UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL
Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - Bloco D
Maracanã - CEP 20.559-900 - Rio de Janeiro - RJ
Telefones: (021) 2587-7572 / 2587-7303 / 2284-8249
Fax: (021) 264-1142
http://www.ims.uerj.br

DUZENTOS ANOS DE ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Jorge Luiz do Amaral

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – área de concentração em Política, Planejamento e Administração, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Célia Regina Pierantoni
Rio de Janeiro
2007

JORGE LUIZ DO AMARAL

DUZENTOS ANOS DE ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Tese apresentada ao Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em 25 de Junho de 2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Anna Maria Campos
Instituto de Medicina Social – UERJ

Profa. Dra. Celia Regina Pierantoni - Orientadora
Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Francisco Eduardo Campos
Universidade Federal de Minas Gerais – UERJ

Profa. Dra. Maria Helena Machado
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

Prof. Dr. Mário Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social - UERJ

C A T A L O G A Ç Ã O N A F O N T E
U E R J / R E D E S I R I U S / C B C

A485 Amaral, Jorge Luiz do.
Duzentos anos de ensino médico no Brasil / Jorge Luiz do Amaral. – 2007.
207f.

Orientadora: Célia Regina Pierantoni.

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medicina – Estudo e ensino – Brasil – Teses. 2. Escolas de medicina – Brasil – História – Teses. 3. Política de educação médica – Brasil – Teses. I. Pierantoni, Célia Regina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU

37:61(81)

Sumário

Resumo	v
Abstract	vi
Lista de siglas e abreviaturas	vii
Lista de gráficos	xii
Lista de tabelas	xiv
Capítulo 1. Objeto do estudo, objetivos e questões metodológicas	09
1 . 1 . Tema	10
1 . 2 . Justificativa	19
1 . 3 . Relevância	21
1 . 4 . Objetivos	25
1 . 4 . 1 . Objetivo geral	25
1 . 4 . 2 . Objetivos específicos	25
1 . 5 . Procedimentos metodológicos	26
1 . 5 . 1 . Fontes	27
1 . 5 . 2 . Categorias para organização dos dados	30
1 . 5 . 3 . Classificação dos documentos	31
1 . 5 . 4 . Sistematização	31
1 . 5 . 5 . Análise dos dados	32
Capítulo 2. Ensino médico e sua inserção na educação brasileira (1808-1949): Do Primeiro Reinado à declaração dos direitos humanos	34
2 . 1 . Os cursos de medicina do Primeiro Reinado	35
2 . 2 . As escolas médicas e o Segundo Reinado	37
2 . 3 . A medicina européia como modelo de qualidade do ensino	39
2 . 4 . A formação prática dos médicos brasileiros	42
2 . 5 . O Ministério da Instrução Pública e a descentralização na educação	44
2 . 6 . O primeiro *boom* das escolas médicas	49
2 . 7 . O ensino médico: da Revolução de 30 às reformas educacionais dos anos 40	56

2 . 8 . O surgimento das universidades livres e do regime universitário 56

Capítulo 3. O surgimento do ensino médico privado (1950), a Lei de Diretrizes e Bases e o Movimento de Renovação Médica Nacional – REME (1980) 63

3 . 1 . O início do ensino médico privado e a interiorização 66

3 . 2 . As conferências internacionais e a 3ª Conferência Nacional de Saúde 69

3 . 3 . A LDB, os governos militares e o ensino médico municipal 73

3 . 3 . 1. O surgimento do ensino médico municipal 76

3 . 4 . O acordo MEC/USAID e a expansão das escolas médicas 78

Capítulo 4. A influência da declaração de Alma-Ata (1978), a transição democrática (Diretas Já, 1984) e implantação da Lei de Diretrizes e Bases – Lei 9.394/96 88

4 . 1 . A influência da declaração de Alma-Ata e das epidemias 89

4 . 2 . O segundo *boom* do ensino médico e o governo militar 94

4 . 3 . A Nova República, o ensino médico e a DENEM 97

4 . 4 . Expansão das escolas médicas estaduais no interior 98

4 . 5 . A Constituição de 1988 e a consolidação da interiorização das escolas médicas 99

4 . 6 . O governo Collor e a falência do ensino médico 104

4 . 7 . O Exame de Ordem do CREMESP e as NOB 107

4 . 8 . Retomada da expansão de escolas e da autonomia universitária 114

4 . 8 . 1 . Escolas médicas por organização acadêmica e por distribuição geográfica 115

4 . 8 . 2 . Oferta de vagas por organização acadêmica e vínculo jurídico 118

4 . 8 . 3 . Oferta de vagas nas IES por organização acadêmica, vínculo jurídico e distribuição geográfica 119

4 . 8 . 3 . 1. Oferta de vagas nas capitais 119

4 . 8 . 3 . 2 . Oferta de vagas no interior em 1995 120

4 . 9 . A nova LDB e a explosão do ensino privado no interior do Brasil 120

4 . 9 . 1 . Distribuição geográfica das escolas médicas e oferta de vagas em 1996 121

4 . 9 . 1 . 1. Capitais 121

4 . 9 . 1 . 2 . Interior 122

4 . 9 . 2 . Distribuição da oferta de vagas pelas regiões brasileiras 123

4 . 10 . A expansão desigual do ensino médico para o interior em 1996 126

Capítulo 5. O *boom* das escolas médicas no século XXI 129

5 . 1 . O ensino superior e o sistema nacional de avaliação 131

5 . 2 . CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas brasileiras 134

5 . 2 . 1 . A construção e a estratégia da CINAEM 135

5 . 2 . 2 . A articulação das entidades e a opção pela avaliação 136

5 . 2 . 3 . A auto-avaliação e os resultados da 1ª Fase 138

5 . 2 . 3 . 1 . Perfil das escolas participantes 138

5 . 2 . 4 . Conclusões finais da auto-avaliação – 1ª Fase (1991-1992) 139

5 . 2 . 5 . Conclusões da avaliação externa – 2ª Fase (1993-1997) 140

5 . 2 . 5 . 1 . Quanto ao gênero, tempo de docência, regime de trabalho e formação docente 141

5 . 2 . 5 . 2. Quanto à pesquisa, publicações e assistência e satisfação com a docência 142

5 . 2 . 5 . 3 . Quanto aos formandos 143

5 . 2 . 5 . 4 . Quanto ao modelo pedagógico, à gestão e à infra-estrutura 143

5 . 3 . O governo Lula e os mecanismos de incentivo – PROMED, PRÓ-SAÚDE 144

5 . 3 . 1 . Perfil das escolas médicas em 2003 144

5 . 3 . 2 . O perfil das vagas oferecidas em 2003 146

5 . 3 . 3 . Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) 148

5 . 3 . 4 . O ensino médico e a mudança da estrutura do Ministério da Saúde 149

5 . 3 . 5 . Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) 151

5 . 4 . As escolas médicas e o crescimento exponencial no governo Lula 152

5 . 4 . 1 . As escolas médicas e a autonomia universitária 152

5 . 4 . 2 . O *boom* das escolas privadas 154

5 . 4 . 3 . A consolidação da interiorização do ensino médico 155

5 . 4 . 4 . O aparecimento da hegemonia do ensino privado nas capitais 156

156

5 . 4 . 5 . Evolução das escolas médicas nas regiões 158

5 . 4 . 6 . Oferta de vagas por distribuição geográfica 159

5 . 5 . As Conferências Internacionais e a 12ª Conferência Nacional de Saúde

5 . 6 . Educação médica mundial 161

Capítulo 6. Discussão e Conclusões 167

6 . 1 . Retorno aos objetivos e apresentação dos resultados 169

6 . 2 . Conclusões 180

Referências Bibliográficas 196

Resumo

Esta tese analisa o ensino médico brasileiro, nos 200 anos de existência, identificando os marcos e o contexto político, econômico, social e mundial. A metodologia escolhida foi a *grounded teory* (teoria fundamentada). A análise dos dados foi feita sob a luz do referencial teórico. Do levantamento quantitativo e qualitativo das escolas médicas brasileiras destacam-se distintos momentos de expansão das escolas médicas no Brasil. Registram-se, também, a evolução da criação das escolas médicas, a distribuição regional e os processos de avaliação governamental (Provão/SINAES) e da sociedade (CINAEM). Discute o papel indutor dos mecanismos de incentivos conduzidos pelo Estado, na interface da saúde e da educação. Foi detalhada a distribuição atual das 167 escolas médicas, que ofertaram 16.228 vagas no processo vestibular de 2007.

Palavras-chaves: Escolas médicas; ensino médico brasileiro; expansão.

Abstract

This work analyzes the Brazilian medical education in the last 200 years, identifying the landmarks and economical-political environment, internally and internationally. The methodology chosen was the *grounded theory*. The data analysis was made under the theoretical reference. Observing the quantitative and qualitative data of the Brazilian medical schools, distinct moments of expansion are noticed. It is also noticed the evolution of the creation of those schools, along with their regional distribution and the governmental and non-governmental assessment tools ("Provão"/SINAES and CINAEM). It discusses the inductive role of incentive mechanisms used by federal government in the health and education interface. It was specified the actual distribution of the 167 medical schools, that offered 16,228 openings in the 2007 recruiting process. In Brazil, there were several different expansion processes of Medical Schools with diverse characteristics.

Key Words: Medical schools; Brazilian Medical education; medical schools expansion; educational policy.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AAMC	Associação Americana de Escolas de Medicina
ABE	Associação Brasileira de Educação
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
ABI	Associação Brasileira de Imprensa
AC	Acre
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
AM	Amazonas
AMB	Associação Médica Brasileira
AMEE	Associação Européia de Educação Médica
AMRIGS	Associação Médica do Rio Grande do Sul
ANDES	Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior
ANDES-SN	Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANMR	Associação Nacional de Médicos Residentes
AP	Amapá
APDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
BA	Bahia
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico

BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CE	Ceará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEM	Comissão de Ensino Médico
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação de Escolas Médicas
CIRH/CNS	Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CO	Centro-Oeste
COBEM	Congresso Brasileiro de Educação Médica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciário
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRUB	Conselho Reitores das Universidades Brasileiras
CT - APAS	Câmara Técnica de Atuação Profissional da Área da Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DE	Dedicação exclusiva

Degerts	Departamento Gestão da Regulação do Trabalho em Saúde
Deges	Departamento Gestão da Educação na Saúde
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
DF	Distrito Federal
DH/SCD	Dengue Hemorágica / Síndrome de Choque do Dengue
ECCEM	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
EM	Escolas Médicas
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENC	Exame Nacional de Cursos
ENEM	Encontro Nacional das Escolas Médicas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ES	Espírito Santo
EUA	Estados Unidos da América
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNAEM	Fóruns Nacionais de Avaliação do Ensino Médico
FURB	Fundação Universidade Regional de Blumenau
GERES	Grupo Executivo para Reformulação do Ensino Superior
GO	Goiás
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HU	Hospital Universitário

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituições de Ensino Superior
IMED	International Medical Education Directory
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JK	Juscelino Kubitschek
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MA	Maranhão
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MG	Minas Gerais
MNESP	Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública
MNN	Mesa Nacional de Negociação
MNRS	Movimento Nacional da Reforma Sanitária
MP	Medida Provisória
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MS	Mato Grosso do Sul
MT	Mato Grosso
N	Norte
NE	Nordeste
NOB	Normas Operacionais Básicas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pará
PACS	Programas de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAIUB	Programa de Avaliação das Instituições Universitárias Brasileiras
PARU	Programa de Avaliação da Reforma Universitária
PB	Paraíba
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PE	Pernambuco
PI	Piauí
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNE	Plano Nacional de Educação
PR	Paraná
PREVSAUDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ProUni	Programa Universidade para Todos
PSAP	Programa de Médicos para Áreas Deficitárias

PSF	Programas de Saúde da Família
PUC/SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
REME	Movimento de Renovação Médica
RJ	Rio de Janeiro
RN	Rio Grande do Norte
RO	Rondônia
RR	Roraima
RS	Rio Grande do Sul
S	Sul
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SC	Santa Catarina
SD	Sudeste
SE	Sergipe
SFE	Sistema Federal de Educação
Sgtes	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINMED-RJ	Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro
SP	São Paulo
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – Ministério da Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins

UDUAL	União das Universidades da América Latina
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional de Estudantes
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USAID	United States Agency for International Development
USP	Universidade de São Paulo
WFME	World Federation of Medical Education
WHO	World Health Organization

Lista de gráficos

Gráfico 2.1: Número de escolas médicas por dependência administrativa — 1949 61

Gráfico 2.2: Evolução da criação de escolas médicas — 1808 a 1949 62

Gráfico 3.1: Número de escolas médicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1956 68

Gráfico 3.2: Número de vagas oferecidas pelos vestibulares por localização capital e interior — 1949, 1950, 1961 e 1963 74

Gráfico 3.3: Número de escolas médicas públicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1967 76

Gráfico 3.4: Número de escolas médicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1980 87

Gráfico 4.1: Evolução do número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior — 1963 a 1985 96

Gráfico 4.2: Evolução do número de escolas médicas por localização capital e interior — 1808 a 1996 102

Gráfico 4.3: Número de escolas médicas públicas por dependência administrativa e por localização capital e interior — 1990 104

