e, em menor grau, com as cadeiras de especialidade, por um lado, e, através da integração com medicina do trabalho, com a medicina legal.

4.2.7 — Noções de Saúde Pública integra-se com fundamentos de Medicina Preventiva (que inclui a aplicação prática), aproveitando o mesmo material didático, e com Medicina do Trabalho, que é uma especialidade da Saúde Pública.

4.2.8 — Medicina global, por sua definição e pelo esquema apresentado, já é uma disciplina integrada, especialmente com clínica médica e clínica pediátrica; em grau menor, com clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica ginecológica, recebendo colaboração ativa de tôdas as especialidades.

4.3 — *Técnica de ensino*: A técnica a ser empregada depende dos conhecimentos que se queiram transmitir, os quais, segundo sua natureza, determinam três tipos fundamentais de ensino:

4.3.1 — Ensino de conhecimentos já estabelecidos e que representam a base teórica sôbre a qual se deve assentar o ensino médico e o exercício da Medicina. Naturalmente, é preciso levar os conhecimentos aos alunos e exigir que êles os repitam.

Duas são as técnicas para êste tipo de ensino: a aula magistral e a leitura. As duas são eficientes; é recomendável, quando se dispõem de várias técnicas eficientes, que se usem tôdas elas. A leitura tem a vantagem de exigir uma atitude mais ativa da parte do aluno. Pode-se estimular uma atitude ativa quando as leituras ou aulas magistrais se relacionem com assuntos práticos que serão vistos imediatamente, por um lado, e com pesquisa bibliográfica complementando as aulas magistrais ou leituras obrigatórias. Para a repetição dos conhecimentos, temos as exposições por parte dos alunos e as arguições escritas e orais (exames, sabatinas, chamadas, etc.)

Este tipo de ensino se aplica a todas as disciplinas do programa de Medicina Preventiva, pois todas elas exigem um substrato teórico.

4.3.2 — Ensino de técnicas como, por exemplo, a técnica de examinar um paciente, de fazer um diagnóstico, de instituir medidas curativas ou preventivas, etc. Este tipo de ensino é, obrigatoriamente, ativo e a única maneira de concretizá-lo é mostrar ao estudante o que deve fazer, exigir que ele o faça em seguida e, finalmente, atribuir-lhe a responsabilidade de casos semelhantes para que possa, sob supervisão, repetir o que lhe foi ensinado, várias vezes. Para melhor fixar seu conhecimento, deve-se, periodicamente, exigir que o estudante demonstre esse conhecimento. Esta técnica é a mais usada no ensino de Bioestatística, Medicina Preventiva, especialmente no item de aplicação prática, e Medicina global. Emprega-se, em menor escala, nas demais disciplinas do programa.

4.3.3 — Desenvolvimento de atitude. Este tipo de ensino é o mais difícil e delicado. Baseia-se em:

- a) Exemplo — o professor deve assumir a atitude que quer que o aluno assuma. Para que o exemplo seja tomado pelo aluno, duas condições são necessárias: que o professor seja simpático ao aluno e que seja respeitado por ele.
- b) Responsabilidade com pacientes sob supervisão estreita do professor.
- c) Discussão de atitudes em pequenos grupos, especialmente o seminário, em que possa haver troca de idéias entre os alunos, com a menor interferência possível do professor, a não ser na parte final, em que ele deve fazer o resumo do que se concluiu.
- d) Correção das imperfeições nas atitudes assumidas pelos alunos, sempre individualmente e nunca diante de estranhos.

O desenvolvimento de atitude não é responsabilidade de uma determinada cadeira, mas sim, de todas elas, sendo imprescindível, portanto, um entendimento entre todas as cadeiras para que este desenvolvimento seja uniforme através de todo o curso médico. Pela técnica apresentada, vê-se que este tipo de ensino é demorado e requer grande número de docentes, além de convivência com o aluno.

A técnica de desenvolvimento de atitude aplica-se especialmente à Medicina Preventiva, item aplicação prática, e à Medicina global. Aplica-se, também, às outras disciplinas, mas em menor escala.

* * *

Concluimos com as mesmas palavras iniciais:

“O ensino de Medicina Preventiva, como o de qualquer matéria do curso médico, não pode ser encarado isoladamente, pois esta não é um corpo de conhecimentos completamente independente, que possa ser ensinado como tal. Nada mais é que parte de um todo — a Medicina — do qual não pode ser separada, sob pena de perder por completo seu significado”.

A reformulação do ensino de Medicina Preventiva deve acompanhar a reformulação do todo — o ensino médico — tendo como metas:

- 1) O ensino constante e contínuo, visando à Medicina global, psico-somática, em seus aspectos preventivo-curativos.
- 2) A “humanização” da atividade médica, isto é, o preparo de um profissional que sirva ao homem como um todo.
- 3) A melhoria da saúde, contribuindo, direta ou indiretamente, para a melhoria do padrão de vida da comunidade.

RESUMO

O presente trabalho trata da organização de uma cátedra ou departamento de Medicina Preventiva em uma escola de medicina. Baseia-se nas funções do médico na comunidade, nos objetivos do ensino médico e nos objetivos do ensino de Medicina Preventiva.

Propõe a estruturação da cátedra, sua subdivisão em disciplinas e uma metodologia de ensino, focalizando a distribuição das disciplinas no curriculum, o número de horas a serem dedicadas a cada uma, a maneira de se fazer a integração no curriculum e a técnica de ensino.

SUMMARY

The present paper considers the organization of a department of Preventive Medicine in a Medical School. It is based on the doctor's role in the community, on the objectives of the teaching of Preventive Medicine.

A program of Preventive Medicine is proposed as well as its subdivision in disciplines. The paper also discusses the methodology of teaching, considering the distribution of the disciplines throughout the medical curriculum, the number of hours to be allotted to each one, integration of Preventive Medicine in the medical curriculum, the teaching technique to be employed.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Prof. Dr. Odair Pacheco Pedroso e aos Drs. Armando Piovesan e Diogo Pupo Nogueira pelo seu inestimável auxílio na elaboração

dos programas de Administração Hospitalar, Ciências Sociais Aplicadas à Medicina e Higiene e Medicina do Trabalho.

REFERÊNCIAS

1. BALINT, M. The doctor, his patient and the illness. New York, Intern. University Press, 1957, 355 p.
2. HUBBARD, J. P. & CLARK, K. G. Conference on Preventive Medicine in medical schools. *J. Med. Educ.*, **28** (3): 43-48, March 1953.
3. LEAVELL, H. R. & CLARK, E. G. Preventive Medicine for the doctor in his community. 2nd ed., New York, McGraw-Hill, 1958.
4. MASCARENHAS, R. S., WILSON, D., & BOURROUL, G. P. O ensino de Medicina Preventiva em escolas de medicina. *Arq. Fac. Hig. S. Paulo*, **15/16**: 17-24, 1961/1962.
5. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Seminarios sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva. Viña del Mar, Chile, 10-15 de oct., 1955 y Tehuacán, México, 23-28 de abr., 1956. 48 p. (Publicaciones científicas n. 28).
6. PAUL, J. R. Clinical epidemiology. *J. Clin. Invest.*, **17** (9): 539-541, Sept., 1938.