Gráfico 4.4: Número de escolas médicas por vínculo jurídico existentes em 1808, 1949, 1962, 1980 e 1994 110

Gráfico 4.5: Número de escolas médicas por organização acadêmica e localização capital e interior — 1995 115

Gráfico 4.6: Número de escolas médicas por organização acadêmica, vínculo jurídico e autonomia universitária —1995 116

Gráfico 4.7: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital/interior e organização acadêmica — 1995 117

Gráfico 4.8: Percentual de vagas oferecidas por vínculo jurídico e organização acadêmica — 1995 118

Gráfico 4.9: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital e interior e vínculo jurídico — 1996 123

Gráfico 4.10: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital e interior segundo regiões — 1996 125

Gráfico 4.11: Evolução do número de escolas médicas por vínculo jurídico — 1808 a 1996 128

Gráfico 5.1: Distribuição percentual do número de escolas médicas por região — 2003 145

Gráfico 5. 2: Distribuição percentual do número de ingressantes pelo vestibular segundo localização capital/interior — 2003 146

Gráfico 5. 3: Número de escolas médicas por organização acadêmica, vínculo jurídico e autonomia universitária — 2007 153

Gráfico 5.4: Distribuição das escolas médicas por localização capital e interior e vínculo jurídico — 2007 155

Gráfico 5.5: Evolução das escolas médicas por vínculo jurídico nas capitais – 1961, 1966, 2003 e 2007 156

Gráfico 5.6: Distribuição de escolas médicas por regiões — 1961, 1996, 2003 e 2007 158

Gráfico 6.1: Percentual de Oferta de vagas dos vestibulares das escolas médicas e IES – 2005 173

Gráfico 6.2: Percentual de vagas ofertadas por escolas médicas e IES por localização-capital e interior – 2005 174

Gráfico 6.3: Percentual de escolas médicas e IES por vínculo jurídico – 2005 175

Gráfico 6.4: Percentual de autonomia universitárias das escolas médicas e das IES - 2005 177

Lista de tabelas e quadros

Tabela 2.1: Número de escolas médicas por natureza e dependência administrativa, segundo a unidade da Federação, o ano e a instituição mantenedora — 1808 a 1948 60

Tabela 2. 2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e Interior segundo as regiões — 1808 a 1949 61

Tabela 3.1: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1956 67

Tabela 3.2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1963 73

Tabela 3.3: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1967 77

Tabela 3.4: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1965 a 1976 82

Tabela 3.5: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1980 85

Tabela 4.1: Número de escolas médicas por natureza e dependência administrativa, segundo a unidade da Federação, o ano e a instituição mantenedora — 1981 a 1996 88

Tabela 4.2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1990 102

Tabela 4.3: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1994 109

Tabela 4.4: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1996 121

Tabela 4.5: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1996 126

Quadro 1: Percentual de Oferta de vagas nos vestibulares e de instituições no ensino médico e superior - 2005 176

INTRODUÇÃO

Com a chegada do século XXI intensificou-se em diversas nações o combate às desigualdades sociais, sejam elas relacionadas a gênero, etnia, economia, educação ou saúde. A todo o momento, aumentam as pesquisas sobre a qualidade de vida, destacando nesses estudos o desenvolvimento dos recursos humanos.

Recentes estudos realizados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstram um declínio no grau de desigualdade de renda no Brasil em 4%, de maneira contínua[1]. A renda dos 20% mais pobres do País cresceu no período 2001/2004 cerca de 5% ao ano, enquanto a dos 20% mais ricos diminuiu 1%. Ressalta-se quanto à renda que: *"A despeito da queda recente, a desigualdade de renda brasileira permanece muito acima da observada em países com grau de desenvolvimento semelhante ao nosso."*

O propósito de desenhar políticas públicas que permitam reduzir ainda mais as desigualdades coloca em destaque o sistema de proteção social, a distribuição dos rendimentos do trabalho, a taxa de desemprego, a renda familiar e a discriminação por raça e gênero. Ao lado das prioridades das

[1] Publicado no Relatório técnico em 21 de julho de 2006 (IPEA, 2006).

questões econômicas, a cada dia ganha mais espaço na agenda das discussões a necessidade da expansão quantitativa e qualitativa da escolaridade da população.

Nesse contexto, se reafirma a importância de se pesquisar o ensino da Medicina, desde a sua criação, com a transmigração da Corte Portuguesa, em 1808, até o momento atual.

A aproximação com o campo da saúde coletiva se intensificou em 2002 com a defesa da dissertação no IMS-UERJ “Avaliação e transformação das Escolas Médicas: uma experiência nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS”.

Para discutir o futuro do ensino da medicina no Brasil foi necessário ter conhecimento de dados específicos das escolas médicas (EM) no aspecto da sua localização geográfica, vínculo jurídico e organização acadêmica.

Mereceram iguais destaque a expansão de EM e o aumento da oferta de vagas; as interfaces das agendas de governo; os processos de avaliação; os mecanismos de incentivos governamentais, e por fim o envolvimento dos poderes Executivo e Legislativo, da comunidade acadêmica e das entidades com a educação médica. Procurou-se, a todo o momento, identificar possíveis entraves e interesses dos segmentos envolvidos com as EM e o ensino médico.

O distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS é discutido sob a luz dos conceitos de democracia, igualdade, dignidade humana, participação, representatividade e da pactuação das EM com o sistema de saúde.

As EM devem formar estudantes para o enfrentamento da pobreza e da fome, além de promover a redução da mortalidade materna e na infância, o combate às epidemias, como a do HIV/AIDS e da Gripe Aviária, e às doenças recrudescentes.

Desde 1995, a OMS vem propondo a reorientação das prioridades e ênfases dos currículos do ensino médico, porém poucos resultados têm sido apresentados no que tange às mudanças na formação médica e às melhorias dos sistemas de saúde. Atualmente registra-se grande disparidade entre o discurso dos projetos pedagógicos das instituições educacionais e a prática, tanto na forma quanto no conteúdo, do que é ensinado. A maioria das instituições não está sintonizada com as necessidades das populações e dos sistemas de saúde. Embora esta questão seja uma realidade nacional, também vem sendo discutida, com freqüência, em periódicos e revistas da Europa, dos Estados Unidos da América e da Austrália.

Segundo Pierantoni (2000, p. 19): *"A emergência do tema não é nova, a área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas."*

Foi relevante pesquisar nas EM quais os fatores envolvidos na formação de um profissional que melhor sirvam às necessidades dos indivíduos e da comunidade, a quem elas servem, quem delas se servem, a quem elas querem atender.

A análise do ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, identificando os marcos e o contexto político, econômico, social e mundial, produziu um levantamento quantitativo e qualitativo das EM brasileiras.

Ressalto que, embora reconheça que a formação médica extrapola o ensino nas instituições responsáveis pela graduação, este estudo não teve a abrangência de alcançar a pós-graduação em todas as suas modalidades.

Neste momento de conclusão do doutorado apresento a pesquisa intitulada “Duzentos anos de Ensino Médico no Brasil”.

Procurando entender o presente para pensar o futuro, foi preciso voltar ao passado, e esta trajetória está presente nessa tese nos seguintes capítulos:

No Capítulo 1, **“Objeto do estudo, objetivos e questões metodológicas”**, estão detalhados o tema da pesquisa, na qual situei a educação médica no contexto político, econômico, social do Estado capitalista e, em seguida, identifiquei o problema da pesquisa definindo assim o meu objeto de estudo. Esta etapa propiciou um melhor entendimento para construir os objetivos e o passo a passo do desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa está situada na intercessão do campo da saúde coletiva com a educação médica. Para a análise da pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa, embora também fazendo uso da quantificação. A metodologia escolhida foi a *grounded theory* (teoria fundamentada), que considera que os fenômenos são entendidos como em contínua transformação, em mudança, não estáticos e relacionados com os processos ou fatos acontecidos ao longo dos anos.

No Capítulo 2, **"Ensino médico e sua inserção na educação brasileira (1808-1948): Do Primeiro Reinado à declaração dos direitos humanos"**, optei pela recuperação histórica desde a transmigração da Corte Portuguesa até o ano de 1948, com destaque para a distribuição regional das EM e sua vinculação jurídica, ao mesmo tempo em que contextualizo a sua implantação com diversas instituições nacionais que mantiveram relações com o desenvolvimento do Brasil.

Neste período de 140 anos, que abrangeu o Primeiro Reinado até 1948, prevaleceu o Modelo Nacional Desenvolvimentista conjugado ao processo de industrialização.

No Capitulo 3 **"O surgimento do ensino médico privado (1950), a Lei de Diretrizes e Bases e o Movimento de Renovação Médica Nacional – REME (1980)"**, inicio o diálogo com o processo mundial de desenvolvimento do ensino médico, o surgimento do interesse da iniciativa privada e a relação com as discussões e aprovação das Leis de Diretrizes e Bases (LDB-1961). Nesta etapa da pesquisa também registro a aproximação com a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o Movimento de Renovação Médica Nacional (REME), devido a sua grande importância na evolução do setor da saúde e da educação médica. A pesquisa ampliou sua esfera de análise, abrangendo as influências das conferências internacionais, no campo social, e da conferência nacional de saúde. A relação da EM com o ensino superior mereceu destaque, contextualizados com os acordos internacionais (MEC/USAID), o aumento da influência do setor privado e a interiorização do ensino superior brasileiro.

No Capítulo 4, **"A influência da declaração de Alma-Ata (1978), a transição democrática (Diretas Já, 1984) e implantação da Lei de Diretrizes e Bases – Lei 9.394/96"**, aprofunda-se a pesquisa no âmbito das Conferências Internacionais relacionadas à saúde e à educação médica e, ao mesmo tempo, aumenta a preocupação da contextualização do ensino da medicina com o movimento da Reforma Sanitária, a criação do SUS dentro da Constituição de 1988 e a posterior relação do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, com a nova Lei de Diretrizes e Base (Lei 9.394), aprovada em 1996. Nesta etapa do estudo ganhou destaque o acervo de estruturas colegiadas, das quais destacamos a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), a Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNMR) e a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Neste capítulo registra-se a influência, nas EM brasileiras, dos modelos de ensino da medicina na Europa e, no âmbito nacional, inicia-se a aproximação do ensino médico com o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, em que diversas reformas educacionais ocorreram em razão das mudanças estruturais no País.

No Capítulo 5**, "O *boom* das escolas médicas no século XXI",** registra-se, detalhadamente, a atual distribuição das 167 EM que ofertaram 16.228 vagas, de primeiro ano, no processo do vestibular de 2007. Recuperou-se a importância dos movimentos de avaliação e das propostas de mudanças curriculares que influenciaram o processo de transformação das EM atuais. Ganharam destaque nessa pesquisa o estudo dos mecanismos de incentivos, que foram e ainda estão se desenvolvendo nas EM no aspecto institucional (PROMED/ PRÓ-SAÚDE) como também aprofunda a análise sobre os

processos de avaliação governamental do ensino superior, das instituições universitárias (PAIUB) ou dos discentes e docentes (ENC-Provão), e com maior detalhe o projeto de avaliação das escolas médicas conduzido pela CINAEM. A relação do ensino médico com as conferências internacionais volta a ser abordada com maior detalhe.

Ao fazer parte da geração formada no ano de 1976 pela UFRJ, foi possível participar da luta pela regulamentação da pós-graduação sob a forma de residência médica do Movimento Nacional da Reforma Sanitária (MNRS). No início da década de 1990, o CNS organizou a Comissão Técnica de Atuação Profissional, a Mesa Nacional de Negociação e a Comissão Intersetorial.

Estas representações, o exercício da docência médica, o mestrado, o doutorado e fundamentalmente o mandato sindical no Sindicato dos Médicos do Rio de Janeiro e na Federação Nacional os Médicos, contribuíram decisivamente para a construção do universo de um médico clínico, doutorando em saúde coletiva, que percorreu os caminhos da interface da Educação e Saúde nas últimas décadas e se interessou em investigar os laços históricos deste binômio, com a finalidade de entender os duzentos anos de ensino médico no Brasil.

A realização desta tese não foi o único nem tão pouco o último trabalho, porém constitui-se, para mim, um meio de sistematizar e disponibilizar, tornando público um acervo construído ao longo dos anos, de modo que outras pessoas também possam dele se servir. No tratamento dos dados, a intenção foi sempre a de torná-los transparentes e acessíveis aos que não participaram

do dia-a-dia dessa experiência ou que desejem continuar discutindo a problemática da educação médica.

Completa esta tese reflexões sobre o conjunto do acervo pesquisado e conclusões que visam situar o papel das EM brasileiras na interface das agendas políticas dos Ministérios da Educação e da Saúde, discutindo as diversidades que convivem com as questões do chão da escola, das suas localidades e das suas especificidades regionais, contextualizando com o desenvolvimento da educação médica brasileira e mundial.

O DAQUI, O DALI E O DE LÁ

É preciso mexer, misturar
O daqui, o dali e o de lá
Pois o nosso tempero
Tem samba, tem xote,
Tem frevo, embolada, balada, ijexá
Bota a banda pra tocar
Que o povo vai curtir, a galera vai gostar
Nossa gente é isso aí, vai
Vai no embalo do maracatu,
Vaquejada, jongo, caxambu
Carimbo, sertanejo, merengue, lambada
Forró pé-de-serra, coco e boi-bumbá
Xaxado, calango, reisado e axé.
Toca aí que a gente diz no pé
Toca aí que a gente diz no pé

Toca o bom samba-de-enredo
E o samba de roda, pagode, baião
Toca de tudo que toque no seu coração
O coração verde, branco, azul e amarelo
É canto é dança, é ritmo elo
Firmando a corrente da nossa nação
Toca quadrilha, congada, fandango
Lundu e sarabacuê
Bumba-meu-boi, caiapó, toca maculelê
Cateretê, Moçambique, quilombo,
umbigada,
Caboclinho, lambe-sujo, marujada,
Muita timbalada e uh-tererê

(Bira da Vila e Serginho Meriti*)*

Capítulo 1

Objeto do estudo, objetivos e questões metodológicas

O ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, tem sido influenciado, desde a sua origem, pela conjuntura política, pelos regimes de governo, por modelos econômicos e por outros fatores que marcam o desenvolvimento do País. A organização acadêmica, a localização geográfica e a vinculação jurídica interferem, da mesma forma, na configuração do ensino médico brasileiro. Não menos importantes são os acordos internacionais, que em muitas oportunidades se expressam nas agendas das conferências mundiais e nacionais que tratam das questões sociais, econômicas, da saúde, do meio ambiente, de gênero e da educação.

Melhorar o ensino da medicina, aproximando os médicos da sociedade, é uma missão que exige tempo, dedicação, organização e decisão política. Ao longo dos séculos, a conjuntura política brasileira apresentou mudanças substanciais, com repercussões no setor da saúde e da educação. Tais mudanças servirão de pano de fundo nas análises desta pesquisa.

1 . 1 . Tema

As relações das instituições de ensino superior (IES), em particular as escolas médicas (EM), com o Estado sempre estiveram em evidência e foram analisadas pela área acadêmica e pelos governantes, embora, quase sempre, cada qual com visões e interesses distintos.

A fé pública das instituições de ensino e, conseqüentemente, a qualidade da formação dos médicos mantiveram ao longo das décadas relações com a intensidade do crescimento quantitativo das faculdades de medicina e a sua distribuição geográfica, os modelos de assistência à saúde, o ensino superior, a educação médica mundial assim como com o reconhecimento público da profissão médica.

Destas preocupações compartilharam inúmeros educadores, como Fraga Filho, que escreveu: *"O aprimoramento do ensino médico só poderá ser alcançado com rigor na exigência de requisitos para a abertura de escolas e na avaliação das existentes"* (2001).

Discute-se que o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro, e em particular do ensino médico, esteve intimamente ligado ao crescimento da sociedade brasileira, sendo clara desde sua origem em 1808 a sua vinculação ao surgimento, no Brasil, das instituições econômicas, militares e culturais, e ao poder político.

O documento, datado de 18 de fevereiro de 1808, enviado por D. Fernando José de Portugal e Castro, ministro de D. João VI, dirigido ao Conde da Ponte, é considerado a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil, e ilustra esta questão:

> Deus guarda a V. Excia.
>
> Bahia, 18 de fevereiro de 1808.
>
> Ao Ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte
>
> O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Corrêa Picanço, Cirurgião-Mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo Cirurgião-Mor a escolha dos Professores, que não só ensinem a Cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Excia, por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante Estabelecimento.
>
> D. Fernando José de Portugal e Castro
>
> *Ministro do Senhor Príncipe Regente*
>
> (Picanço, apud, Gonçalves, 2000, p. 6)

A esse respeito, afirma Gonçalves (2000, p. 6):

> Em 8 de março de 1808, a Família Real embarcou para o Rio de Janeiro e, poucas semanas depois, o Príncipe Regente determinava a criação de outra escola médica, desta vez na nova capital do Brasil.

Remonta à metade do século XIX o início dos registros a respeito da preocupação com a qualidade das instituições e a capacitação dos profissionais que nelas se formavam. A avaliação educacional sistemática, desenvolvida pelo *Massachussetts State Board of Education* em 1840, nos Estados Unidos da América, demonstra o cuidado desse país com o destino de suas instituições de ensino.

No Brasil, apesar de o poder do Governo Central, nessa mesma época, reforçar o direito de reservar para si a primazia e o monopólio do ensino superior, com exclusividade de legislar sobre as Faculdades de Ciências Jurídicas e de Medicina, fez surgir naquele momento a polêmica em torno da descentralização da educação.

Ao relacionar o início das discussões da descentralização do setor educacional com a implantação da República no Brasil em 1889, Azevedo (1996) afirmou:

> Entre os fatos, porém, que mais influenciaram a atmosfera em que ocorreu o advento da República foi a ascendência que as idéias federalistas haviam conquistado sobre o espírito da camada dirigente do país.

O triunfo do princípio federativo, com a mudança do regime político, não só consagrou, como também ampliou o regime de descentralização estabelecido pelo Ato Adicional de 1834, e levando a educação fundamental (primária e secundária) do plano nacional para os planos locais subtraiu da esfera do governo federal a organização das bases em que se devia assentar o sistema nacional de educação (Amaral, 2002).

No setor educacional a dualidade se agravou, sendo considerada por Romanelli (1983, p. 45) como:

> Depois, a vitória do federalismo, que dava plena autonomia aos Estados, acentuou, não só no plano econômico, mas também no plano educacional, as disparidades regionais. Colocando o ensino à mercê das circunstâncias político-econômicas locais, o federalismo acabou por aprofundar a distância que já existia entre os sistemas escolares estaduais.

As Constituições de 1824 e de 1891, embora tenham servido a dois regimes antagônicos, o Império e a República, no que competia à educação possuíam conteúdos semelhantes.

O fim da segunda década do século XX foi marcado pela grave crise econômica mundial, que persistiu até a Segunda Guerra Mundial. Do início da Grande Depressão (1929) até 1947 apenas duas faculdades de medicina públicas foram criadas no Brasil, a primeira com vínculo federal (SP) e a segunda, estadual, no Rio de Janeiro. Em contrapartida, Tyler e Smith criaram, nos Estados Unidos da América, um processo de avaliação, de forma sistemática, de um programa na área de educação.

Remonta a 1924 a criação da Associação Brasileira de Educação (ABE), que influenciou no surgimento de nova consciência educacional, definindo o papel do Estado na educação, com a finalidade de aumentar o acesso à escola pública, e ao mesmo tempo ampliou-se o pleito por uma política nacional de educação. Esses ideais se expandiram pelo País e foram resumidos nas propostas do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, em 1932, e logo após foram aprovados na Constituição de 1924.

Os movimentos sociais no Brasil se voltaram para uma maior organização, precedendo a Revolução de 1930, quando os compromissos e o ideário na área educacional se expressaram na implantação do regime universitário (Decreto 19.851/31) e na criação da Universidade do Rio de Janeiro (Decreto 19.850/31). Com a Reforma Francisco Campos[2], as instituições de ensino superior estaduais foram equiparadas às federais (Decreto 20.179/31). Criou-se então o Conselho Nacional de Educação, um órgão para legislar e fiscalizar o desenvolvimento educacional brasileiro. No início do governo Vargas, a questão educacional assumiu dimensões econômicas, sociais e políticas, vinculando a educação ao processo de industrialização, à organização do trabalho e à implantação do capitalismo brasileiro. Ciavatta (1990), ao analisar a complexidade das relações do sistema educacional com as políticas públicas vigentes, afirmou:

> Com o risco de fazer alguma simplificação da riqueza dos processos sociais envolvidos nas diferentes tendências da educação brasileira, destacamos três movimentos principais do processo de elaboração e implantação das políticas de educação. Primeiro, as políticas e planos educacionais; segundo, as políticas que se caracterizam por um projeto de educação com ênfase na preparação da força de trabalho; e, terceiro, as políticas mais fragmentárias, que podem coincidir com o primeiro ou o segundo movimento, mas que fazem parte das chamadas políticas sociais (p. 242).

Em 1950, o médico e então prefeito de Sorocaba Gualberto Moreira, sob os auspícios da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e com o apoio do Cardeal Dom Carlos Carmelo de Vasconcellos Motta e a ajuda do

[2] A Reforma Francisco Campos reorganizou o ensino secundário, regulamentou a profissão de contador, o ensino comercial, criou o Conselho Técnico-administrativo nas universidades e definiu outras medidas no âmbito do ensino superior.

industrial José Ermírio de Moraes, iniciou a construção de um hospital-maternidade, para ser doado à cidade, e fundou uma escola em Sorocaba. Surgiu então no interior de São Paulo a décima quinta escola médica, quebrando o monopólio das instituições sediadas nas capitais, fato que inaugurou a interiorização do ensino médico (Silveira, 1980).

O aparecimento da primeira escola vinculada a uma instituição privada coincidiu com o início das discussões do que seria a primeira Lei das Diretrizes e Bases da Educação Brasileira.

Segundo Ribeiro (1982, p.135), a discussão do projeto teve a seguinte cronologia:

> A 29 de outubro de 1948, foi encaminhado à Câmara Federal o projeto de lei, acompanhado da exposição de motivos, subscrito por Clemente Mariani, então ministro da Educação e Saúde. Transformar-se-ia em lei somente 13 anos depois, a 20 de dezembro de 1961.
>
> Até 1952, o projeto não passou do exame das comissões parlamentares; de 1952 e 1958, transcorre uma fase de debates sobre a interpretação do texto constitucional e, de 1958 a 1961, transcorre uma segunda fase de debates no plenário da Câmara, iniciada a partir da apresentação de um substitutivo do então deputado Carlos Lacerda.

No processo de implantação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a conjuntura política brasileira passou por inúmeros

acontecimentos que culminaram com o golpe militar de 1964, e foi durante a ditadura militar que se registrou uma nova explosão numérica de EM brasileiras.

Consolidado, em 1968, o movimento de aproximação com os organismos internacionais, surgiram na área da educação os primeiros acordos MEC/USAID[3] assinados após 1966, que determinaram a reformulação da Faculdade de Filosofia (1966) e a modernização da administração das universidades (1966), verticalizando a gestão do ensino superior e pavimentando a elaboração da reforma universitária (Lei 5.540/68).

Segundo Fávero (1994, p. 152), no período imediato ao golpe militar:

> (...) outras medidas oficiais foram adotadas em relação à universidade. Três delas mereceram destaque: o plano de assistência técnica estrangeira, consubstanciado através dos acordos MEC-USAID, em especial o Acordo de 1965 e o Convênio de 1967, já mencionados anteriormente; o Plano Atcon (1966) e o Relatório Meira Mattos (1968).

No espaço educacional, com especificidade para o desenvolvimento do ensino médico, estudos como os de Fraga Filho (2001, p. 13) facilitam o entendimento das últimas décadas do século XX: "*A de 60, com a expansão do ensino médico; a de 70, dos conceitos; a de 80, das denúncias; e a de 90, a da avaliação.*"

[3] MEC/USAID – Acordo que incluiu convênios a partir de 1964 entre o Ministério da Educação (MEC) e a United States Agency for International Development (USAID), com o objetivo de implantar o modelo norte-americano nas universidades brasileiras através de uma profunda reforma universitária.

No setor da saúde, na década de 1980, os gestores, representando ministérios, as entidades, as centrais sindicais, os segmentos da academia, o parlamento e outros setores, se articularam em um movimento de reforma sanitária. Tinham por finalidade elaborar propostas a serem apresentadas aos parlamentares e aos partidos políticos que participaram do processo constituinte e, posteriormente, da elaboração das Leis Orgânicas Municipais. Merece destaque a Comissão Nacional da Reforma Sanitária/CNRS (1987, p. 32), que no documento III, "A Questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária", apontou:

> O diagnóstico da situação se reveste de consenso em grande parte de seus aspectos, de uma maneira geral admite-se sua inadequação tanto no plano quantitativo quanto no qualitativo, para os mais diversos níveis, desde o elementar até a pós-graduação, frente à realidade de saúde do país.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 consolidou a interface da saúde com a educação, conferindo ao ensino médico a condição de fator estratégico para a formação e a ordenação dos recursos humanos no processo de implantação do novo sistema de saúde brasileiro.

Ainda como desdobramento da Constituição de 1988, foram criadas inúmeras portarias, decretos, resoluções, pareceres e leis, como a Lei 9.131/95 e a Lei 9.394/96 (LDB), que consolidaram definitivamente a preocupação do Estado com o processo de avaliação do ensino, que no tocante à educação superior viria a ser conhecido como "provão".

No contexto das diretrizes do Plano Nacional de Educação (PNE), expresso na Lei 10.172/2001, o Conselho Nacional de Educação (CNE) aprovou, em 2001, as diretrizes curriculares para o curso de medicina, homologadas em 1º de outubro do mesmo ano.

O momento atual exige das EM a formação de um profissional com visão holística, capacitação ética, técnica e científica, ciente da sua relevância social e, principalmente, que acredite que a saúde e o ato de curar não são privilégio e muito menos caridade, mas sim um direito. Conforme Chauí (200l, p. 12), ao discutir a formação de recursos humanos para o SUS, essas reflexões obrigatoriamente deverão ser remetidas para as relações existentes entre os setores Saúde e Educação, dentro das práticas do Direito e da Democracia.

> Fundada na noção de direitos, a democracia está apta a diferençá-los de privilégios e carências. Os primeiros são, por definição, particulares, não podendo generalizar-se num direito porque deixariam de ser privilégios. Carências, por sua vez, são sempre específicas e particulares, não conseguindo ultrapassar a especificidade e a particularidade, rumo a um interesse comum, nem universalizar-se num direito.

1 . 2 . Justificativa

Com a promulgação da Constituição Brasileira, em 5 de outubro de 1988, de acordo com as proposições preconizadas pela CNRS[4], foi criado o SUS, com atribuição de ordenar a formação de recursos humanos. A Carta Magna e as Leis Orgânicas de Saúde – Leis 8.080/90 e 8.142/90 – definiram a ordenação de recursos humanos no setor da saúde.

O interesse pelo tema surgiu, na construção da pesquisa de mestrado, e foi aprofundado, quando da defesa da dissertação "Avaliação e Transformação das Escolas Médicas" (Amaral, 2002).

Para o entendimento da importância da experiência brasileira nos anos 90, busquei conhecer a trajetória do desenvolvimento das escolas de medicina utilizando a metodologia de um estudo exploratório. As conclusões da dissertação de mestrado aproximaram a pesquisa com o campo da saúde coletiva, motivando o seu aprofundamento no programa de doutorado.

Entre as várias questões levantadas na época, muitas das quais permanecem sem respostas, destacamos:

- Qual a importância, para o ensino médico, da organização jurídica, da localização geográfica e das relações que as EM mantêm com os municípios que as abrigam?

[4] A CNRS foi composta de 37 representantes de entidades. O Documento III foi elaborado com base na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em maio de 1987.

- Qual a importância da relação das EM com o ensino superior e quais são os determinantes e as conseqüências do processo de expansão de escolas e aumento da oferta de vagas?
- Existem interfaces entre o desenvolvimento da educação médica e a organização do sistema de saúde?
- É necessário e relevante criar um espaço de articulação entre as esferas de governo envolvidas com a formação médica e o sistema de saúde? Como fazê-lo?
- Qual o papel da EM no processo de organização de recursos humanos para o SUS? Como tornar prioritária a articulação das agendas políticas dos setores Saúde e Educação?
- É necessário e possível implantar processos transformadores nas EM? Como fazê-lo?
- Qual a importância de implantar processos de avaliação e mecanismos de incentivos governamentais destinados às instituições e ao corpo docente e discente?
- Qual a importância do envolvimento dos poderes Executivo e Legislativo com a comunidade acadêmica, as entidades representativas e as estruturas colegiadas envolvidas com a educação médica e com a política de saúde?
- Onde estão os possíveis entraves? Quais os interesses e segmentos envolvidos? A quem interessa a transformação das EM e do ensino médico?

1 . 3 . Relevância

A relevância desta pesquisa, entre outros aspectos, repousa na reflexão feita por Siqueira (2001, p. 7), ex-presidente da ABEM, que indaga:

> A quem serve a educação médica? Devemos definir a quem serve a educação que estamos promovendo na Escola Médica e quem dela se serve. Ou a educação serve àqueles para os quais a escola foi criada – que é o cidadão –, ou está servindo apenas aos que dela obtêm proveito particularizado. **A quem a Escola Médica quer atender?** Aos interesses da indústria produtora de insumos para a Saúde e das instituições que exploram o trabalho dos profissionais médicos, ou às necessidades sociais? Dependendo de nossa opção, que, evidentemente, não é neutra, mas fruto de nosso direito de livre arbítrio, os rumos da formação médica serão bem diferentes. E conformarão também a resposta ao tipo de profissional que queremos formar: **técnicos médicos, ou cidadãos médicos** (destaques do autor).

Segundo Pierantoni (2000, p. 19): *"A emergência do tema não é nova, a área de recursos humanos ocupa a temática estratégica da discussão e implementação da política de saúde há pelo menos três décadas."*

Desde 1995, a OMS vem propondo uma reorientação nas EM, no que diz respeito a melhor servir às necessidades dos indivíduos e da comunidade.

A importância da formação de médicos e pesquisadores e de modelos de saúde em consonância com as necessidades e prioridades de saúde da população vem sendo discutida há vários anos. Conforme relatório da OMS, *A view of the world's medical schools – Defining new roles*, publicado em 2001, com informações sobre o sistema de educação médica mundial, poucos resultados têm sido apresentados relacionando mudanças na formação médica e melhorias dos sistemas de saúde. Estes dados foram coletados através de questionários enviados a ministros de 159 países e a 1.657 EM. A taxa de resposta foi de 54%. Dentre as conclusões, a pesquisa apontou que, apesar de as EM serem fundamentais no sistema de promoção à saúde para as comunidades, estas têm sido pouco ativas em avaliar as prioridades de saúde e em organizar programas de pesquisa e ensino que produzam melhorias no funcionamento do sistema de saúde, e em última análise nas condições de saúde da população. Concluem, também, que as EM têm missões bem definidas e compromissos institucionais de servir às populações, mas que há uma grande disparidade entre o discurso teórico e a prática.

Quanto à responsabilidade sobre a definição das prioridades e ênfases dos currículos do ensino médico, em 47,5% as EM aparecem como únicas responsáveis. No restante atuam também outros atores, principalmente os Ministérios de Saúde e Educação em conjunto com as EM.

Boelen (2002) discute se, após um século da publicação do relatório Flexner, este paradigma ainda é relevante para as necessidades atuais, e pergunta se as EM estão suficientemente preparadas para responder às

necessidades das populações e dos sistemas de saúde. Enfatiza que o modelo hospitalocêntrico e biomédico vem moldando a educação médica, dando pouca ênfase aos aspectos sociais, econômicos e psicológicos da saúde. Discute o novo paradigma da *social accountability*[5] nas EM, o que implica modelos que possam fornecer pesquisadores e graduados preparados, que contribuam para a melhoria da qualidade, eqüidade, relevância e custo-efetividade dos serviços de saúde. Propõe, ainda, que as escolas médicas deveriam ser agrupadas conforme seu grau de *social accountability,* com o compromisso de promover melhorias na saúde e no sistema. Acredita que isto deveria ser uma extensão natural da educação médica, já que os seus futuros graduados irão fazer parte deste sistema, seja através de atividades de pesquisa ou de assistência médica. Ressalta que as EM devem ser parceiras, com outros formuladores de políticas e associações profissionais.

No nosso meio, a a*ccountability* começou a ser entendida como questão de democracia, e quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela *accountability*. Segundo Campos (1990): "(...) a *accountability* governamental tende a acompanhar o avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade" (p. 33).

O advento de novas tecnologias no campo da saúde, incluindo no de biologia molecular, expande a assistência e o ensino médico na direção da saúde pública, conforme afirma Petzel-Erler (2002): "*O conhecimento e as ferramentas da genética e da biologia molecular podem ser utilizados para*

[5] *Social accountability* pode ser entendido como a obrigação de direcionar o ensino, a pesquisa e a assistência para as prioridades de saúde da comunidade, região ou nação. Estas prioridades devem ser definidas pelos governos, comunidades e profissionais de saúde. (Boelen, C., Heck, J.E., 1995).

diagnóstico, triagem populacional, monitoramento, prevenção e tratamento de doenças infecciosas" (p. 37).

Em referência às novas tecnologias, deve-se notar sua importância na promoção da pesquisa estratégica, dirigida para a solução de questões que demandam resultados a curto prazo, sua incorporação à assistência e para a definição de políticas de saúde. A pactuação das IES com o sistema de saúde pode influenciar no tipo de profissional a ser formado (Idem).

Com o processo de globalização, a divulgação de informações científicas e tecnológicas se torna importante para atender uma população também globalizada. A crescente globalização do conhecimento influencia a formação profissional. Ao mesmo tempo, existe a necessidade de se fazer frente às epidemias globais, como a do HIV/AIDS e da Gripe Aviária, de doenças novas ou recrudescentes, cujo espraiamento é também facilitado pelo mesmo processo de globalização. Entretanto, há que se levar em conta que cada população tem suas particularidades e, assim, as EM só poderão corresponder a estas expectativas se, além da qualidade de sua formação técnica, também levarem em conta as demandas e prioridades das populações nas quais estão inseridas. Além disto, os estudantes também devem ser preparados para os desafios do futuro (Wojtczak, 2006).

1 . 4 . Objetivos

1 . 4 . 1 . Objetivo geral

Analisar o ensino médico brasileiro, nos 200 anos de sua existência, identificando os marcos e o contexto político, econômico, social.

1 . 4 . 2. Objetivos específicos

- Produzir levantamento quantitativo e qualitativo das EM brasileiras, de acordo com sua distribuição no País e o ano de criação.
- Analisar a evolução do conjunto das EM de acordo com o vínculo jurídico, a organização acadêmica, a localização geográfica.
- Analisar a evolução da oferta de vagas das EM de acordo com o vínculo jurídico, a organização acadêmica, a localização geográfica e o ano de criação.
- Identificar as interfaces entre as agendas dos ministérios da Educação e da Saúde e a agenda do ensino médico.
- Pesquisar as relações entre os processos desenvolvidos pela CINAEM (1991 a 1998), e os mecanismos de incentivo, como o PROMED (2002) e o PRÓ-SAÚDE (2005).

1 . 5 . Procedimentos metodológicos

Para analisar a história da educação médica no Brasil a pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, embora também fazendo uso da quantificação.

A metodologia escolhida foi a *grounded theory* (teoria fundamentada), que para Creswell (1998) é um modelo que objetiva construir uma teoria a partir de determinada situação, na qual os indivíduos interagem. Desenvolvida pelos sociólogos americanos Glaser e Strauss, tal teoria é conhecida como uma abordagem que se propõe a construir intuitivamente um método a partir dos dados. Suas bases teóricas são o Pragmatismo[6] e o Interacionismo Simbólico[7].

Entre os princípios da teoria fundamentada está, primeiramente, o de considerar que os fenômenos são entendidos como em contínua transformação, em mudança, não como estáticos. Fazer esta mudança integrar o método, durante o processo de pesquisa, é um componente importante (Holanda, 2006). Em segundo, o de esclarecer sobre o determinismo, isto é, a relação entre os processos ou acontecimentos que estão correlacionados tão

---

[6] Pragmatismo: Doutrina de C. S. Peirce, W. James, J. Dewey e F.J.C. Schiller, cuja base fundamental é que a verdade de uma doutrina baseia-se no fato de que ela seja útil e leve ao êxito ou à satisfação (Ferreira, 2004) ou caracteriza-se pela certeza de que somente a ação humana, através da inteligência e energia, pode alterar os limites da condição humana. A ênfase é dada às conseqüências, utilidade e sentido prático como componentes vitais da verdade. (Wikipédia).

[7] Interacionismo Simbólico: trata-se de uma teoria em que o significado é o conceito central, as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, que definindo situações agem no contexto social que pertencem.

fortemente entre si que, em alguns momentos, todo o fenômeno fica condicionado aos fatos que o precedem e que o acompanham.

As escolhas de tais fatos podem ser feitas conforme as percepções do pesquisador ao longo do processo. Desta forma, a *teoria fundamentada* procura descobrir as condições relevantes, determinar como os atores respondem às mudanças de condições e identificar as conseqüências de suas ações. O desafio do pesquisador é captar essa interação (Corbin & Strauss, 1990, in Cassiani, 1996).

Esta metodologia já vem sendo aplicada em diversas pesquisas no setor da saúde coletiva na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como a de Dal Poz (1996), e na área de administração de recursos humanos, como a de Wetzel (2000) do Instituto de Administração da UFRJ.

1 . 5 . 1 . Fontes

A periodização teve o intuito de sistematizar a pesquisa e, ao finalizar a revisão bibliográfica, construiu-se uma cronologia de acontecimentos da história da educação brasileira, destacando-se a educação médica.

Realizou-se uma revisão da literatura sobre educação médica, incluindo as transformações do ensino médico, anais e resoluções dos eventos públicos, das reuniões, dos congressos das entidades que influenciam o ensino médico.

A legislação pertinente ao ensino médico foi compilada por data, assunto e pela função do instrumento legal. As análises nesses documentos e os registros estão descritos ao longo do texto.

O produto da revisão das Constituições brasileiras, as estruturas do Estado, o poder, os modelos de regime, os governantes, os modelos econômicos, a conjuntura política, o contexto cultural, econômico, social e político apareceram a todo momento.

A trajetória do sistema educacional brasileiro foi pesquisada desde a sua origem, passando por seu desenvolvimento, sua organização e pelas relações com os diversos setores e acontecimentos da sociedade brasileira.

O foco da pesquisa foi a trajetória histórica, desde a implantação do ensino da medicina no Brasil, abrangendo os cursos isolados (1808); o início das primeiras escolas e academias de medicina e suas transformações em faculdades isoladas; e posterior surgimento das universidades (de 1930 até 2007).

Para se conhecer o número atual de EM e das respectivas vagas oferecidas foi necessária uma pesquisa nos bancos de dados disponíveis nos sites do INEP/MEC, nos quais se procurou atentar para os seguintes itens: o número e a distribuição de escolas de acordo com as regiões brasileiras; a situação das EM dentro dos estados; se na capital ou nas cidades do interior; o vínculo jurídico; o modelo de organização; a oferta de vagas no vestibular no ano de 2006. Além desses dados foi investigado quais EM participaram dos processos desenvolvidos pela CINAEM, pelo PROMED e pelo PRÓ-SAÚDE e os dados referentes ao ProUni.

Dados sobre data de criação e a oferta de vagas nos vestibulares foram alcançados nos endereços eletrônicos das diversas EM que publicaram editais de vestibular no final do ano de 2005 e em junho e dezembro de 2006. Acrescentou-se a essas fontes a pesquisa direta mediante questionários

eletrônicos, encaminhados aos diretores e/ou coordenadores de cursos. É digno de nota o alto grau de resposta aos questionários, nos quais constavam a solicitação de informação a respeito do número de vagas ofertadas nos vestibulares, do preço das mensalidades e das vagas oferecidas ao ProUni. Este procedimento acrescentou informações para a constituição do banco de dados.

O ensino superior foi pesquisado com maior detalhe a partir das informações disponíveis no site do INEP.

Para produzir a narrativa histórica sobre o contexto político, social, econômico e sociológico da formação médica e identificar os marcos responsáveis pelas diversas transformações ocorridas nos 200 anos de implantação das EM brasileiras, foi necessário voltar ao passado para entender o presente e pensar o futuro. Esse esforço de reconstituir a história desde o início não teve a pretensão de se equiparar aos trabalhos clássicos, como os realizados por Francisco José do Canto e Melo Castro Mascarenhas, que em 1852 publicou um ensaio de bibliografia médica do Rio de Janeiro (Fonseca, 1995), ou por Lycurgo José de Castro Santos Filho (1977), autor de *História geral da medicina brasileira*.

Fonseca (1995), ao abordar o acesso às fontes arquivísticas e bibliográficas relevantes para a realização dos diversos recortes temáticos da história das ciências biomédicas no Brasil, na publicação *Guia de fontes para a história do ensino médico no Rio de Janeiro (1808-1907)*, ressalta (idem, p. 126):

> A reunião dos documentos básicos para uma investigação histórica constitui rotineiramente uma tarefa difícil para todo pesquisador, tendo em vista os mais variados entraves, como o acesso à documentação e as condições de preservação da mesma. Verifica-se grande dispersão das fontes, distribuídas, muitas vezes, de forma aleatória, entre diferentes bibliotecas, centros de documentação, arquivos públicos e particulares.

1 . 5 . 2 . Categorias para organização dos dados

Com o levantamento bibliográfico em mãos, foram criadas categorias gerais para auxiliar na identificação do conteúdo dos instrumentos legais e, posteriormente, selecionados acontecimentos históricos, sociais e políticos que se relacionaram com o tema pesquisado.

A periodização e separação dos documentos foi feita a partir das seguintes categorias: história da educação, políticas públicas, universidades, surgimento dos cursos, transformações em faculdades, organização acadêmica, currículos, relações pedagógicas, administrativas e políticas, autonomia universitária, extensão, corpo discente, acesso, articulação com o ensino médio, pós-graduação, ensino e pesquisas e tantos outros mediadores.

Após estes procedimentos estabeleceram-se discussões com profissionais da área jurídica, técnicos do ministério, historiadores, educadores e dirigentes de entidades que, de alguma forma, vivenciaram ou estudaram o período abrangido pela revisão. Em seguida a esta fase, foram organizados tabelas e gráficos, que possibilitaram a contextualização do conjunto dos documentos.

1 . 5 . 3. Classificação dos documentos

A classificação dos documentos observou inicialmente os seguintes atributos: ano, período, regime político, assunto ou tema e função exercida pelo instrumento jurídico. Seguiu-se a separação pelas subcategorias: financiamento, autorização, credenciamento, avaliação, transformação em universidades, reforma universitária, acordos internacionais, produção científica, relação público/privado, modelos organizacionais das Instituições de Ensino Superior (IES), representação e participação, gestão, relações das EM com os movimentos sociais, com o Estado e com o Sistema Único de Saúde (SUS).

1 . 5 . 4. Sistematização

Com relação à formação médica, tendo como foco a influência da agenda política dos ministérios da Saúde e da Educação, e sua importância na

transformação das faculdades de medicina e na formação de recursos humanos para o SUS, foram adotados os seguintes procedimentos:

- Sistematização da literatura disponível sobre EM no Brasil e sobre as iniciativas de transformações do ensino médico desenvolvidas nas últimas três décadas.
- Sistematização e análise dos anais e resoluções dos eventos públicos, das reuniões, dos congressos das entidades e resoluções de conferências setoriais relacionadas ao tema.
- Sistematização da Investigação da legislação do Sistema Federal de Educação (SFE) na área do ensino superior pertinente à avaliação das escolas médicas (Provão, SINAES).

1 . 5 . 5 . Análise dos dados

Análise documental, abrangendo os seguintes tópicos:

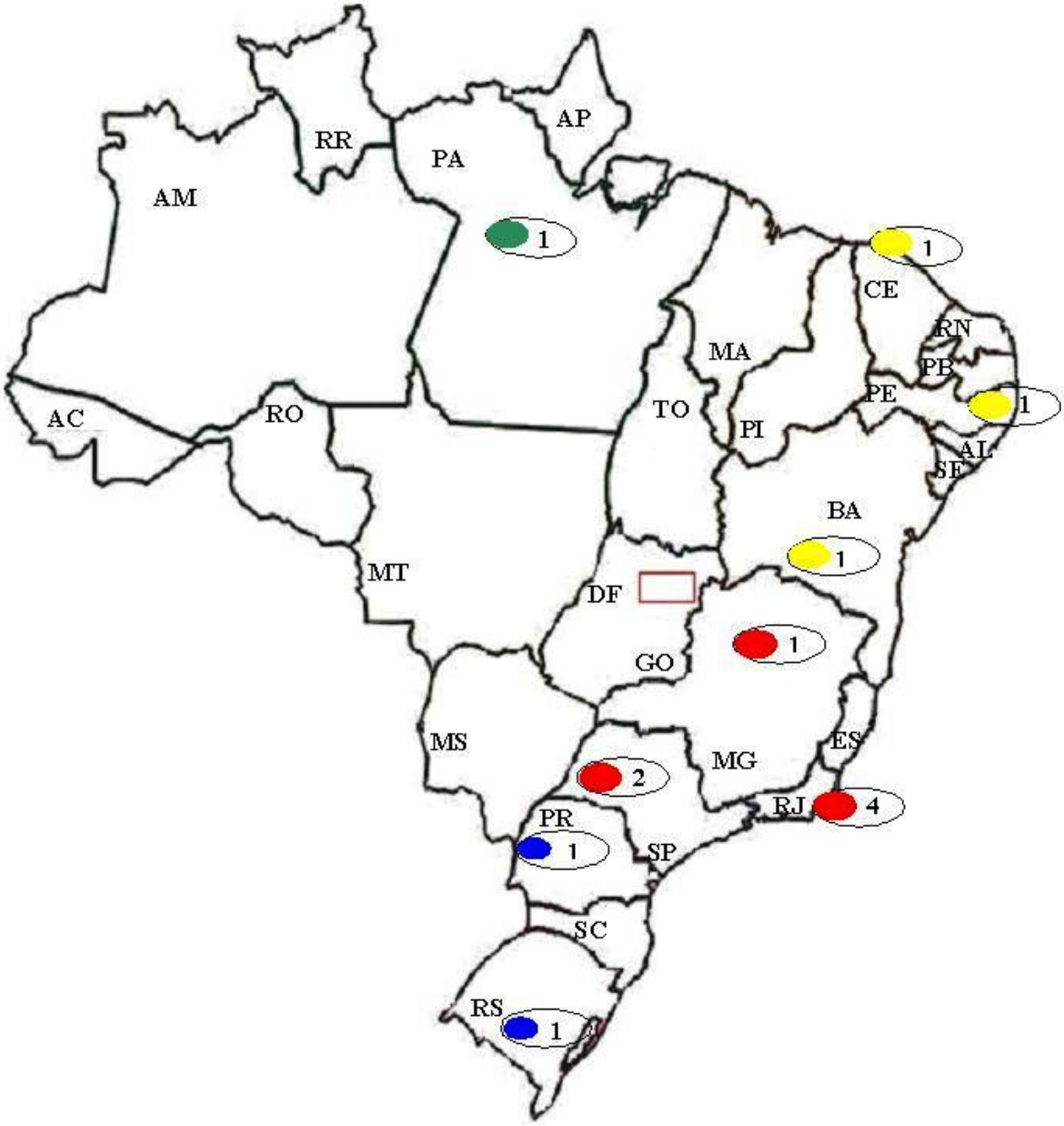
A pesquisa histórica do ensino médico brasileiro e da legislação educacional brasileira foi dividida em 4 períodos: o primeiro compreendeu de 1808 a 1949; o segundo, de 1950 a 1980; o terceiro, de 1981 a 1996 e o último de 1997 a 2007.

Foi identificada trajetória do ensino médico brasileiro desde a sua criação no Brasil Imperial (1808), passando pela época republicana, o Estado Novo, o estado militar, a retomada do estado de direito, a década das reformas seguindo a evolução até os dias atuais.

No desenvolvimento da pesquisa foram consideradas as mudanças das estruturas sociais e o contexto político que influenciaram, determinaram e ainda determinam os destinos da educação médica brasileira. Esta opção está alicerçada em diversos autores que utilizam a perspectiva histórica para situar a realidade atual no Brasil. Esta análise, segundo Furtado (1979, p. 3), deve considerar:

> As três dimensões do problema – a econômica, a social e a política – se impõem como aspectos autônomos na medida em que os instrumentos de análise de que dispomos nos obrigam a privilegiar um certo ângulo de observação. Esse enfoque não significa, entretanto, que se ignore a realidade do processo histórico como um todo, cuja percepção atende qualquer intento visando a definir relações de causalidade ou funcionais no plano analítico

Escolas Médicas Brasileiras – 1808 a 1949



1808	1949	CAPITAL						INTERIOR					
		EM	PRIV.	PÚBLICA				EM	PRIV.	PÚBLICA			
				PUB.	MUN.	EST.	FED.			PUB.	MUN.	EST.	FED.
BRASIL	13	13	-	13	-	2	11	-	-	-	-	-	-
N	1	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
NE	3	3	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-
CO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	2	2	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-
SD	7	7	-	7	-	2	5	-	-	-	-	-	-

Capítulo 2

Ensino médico e sua inserção na educação brasileira (1808-1949): Do Primeiro Reinado à declaração dos direitos humanos

Napoleão, ao declarar em 1806 o “bloqueio continental”, proibiu que os navios ingleses aportassem nos países da Europa e comercializassem seus produtos manufaturados. Portugal, ao assinar com a Inglaterra, em 22 de outubro de 1807, a “Convenção Secreta”, conferiu aos ingleses o *status* de maior fornecedor de seus produtos à nação portuguesa e às suas colônias. Em resposta, os franceses partiram para a invasão de Portugal, o que se concretizou com a chegada das tropas no Tejo em 29 de novembro de 1807.

Sob a ira do povo português, D. João VI e a família real rumaram para o Brasil, chegando a Salvador no dia 22 de janeiro de 1808, consolidando uma nova etapa na história brasileira.

No plano econômico ocorreu, então, a abertura dos portos brasileiros, a criação do Banco do Brasil, o tratado de Aliança e Comércio (1810), entre os fatos que mais se destacaram. Não menos importante, no plano político-administrativo instalou-se o Conselho de Estado, os Ministérios, os Tribunais, a Escola de Marinha, as Intendências de Polícia e Arsenal. No plano cultural e social surgiram em 1808 a Imprensa Régia e as Escolas Médico-Cirúrgicas em Salvador e no Rio de Janeiro. Ainda naquela década foram criadas a Biblioteca Real (1810), o Jardim Botânico (1813), o Real Teatro de São João (1813), a

Missão Francesa e a Escola Real de Ciências, Artes e Ofício (1816) e, finalmente, o Museu Real (1816) e a Academia de Pintura, Escultura e Arquitetura no Rio de Janeiro (1810).

2 . 1 . Os cursos de medicina do Primeiro Reinado

Menos de um mês depois do desembarque dos portugueses em Salvador, uma determinação do príncipe regente D. João VI criou, naquela cidade, a primeira escola de medicina do Brasil. Salvador, com seus 60.000 habitantes, iniciou no hospital militar os primeiros passos do que viria a se constituir a faculdade de medicina.

Com o início do funcionamento da Escola de Cirurgia da Bahia (1808)[8] e do Curso de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro (1809)[9], a transformação dos dois cursos em Academias e a posterior equiparação das duas instituições em 1813 sinalizam a importância que a formação de médicos brasileiros tinha para a consolidação do Primeiro Reinado.

Já elevado à condição de Reino Unido de Portugal e Algarves, em fevereiro de 1815, a Carta Régia de 29 de dezembro transformou a então Escola

[8] A Escola de Cirurgia da Bahia teve as seguintes denominações: Escola de Medicina da Bahia (1808); Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (1816); Faculdade de Medicina da Bahia (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia da Bahia (1891); Faculdade de Medicina da Bahia (1901); Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (1946); Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (1965).

[9] Denominações da Faculdade de Medicina da UFRJ: Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (1808); Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro (1813); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832); Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro (1891); Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1901) isolada; Faculdade de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (1920); Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil (1937); (1965) Faculdade de Medicina da UFRJ (Fiocruz, 2006)

de Cirurgia da Bahia em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia (1816), autorizando-a a utilizar o hospital de caridade como espaço de ensino.

> A prática médica vigente se orientava pela identificação dos sinais mais importantes e mais facilmente reconhecíveis. Verificavam-se as semelhanças e as diferenças com o estado de saúde ao mesmo tempo em que se observava tudo que se podia ver, ouvir, tocar e sentir e ser reconhecido pelos conhecimentos da época; divulgavam-se também os exames das excretas, especialmente da urina.

A descrição de sintomas e sinais característicos e as manobras técnicas especiais de exame foram difundidas e passaram a ser conhecidas pelos nomes de quem as descobria. Os médicos do século XIX primavam pelo apuro da observação clínica e pelo exame físico, com o aperfeiçoamento da percussão do tórax, introduzida por Auenbrugger e divulgada na França por Corvisart. Incorporaram a instrumentalização, com a invenção do estetoscópio, por Laennec, em 1816, que inicialmente era um tubo oco de madeira e, posteriormente, evoluiu para o modelo bi-auricular, como o atual (USP, 2003).

Logo após a Independência, destacou-se, em 1923, no plano educacional, a Lei da Educação Popular, que aboliu a exclusividade do Estado no patrocínio da instrução. Outras leis educacionais surgiram, como a Carta Lei de Criação dos Cursos Jurídicos, de 15 de agosto de 1827, e a lei sobre a educação primária, de 15 de outubro do mesmo ano. Localiza-se aí a transformação das Academias de Medicina e Cirurgia em Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia, em 3 de outubro de 1832.

Um sentimento associativo deu origem à Academia Imperial de Medicina. Segundo Edler (2000, p. 9):

> No Brasil, a Academia de Medicina (1829-1889) foi não apenas o principal fórum de debates sobre o ensino médico e a saúde pública imperial como também a principal trincheira voltada a defender a necessidade de implantação do modelo anatomoclínico francês. A transformação das Academias Médico-Cirúrgicas em Faculdades de Medicina, em 1832, foi obra sua.

2 . 2 . As escolas médicas e o Segundo Reinado

O Ato Adicional de 6 de agosto de 1834 extinguiu o Conselho de Estado e delegou às províncias o direito de legislar sobre a instrução pública, repassando ao poder local o direito de criar estabelecimentos próprios e regulamentar e promover a educação primária e secundária. Esta medida, ao estabelecer a fragmentação do ensino, em vez de resolver os problemas já existentes veio, sim, a agravá-los, tornando a educação anárquica, inorgânica e desagregada (Azevedo, 1996). Com o dualismo estabelecido e referendado na lei educacional, a diferenciação na formação dos estudantes foi reforçada, conferindo à educação o papel reprodutor das classes sociais existentes.

Na conjuntura política nacional, as revoltas da Cabanagem (1835 a 1845), Farroupilha (1835 a 1845), Sabinada (1837 a 1838) e Balaiada (1838) contestaram a ordem estabelecida e aumentaram a insatisfação contra o modelo de escola, que priorizava a formação de quadros políticos, para a

administração pública e, em última análise, formava a “inteligência” do regime.

Em 1840, a lei interpretativa do Ato Adicional diminuiu o poder das assembléias e dos governos locais, influenciando nas eleições para a legislatura de 1842, as quais, em função do clima eleitoral violento, ficaram conhecidas como as Eleições do Cacete. Em 23 de julho de 1840, D. Pedro é aclamado Imperador, aos 15 anos de idade, através do que se denominou a vitória do Clube da Maioridade.

A Reforma Educacional Antônio Carlos (1841), ao priorizar os estudos literários, exemplificou esta questão, ao recuperar o Conselho de Estado Poder Moderador, extinto pelo Ato Adicional de 1834.

Em pleno exercício do Gabinete Conciliador (1853 a 1858), o ensino superior sofreu transformações com a implantação dos novos estatutos para o ensino jurídico, e com o Decreto 714, de 19 de setembro de 1853, foi autorizado ao ministério da Educação aumentar suas despesas para fazer frente aos gastos com a implantação dos novos estatutos das duas faculdades de medicina existentes no País. O desenvolvimento do ensino médico brasileiro se fortalecia com a implantação da nova organização das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, consolidada pelo Decreto 1.387, de 28 de abril de 1854.

No mesmo ano, na Massachusetts State Board of Education realizava-se a primeira avaliação sistemática dos alunos. Em 1842, retornaram ao Brasil os padres jesuítas, expulsos em 1759 pela Reforma Pombalina.

Em 1844, surge no Brasil uma legislação educacional conduzida por decretos imperiais, que priorizou a organização e a reforma do Colégio Pedro II

e do ensino superior do Império, destinado à formação de médicos, advogados e engenheiros civis e militares.

Tais iniciativas refletiam bem a época, e assim foi analisado por Azevedo (1996, p. 594):

> É de fato impressionante o contraste entre a pequenez das realizações e a massa de decretos e projetos de lei, no tempo do Império. Se excluirmos as indicações propostas e projetos de menor monta, que são numerosos, atingem a cerca de 40 os projetos mais importantes sobre instrução pública apresentados às Câmaras Legislativas no 1º Reinado, durante a Regência e no 2º Reinado. Os decretos sobre ensino secundário e superior, esses subiram a 32, inclusive os decretos legislativos.

Ainda sobre este contraste, Azevedo (id., p. 595) escreveu:

> Confronte-se agora o número avultado de projetos com as iniciativas e instituições criadas pelo governo imperial, em quase 70 anos, e ver-se-á, em todo o seu relevo, o contraste violento entre a ordem de idéias e a ordem dos fatos. Para esse enorme acervo de projetos e decretos, além de outros especiais, não apresentam senão sete instituições novas, nesse largo período.

2 . 3 . A medicina européia como modelo de qualidade do ensino

No intuito de conhecer os avanços na formação médica européia, o Visconde de Sabóia foi enviado à França, Itália, Áustria, Bélgica e Inglaterra para visitar as EM daqueles países. O relatório elaborado nesta visita, que ficou conhecido pelo nome de seu autor, posteriormente (1842) serviu de referência para a elaboração do primeiro trabalho sobre a formação e criação da futura universidade brasileira.

Em 16 de outubro de 1842, no Hospital Geral de Massachusetts[10], na região da Nova Inglaterra, Willian Morton realizou a primeira anestesia geral apenas quatro anos após Crawford Long ter introduzido a anestesia com éter no mesmo país. Entre nós findava-se o tráfico de escravos, e com a inauguração de cerca de 70 fábricas no eixo Rio – São Paulo consolidava-se o modelo agrário-comercial-exportador dependente e incorporavam-se os avanços tecnológicos, como o tráfego férreo. Com a Segunda Revolução Industrial veio a demanda por mais instrução, enquanto no mundo das ciências médicas surgia a utilização da termometria. Embora o termômetro fosse conhecido desde o século XVII, seu emprego como instrumento para medir a temperatura corporal data de 1852, quando Traube e, a seguir, Wunderlich, na Alemanha, introduziram o gráfico de temperatura, ou curva térmica, que permitiu caracterizar os vários tipos de febre (USP, 2003).

---

[10] Massachusetts é famoso no país pelo seu pioneirismo em diversas áreas. O primeiro jornal foi publicado em Massachusetts, e também lá foi criada a primeira biblioteca pública. A primeira instituição americana de educação superior foi fundada em 1636 em Massachusetts. Posteriormente, o estado construiu as primeiras escolas públicas de ensino de segundo grau no país, durante a década de 1820.

Quanto à educação, o governo do Imperador D. Pedro II respondia com políticas focais, ao inaugurar, em 17 de setembro de 1854, o Instituto dos Meninos Cegos, transformado no Instituto Benjamin Constant em 1881, consolidando o ensino para cegos em 1854, e na mesma década, em 1856, surgiu o Imperial Instituto Nacional de Educação de Surdos, ambos Institutos vinculados ao MEC. Meses depois, em 28 de abril, com a reforma educacional Luiz Pedreira do Couto Ferraz, o Visconde de Bom Retiro publicou o Decreto 1.387, que implantou uma nova organização para as duas faculdades de medicina existentes.

Em escritos da época encontram-se opiniões que até à metade do século XIX, na educação, o equilíbrio entre o desenvolvimento econômico e a realidade educacional brasileira era aceitável. A partir de então iniciou-se o desequilíbrio entre a demanda social pela educação, as necessidades de recursos humanos para o sistema capitalista e a capacidade do Estado em prover a instrução.

Durante a vigência do comando da Nação pelo Gabinete Conciliador (1853 a 1858), o ensino secundário particular atingiu seu auge: novamente a questão que ocupou a agenda de discussão dos destinos do ensino brasileiro foi a forma de sua vinculação com o Estado e a necessidade da presença do Estado regulador no setor educacional.

Desta relação de decretos e leis destacou-se, em 1854, o estabelecimento de normas para o exercício da liberdade de ensino e de um sistema de preparação do professor primário. Esta iniciativa diferenciou-se das que majoritariamente eram relacionadas com a expansão, a fiscalização ou o credenciamento do ensino.

> Ribeiro (1982, p. 56) assim analisou: “Com relação à educação, a década de 1850 é apontada como uma época de férteis realizações, no entanto restritas, em sua maioria, ao município da Corte, por força da lei em vigor.
>
> No plano político, o lançamento do manifesto de Campinas referente ao surto industrial e a aproximação da abolição da escravatura, ante a Lei do Ventre Livre (1871), aumentaram as pressões contra o Império, que de forma inusitada editou o relatório Rodolfo Dantas propondo uma pactuação entre o Poder Central e os estados[11].

Com o lançamento do livro *As Três Filosofias*, de Pereira Barreto (1874), intensificou-se a propagação das idéias positivistas de Comte, e Joaquim Nabuco, ao lançar em 1876 *O Abolicionismo*, difundiu os ideais abolicionistas, no momento em que surgia a idéia de pensar o sistema de educação com características nacionais, como no trabalho intitulado *Plano Nacional de Educação* (1874). Paralelamente, foi apresentado o trabalho sobre o ensino profissional (1876), e tivemos a Reforma Educacional José Bento da Cunha Figueiredo (1876), a criação da Escola Politécnica de Ouro Preto–MG (1876), a Reforma Educacional Leôncio Carvalho, determinando a liberdade de ensino no nível primário, secundário e superior, o Decreto 7.247, de 19 de abril de 1879, apresentando o fim da obrigatoriedade do ensino religioso no Colégio Pedro II, e o Decreto 7.247, de 30 de outubro de 1882, determinando que fosse cumprido o que a Reforma Leôncio Carvalho estabeleceu em 1876.

---

[11] Por esse tempo a Guerra do Paraguai (1865 a 1868), o lançamento de *O Capital* de Karl Marx (1867) e a insurreição da Comuna de Paris (1871) foram eventos com repercussão internacional no campo social e político.

2 . 4 . A formação prática dos médicos brasileiros

O aumento da demanda de assistência médica à população crescia concomitantemente ao aumento populacional, o que determinou a mudança do perfil do médico formado no fim do século XIX. Nas faculdades de medicina, o Decreto 8.024, de 12 de março de 1881, criou o curso prático e desdobrou as cadeiras clínicas, enquanto o Decreto 8.918, de 31 de março de 1883, regulamentou os estudos práticos das faculdades de medicina.

Os novos estatutos das faculdades de medicina elaborados com a participação dos professores (Decreto 9.311, de 25 de outubro de 1884) e a criação da cadeira de medicina legal (Decreto 9.360, de 17 de janeiro de 1885) completaram o cenário de mudanças no ensino médico, permanecendo assim a prioridade da legislação sobre a estruturação interna das instituições. A expansão do ensino, o acesso e a distribuição geográfica de novas EM não estavam postas.

Iniciou-se nesta oportunidade a preocupação com a forma e o conteúdo dos conhecimentos dos médicos que estavam se formando. Havia necessidade de doutores com mais habilidades ou com adestramento prático. Segundo Fonseca (1995, p. 42):

> A partir dos anos 1870/1880, já se percebe uma preocupação com a prática da medicina, com um ensino mais prático, voltado para a experimentação, com a criação de Laboratórios e gabinetes, para instrumentalizar o profissional de forma mais ampla e não estritamente teórico como era antes.

Transcorriam as primeiras aproximações entre as faculdades de medicina e os eventos populares. No Rio de Janeiro foram organizadas as Conferências Populares da Glória, iniciadas em 23 de novembro de 1873. Na conferência de 1880, segundo Edler e Fonseca (2001, p. 14):

> A tribuna da Glória, como ficou conhecida, destacou-se como o fórum das polêmicas sobre a liberdade do ensino, a criação de universidades, e as doutrinas médicas (contagionistas *versus* anticontagionistas). Em 1880, professores e alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, liderados pelo Prof. Francisco Praxedes de Andrade Pertence, expuseram em suas conferências a precariedade do ensino médico no país. Denunciaram o estado de penúria (desaparelhamento dos gabinetes, falta de laboratórios, inexistência de uma sede, dificuldades do relacionamento com a Santa Casa da Misericórdia) das instituições de ensino médico e a inadequação do ensino (excessivamente teórico).

2 . 5 . O Ministério da Instrução Pública e a descentralização na educação

A grande novidade no campo da assistência médica neste período foi a propagação da medida indireta da pressão arterial, por von Basch, que na Alemanha idealizou o primeiro aparelho, que nada mais era que uma bolsa de borracha cheia de água e ligada a uma coluna de mercúrio ou a um manômetro. Comprimindo-se a bolsa de borracha sobre a artéria até o desaparecimento do pulso, obtinha-se a pressão sistólica. Em 1896, um médico italiano, Riva-Rocci, substituiu a bolsa por um manguito de borracha e a água, pelo ar. A medida da pressão diastólica teve que esperar por mais nove anos, até que um jovem médico russo, Nikolai Korotkov, descobrisse os sons produzidos durante a descompressão da artéria.

Quanto à educação, aumentava a polêmica a respeito da dualidade no setor com a transformação e a vinculação do Colégio Pedro II ao governo

central, o que reforçou a predileção do Estado em organizar o ensino secundário e o superior. Sob a ótica dos interesses das classes sociais, a vinculação da descentralização com a conjuntura política econômica foi vista por Ribeiro (1982, p. 71):

> Em realidade, a descentralização atendia aos interesses tanto dos setores liberais da camada média, como da facção dominante que participa do processo (senhores do café). Esta via nela (descentralização) um instrumento de concentração de rendas, já que não teria que dividi-las com a outra facção decadente (senhores da lavoura tradicional).
>
> É por essa razão que se instala na organização escolar da primeira república uma dualidade, fruto da descentralização.

Com a abolição do trabalho escravo (Lei Áurea, de 13 de maio de 1889), intensificou-se a crise da monarquia brasileira. Na última sessão do parlamento do Império (3 de maio de 1889), Rui Barbosa solicitou a criação do Ministério da Instrução Pública, o que aconteceu em 19 de abril de 1890. Logo a seguir se realizou o último baile do Império na ilha Fiscal, e meses depois foi proclamada a República, em 15 de novembro de 1889, significando o triunfo das idéias republicanas e federalistas e da discussão da descentralização ou centralização, que acompanhava a polêmica sobre a dualidade do sistema educacional.

A contextualização do desenvolvimento da educação no Brasil com o surto industrial em curso, a abolição da escravatura e o aceleramento de uma política imigratória, ao mesmo tempo em que a organização do trabalho livre se impunha nesse novo regime político, conferindo a essa época o rótulo de uma

das mais importantes desde a independência, fez Azevedo afirmar: *"O país, jovem, ligado à tradição e à rotina do trabalho agrícola, afirmava pela primeira vez, nos grandes centros, a sua vontade de industrializar-se"* (1996 p. 605).

O início do regime Republicano no Brasil trouxe grandes avanços, porém no setor educacional, com a descentralização imposta pela vitória das idéias federalistas, a desorganização econômica resultante da abolição do elemento servil e as lutas de classes que seguiram para a consolidação do novo regime foram transferidas para primeiro plano as questões essenciais de ordem política e financeira. A educação e a cultura, que só se expandiram nas mais importantes regiões econômicas do País, como São Paulo, puderam seguir, sem transformações profundas, as linhas de seu desenvolvimento tradicional, predeterminadas na vida colonial e no regime do Império.

De fato, a descentralização continuou a ser olhada como a criação de dois sistemas educacionais e, portanto, um fator que dificultava a criação de um sistema nacional de educação. Conforme se comprova na Constituição de 24 de fevereiro de 1891, o Art. 35, nos itens 3 e 4, consagrou a descentralização do ensino, ou melhor, a dualidade de sistemas, já que reservou à União o direito de "criar instituições de ensino superior e secundário nos Estados" e "prover a instrução secundária no Distrito Federal", e delegava aos estados competência para prover e legislar sobre educação primária.

Segundo Romanelli (1983, p. 41):

> Era, portanto, a consagração do sistema dual de ensino que se vinha mantendo desde o Império. Era também uma forma de oficialização da distância que se mostrava, na prática, entre a educação da classe dominante (escolas secundárias acadêmicas e escolas superiores) e a educação do povo (escola primária e escola profissional). Refletia essa situação uma dualidade que era o próprio retrato da organização social brasileira.

A função da escola como aparelho reprodutor das classes sociais acentuou-se ao se criar, através da formação, o mecanismo de diferenciação social, profissional, econômico e político, conforme analisou Azevedo (1996, p. 614):

> Não só manteve e acentuou a linha de demarcação entre as profissões liberais e as atividades manuais e mecânicas, como também facilitou a reprodução, pelos Estados, da organização escolar tradicional, multiplicada em exemplares mais ou menos evoluídos, mas todos decalcados no velho modelo do período imperial.

Após o golpe de Estado conduzido pelo Marechal Deodoro da Fonseca e a sua renúncia em 23 de novembro de 1891, Floriano Peixoto assumiu a presidência, e imediatamente derrubou os interventores estaduais, restabelecendo a ordem.

No governo de Floriano Peixoto (1891-1894), o “Marechal de Ferro”, foi decretada e colocada em prática a “Reforma Benjamin Constant”, com os princípios orientadores da liberdade e da laicidade do ensino e a gratuidade da escola primária. Também mereceu destaque a reformulação das faculdades de

medicina pelo Decreto 1.270, de 10 de janeiro de 1891[12].

Em meio às graves epidemias de peste bubônica e de febre amarela, que ocasionaram cerca de 584 mortes, a situação política se agravava, ao mesmo tempo que surgia a era tecnológica, com a descoberta, por Roentgen, do raio X, em 1895.

Em 1895 implantava-se a Constituição Liberal, anistiavam-se os revoltosos da Marinha e os Federalistas, convivia-se com o massacre da Revolta de Canudos, com o assassinato de Antonio Conselheiro (1897). No bojo de tantos avanços no campo médico mundial registra-se, após 89 anos sem a abertura de nenhuma EM, a criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, a terceira no Brasil e a primeira na Região Sul, que em conjunto com a Escola de Farmácia e Química iniciava em 1895 a educação superior no Rio Grande do Sul vinculada ao Ministério da Instrução, Correios e Telégrafos. Coradini registrou em 1997 (p. 266) o surgimento da Faculdade de Medicina no Rio Grande do Sul (1898):

> Ao contrário do Rio de Janeiro (e também da Bahia), onde o ensino médico remonta ao início do século XX (Santos Filho, 1991), no Rio Grande do Sul ele só passou a existir na década de 1890.

[12] As faculdades de medicina eram vinculadas ao Ministério da Instrução, Correios e Telégrafos (Decreto 346/1890), e posteriormente, com a extinção do Ministério, foi transferida para o Ministério de Justiça e Negócios Exteriores (Decreto 1159/1892).

Com a criação desta faculdade manteve-se o ensino e a prática médica como atividade de elite, assegurando a institucionalização do exercício profissional da medicina:

> Cabe mencionar ainda, na composição desse quadro, o papel desempenhado pela Constituição estadual vigente, que, por sua inspiração positivista, pretendia abolir os "privilégios de diplomas escolásticos e acadêmicos". Foi nessa conjuntura de confronto de interesses corporativo-profissionais que começou a funcionar, em 1896, a Escola Livre de Farmácia e Química Industrial, à qual reuniu-se, no ano seguinte, o também recém-criado Curso de Partos. Nessa fusão encontra-se a origem da Faculdade de Medicina da atual UFRS, de cuja estrutura o curso de farmácia fez parte até 1952 (idem, p. 267).

Ainda com três EM (BA, RJ, RS), findava o século XIX, época das revoltas internas, das Constituições reformadas, do golpe de Estado, do fim do Segundo Reinado, do Governo Provisório, da abolição do trabalho escravo, do surto industrial, e da fundação da Academia Brasileira de Letras, em 1897, presidida por Machado de Assis.

2 . 6 . O primeiro *boom* das escolas médicas

A equiparação das instituições públicas de ensino às particulares, estabelecida no Código Epitácio Pessoa (Decreto lei 3.890, de 1º de outubro de 1901) e a realização do 2º Congresso Católico no Rio de Janeiro (1902) precederam a declaração da decadência do ensino secundário, em 1904. No meio literário registrava-se o lançamento do livro *Os Sertões,* de Euclides da Cunha, que chamava a atenção para o momento político que o País vivia*: "Aquela Campanha de Canudos lembra um refluxo para o passado. E foi, na significação integral da palavra, um crime. Denunciemo-lo"* (Cunha, 1940, p. 432).

No mundo das ciências médicas, Karl Landsteiner, em 1900, descrevia o sistema sanguíneo ABO, tornando assim possível efetuar com êxito transfusões sanguíneas, pois até então apenas uma pequena percentagem das transfusões era realizada com sucesso, sendo até mesmo proibida a sua prática (Almeida, 2000).

No Rio de Janeiro ocorria, em 1904, a Revolta da Vacina, como registraram Aquino e Mittelman (2003,p. 43):

> Durante a Revolta, as classes populares contestaram as condições de aplicação da vacina contra a varíola e o projeto que decretava a sua obrigatoriedade. Puderam, também, manifestar o seu descontentamento em relação à política de Rodrigues Alves, que vinha dirigindo a implementação do processo de consolidação do capitalismo agrário exportador na sociedade brasileira.

Em 1905, na França, Alfred Binet e Theodore Simon criaram o teste para medir a inteligência para avaliar o rendimento educacional, e nos Estados Unidos (1910) a Avaliação das Escolas Médicas era conduzida por Flexner. Nos dois continentes já se registrava a preocupação com a qualidade e a quantidade de instituições de ensino superior.

O Relatório Flexner foi um modelo de formação das faculdades em muitos países, inclusive no Brasil. Embora seja identificado como de origem americana, ele deriva de experiências na Alemanha e na França, que iniciaram a integração das ciências naturais com o campo médico, como destaca Edler em 2000 (p. 9):

> (...) personalidades que estavam fora da faculdade médica. Essa junção da fisiologia, da química, da física com a tradição anatomo clínica vai ser profundamente influenciada sobretudo pelo modelo germânico, mesmo no Brasil. Na verdade, a unificação destes modelos vai se dar tardiamente na América. O Relatório Flexner não é o início de um movimento, e sim o seu final. Este modelo, que criticamente foi chamado de medicina sem doente, encontrou uma forte oposição da tradição clínica. Ao contrário do que normalmente a história registra, foi profundamente marcado por uma crise entre posições distintas na prática médica: A clínica de um lado e o laboratório do outro.

Rego (2000, p. 9), ao analisar o modelo implantado nas EM canadenses, no início do século XX, entendeu que:

> Este modelo influenciou toda a organização posterior do ensino brasileiro, inclusive. A adesão a este modelo, vamos dizer assim, de universidade americana, é um projeto educacional que aconteceu com a chamada Reforma Universitária na década de sessenta.

O Relatório Flexner não só determinou a diminuição quantitativa no aparelho formador americano, como se tornou, em diversos países, o modelo predominante de todos os currículos das faculdades de medicina.

Rego (2000, p. 9) entendeu que:

> O equívoco é deixar de compreender o momento em que esta Reforma aconteceu e as circunstâncias que a determinaram. Em meu entendimento ela foi absolutamente crucial para o desenvolvimento científico da profissão. Até então, o ensino médico era caótico, com faculdades que formavam em um ano, dois anos, que não exigiam ensino prático. Houve uma regulamentação e disciplinarização do processo de formação, já iniciadas no século passado, mas que tiveram um ápice com a publicação do Relatório Flexner em 1910.

O impacto do Relatório Flexner propiciou o fechamento de diversas faculdades americanas e influenciou a mudança curricular com destaque para as disciplinas das ciências básicas. No Brasil era criada a quarta faculdade de medicina, em 1912, a Faculdade Federal de Medicina do Paraná.

Na época em que Carlos Chagas identificou o *Trypanosoma cruzi* (1909), aprovou-se em 1911 novos regulamentos para as faculdades de medicina pelo Decreto 8.661, de 5 de abril de 1911. No governo Hermes da Fonseca, a Lei Orgânica Rivadávia Correa facultou a autonomia e a liberdade dos estabelecimentos de ensino, criou o Conselho Superior, primeira estrutura colegiada, com a participação de diretores e docentes das Faculdades de Medicina, Direito, Engenharia e do Ginásio Pedro II. Também neste período se iniciou a elaboração e publicação das Leis Orgânicas específicas de segmentos da educação brasileira, permanecendo então a questão da fragmentação na educação.

A Lei Orgânica Rivadávia Correia (Decreto 8.658, de 5 de abril de 1911) organizou o ensino fundamental, reorganizou o ensino secundário e superior, instituiu o vestibular, deu liberdade de ensino para os estados e incentivou a abertura de faculdades em cidades que possuíssem mais de cem mil habitantes, motivando a criação da Universidade Estadual do Paraná (Lei Estadual nº 12) e da Faculdade de Medicina Federal do Paraná em 1912. Neste mesmo ano, no Rio de Janeiro, o Instituto Hahnemanniano foi impedido, por puro preconceito, de introduzir o ensino da homeopatia na recém-aberta Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, hoje Faculdade de Medicina da UNIRIO.

Na então província de São Paulo, a Lei 1.357, de 19 de dezembro de 1912, estabeleceu o regulamento da escola, e logo em seguida o Decreto 2.344, de 31 de janeiro de 1913, criou a sexta EM brasileira, a primeira com vinculação jurídica estadual. Desde aquela época já era evidente o predomínio da Região Sudeste em relação às demais, pois detinha 50% das faculdades existentes no País.

No plano político internacional, a guerra na Europa (1914 a 1918) e a Revolução na Rússia (1917) mudaram radicalmente a conjuntura mundial. No setor educacional internacional, destacou-se na Inglaterra o rompimento com os movimentos de Reforma através do Education Act, de Lord Fischer.

A Lei Carlos Maximiliano, de 1915, trouxe novos rumos para a organização do ensino médico. Na cidade do Rio de Janeiro ocorriam numerosos casos de *influenza,* e nem se imaginava que se aproximava a epidemia da gripe denominada “espanhola”, que mataria, em todo o mundo, mais de vinte milhões de pessoas.

Mas em 12 de outubro de 1918, um agradável sábado de primavera, no Rio de Janeiro os jornais noticiavam a ocorrência de um fato, a respeito do qual Maia (1996, p. 15) registrou:

> (...) para os médicos de todo o Brasil, uma notícia destacava-se entre todas: a inauguração da nova Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, localizada na Praia Vermelha, concretizando o sonho de 110 anos, de professores e estudantes, que desde a criação dos primeiros cursos de ensino médico, em 1808, sonhavam com instalações próprias e condignas, cansados de ocupar locais improvisados e que depois de peregrinarem por vários locais ocupavam, há anos, um casarão da Rua Santa Luzia, o antigo Recolhimento das Órfãs, pertencentes à Santa Casa da Misericórdia.

No Brasil aumentava a insatisfação dos trabalhadores, expressa pela Greve Geral dos Trabalhadores realizada de 12 a 15 de julho de 1917, em São Paulo. A expansão da educação nacional foi marcante neste período. Numericamente, as instituições de ensino público cresceram, e mais ainda as escolas privadas e as ligadas às religiões. Este fato foi reconhecido pelo Decreto 11.530/15, que estabeleceu a equiparação dos estabelecimentos de ensino público e privado, tornando possível atribuir validade aos diplomas das instituições não ligadas ao governo federal.

Neste contexto, as EM se expandiram para o estado de Minas Gerais (1918) e do Pará (1919), sendo a Federal do Pará a oitava EM do país e a primeira na Região Norte. Posteriormente, em 1920, na cidade de Recife, surgiu a nona EM brasileira e segunda escola da Região Nordeste.

Com o Partido Comunista Brasileiro — PCB, criado em 1922, com a conquista pelos trabalhadores da regulamentação das aposentadorias e pensões (Decreto 4.682/22, conhecido como Lei Elói Chaves) e com a queda

da exportação do café, intensificaram-se os tensionamentos que viriam a mudar a conjuntura política, antecedendo a Semana de Arte Moderna, de 1922.

Na década de 1920, surgiram reformas educacionais, introduzidas nos estados e em todas as regiões do País, assim distribuídas: São Paulo, 1920 (Santos Dória); Distrito Federal, 1922 (Fernando Azevedo); Ceará, 1922 (Lourenço Filho); Paraná, 1924 (Lysimaco da Costa); Rio Grande do Norte, 1925 (José Augusto); Minas Gerais, 1927 (Francisco Campos e Mário Casassanta); Distrito Federal, Rio de Janeiro, 1928 (Carneiro Leão), e Bahia, 1928 (Anísio Teixeira).

Neste ambiente iniciou-se, em 1925, a Reforma Rocha Vaz[13] e a reformulação do ensino secundário e superior, fatos que representaram um acordo entre a União e os estados para a criação de universidades estaduais e transformou o Conselho Superior de Ensino (Decreto 8.659/11) no Conselho Nacional de Educação.

Com a abertura, em 1926, da Faculdade de Medicina em Niterói, o Brasil passou a contar com 10 EM, então distribuídas pelas Regiões Norte (1 — PA), Nordeste (2 — BA e PE), Sul (2 — PR e RS), Sudeste (5 — RJ, MG e SP). No período de vigência das Leis Rivadávia Correa e Carlos Maximiliano aumentaram de 3 para 10 EM que mantinham o predomínio de cinqüenta por cento de EM na Região Sudeste.

> A autorização para que as Academias de Medicina e Cirurgia pudessem emitir diplomas de médicos manteve coerência com a luta dos

[13] Reforma Rocha Vaz (Decreto 16.782 A), que no ensino superior baixou normas de funcionamento para os curso de direito, engenharia, medicina, farmácia e odontologia e extensivas aos demais que fossem criados (INEP).

estados por autonomia. Em um ambiente de múltiplas reformas educacionais estaduais conduzidas por educadores de prestígio, o período iniciado em 1920 se caracterizou pela forma coletiva dos educadores se expressarem e se organizarem em suas entidades nacionais. A organização de eventos nacionais influenciou essa visão coletiva. A Conferência Nacional de Educação (1922); a 1ª Conferência Nacional de Educação, em Curitiba– Paraná (1927); a 1ª Conferência do Ensino Superior em comemoração aos 100 anos dos cursos jurídicos (1927); a 2ª Conferência Nacional de Educação, em Minas Gerais, a Associação Brasileira de Educação (1928); e a 2ª Conferência Nacional de Educação, em São Paulo, Associação Brasileira de Educação (1929), demonstravam a importância da fundação, no Rio de Janeiro (1924), da Associação Brasileira de Educação (ABE), que aumentou a coesão dos educadores brasileiros, intensificando as lutas pelo estabelecimento de um Sistema Nacional de Educação.

A realização do Primeiro Inquérito sobre o Ensino Brasileiro em todos os graus, organizado pelo educador Fernando Azevedo e pelo jornal O Estado de São Paulo, que publicou os resultados em 1926, e do Segundo Inquérito sobre o Ensino Brasileiro, organizado pela Associação Brasileira de Educação (ABE), sinalizaram a preocupação da época com a avaliação do ensino brasileiro.

As reformas dos sistemas educacionais — da França, organizada por León Berard; da Itália, de caráter fascista, realizada por Gentile; dos Estados alemães, baseada na Constituição Liberal de Weimar, e a da Rússia, conduzida por Lunatscharsky e Kroupskaia — dão a dimensão do processo mundial de reformas.

2 . 7 . O ensino médico: da Revolução de 30 às reformas educacionais dos anos 40

O final da segunda década do século XX foi marcado pela grave crise econômica mundial, a Grande Depressão (1929). No Brasil, diversas frações agrárias envolvidas em disputas internas evidenciavam insatisfações econômicas, sociais e políticas dos setores dos meios urbanos (operariado, funcionários, camadas médias, jovens militares), e os movimentos sociais aumentaram sua organização, precedendo a Revolução de 30, que foi conduzida por setores até então secundarizados no núcleo central do Estado. Neste contexto, a evolução da educação médica já evidencia interfaces entre o aparelho formador, a organização do trabalho médico, a profissão e o sistema de saúde. As políticas públicas educacionais e as relações destas com a sociedade, o funcionamento da organização acadêmica, a gestão, a autonomia e, fundamentalmente, com o poder foram ampliadas nessa época (APDM, 2006).

2 . 8 . O surgimento das universidades livres e do regime universitário

Sob o signo dos ventos liberais, vividos pela sociedade brasileira no início do século XX, surgiram as primeiras instituições livres de ensino superior, mantidas pelos poderes locais. São exemplos, a criação da Universidade Estadual do Amazonas (1909) e a do Paraná (1912), e no plano

federal a fundação da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), no governo Epitácio Pessoa.

Ocorriam no Brasil profundas mudanças descentralizadoras no setor administrativo e político. No ensino superior, destacaram-se o Decreto 19.851, de 11 de abril de 1931, que estabeleceu que no País o ensino deveria obedecer, de preferência, ao regime universitário (Estatuto das Universidades Brasileiras), e o Decreto 19.852, da mesma data, que dispôs sobre a reorganização da Universidade do Rio de Janeiro. Segundo Fávero (1980, p. 39):

> Ainda em 1931, novo decreto (nº 20.179, de 06/06/31) é baixado pelo Governo Central, dispondo sobre a equiparação de institutos de ensino superior mantidos pelos governos estaduais; dispõe também sobre a inspeção de institutos livres, para efeito de reconhecimento oficial dos diplomas por eles expedidos. O Decreto nº 20.179/31 expressa, de forma nítida, o controle e a centralização do ensino superior por parte do Governo Central, sobretudo através dos artigos 2º e 8º, inciso II, onde são feitas exigências para qualquer instituto de ensino superior gozar das prerrogativas das instituições federais.

No bojo dessas medidas, a reforma Francisco Campos consagrou a idéia de universidade e deu forma a essas instituições com a aplicação, a partir de 1931, do Estatuto das Universidades Brasileiras, como parte da reforma do ensino superior, o que significou o reforço de um tipo de educação elitizante e centralizadora, consoante com as ambigüidades do momento histórico.

Mesmo durante a implantação do processo revolucionário de 1930, ampliou-se a centralização do processo educacional, com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública (MNESP) e a regulamentação das profissões liberais a partir de 1932[14]. Na mesma década, a Lei 378/37 aumentou a concentração do poder ao reorganizar o MNESP e convocar oficialmente a Conferência Nacional de Educação, outrora convocada pela ABE.

Em 1933, um grupo de professores reuniu-se em sociedade civil sem fins lucrativos, à qual deram o nome de Sociedade Civil Escola Paulista de Medicina. Registra-se que desde a sua fundação esta instituição tinha a vocação pública e a intenção de federalização, o que só foi concretizado em 1956. Na mesma década de 1930 em processo semelhante, na cidade do Rio de Janeiro, então Distrito Federal, em 5 de dezembro de 1935, atendendo a convite do catedrático da Faculdade Nacional de Medicina, o professor Rolando Monteiro reuniu 36 professores médicos em assembléia e constituiu uma Sociedade Anônima, com a contribuição de seus fundadores, que viria, em 16 de fevereiro de 1936, a ser a Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, mais tarde Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Guanabara, hoje Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ (SBHM, 2006). Nota-se que a abertura da UERJ deu-se nos mesmos moldes que a da Faculdade de Medicina do Rio – do Instituto Hahnemanniano (1912) e a Faculdade de Medicina em Niterói (1926) – e da fundação da Escola Paulista de Medicina, em 1933.

[14] O Decreto 20.931, de 11 de janeiro, regulamentou o exercício da Medicina, Odontologia, da Medicina Veterinária, Farmacêutica, e as profissões de parteira e enfermeira.

No Estado Novo, com a outorga de nova Constituição (1937), o fechamento das casas legislativas, a criação do IBGE (1938), do sindicato único (1939) e do DASP (Departamento Administrativo do Serviço Público), a política educacional intensificou seu caráter centralizador na gestão do Ministério Capanema (1937 a 1945) no ensino da medicina[15]. Nada de substantivo foi registrado.

Os movimentos desencadeados pelos educadores da época e os compromissos assumidos pelos novos governantes de 1945 refletiram na Constituição de 1946, conforme afirmou Romanelli (1983, p. 170):

> Com toda essa abertura democrática e liberal, a Constituição de 1946 estabelecia que à União cabia legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Distanciava-se, portanto, a Constituição de 1946 da Constituição de 1937.
>
> Na verdade, a Constituição de 1946, nesse sentido, se aproximava muito da Constituição de 1934, inspirada nos princípios proclamados pelos pioneiros.
>
> *A Constituição de 1946 é, pois, um documento de inspiração ideológica liberal-democrática.*

Localizou-se, nesta mesma época, o início da discussão (1948) do projeto que se constituiria na primeira LDB da história da educação nacional.

[8] No ano de 1946, existiam no Brasil 14 EM, todas públicas, assim distribuídas pelas regiões brasileiras: Sudeste –7; Nordeste – 3; Sul – 2 e Norte – 2.

O governo Vargas encerra o ano de 1949 com 13 EM, todas públicas e localizadas nas capitais, conforme a Tabela 2.1 .

Tabela 2.1: Número de escolas médicas por natureza e dependência administrativa, segundo a unidade da federação, o ano e a instituição mantenedora — 1808 a 1948

Nº	Ano	Estado	Vínculo Jurídico	Mantenedora
1	1808	Bahia	Federal	Universidade Federal da Bahia
2	1808	Rio de Janeiro	Federal	Universidade Federal do Rio de Janeiro /UFRJ
3	1898	Rio Grande do Sul	Federal	Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS
4	1912	Paraná	Federal	Universidade Federal do Paraná
5	1912	Rio de Janeiro	Federal	Escola de Medicina e Cirurgia/UNIRIO
6	1913	São Paulo	Estadual	Universidade de São Paulo
7	1918	Minas Gerais	Federal	Universidade Federal de Minas Gerais
8	1919	Pará	Federal	Universidade Federal do Pará
9	1920	Pernambuco	Federal	Universidade Federal de Pernambuco
10	1926	Rio de Janeiro	Federal	Universidade Federal Fluminense/UFF
11	1933	São Paulo	Federal	Universidade Federal de São Paulo
12	1936	Rio de Janeiro	Estadual	Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ
13	1948	Ceará	Federal	Universidade Federal do Ceará

Fonte: MEC/INEP

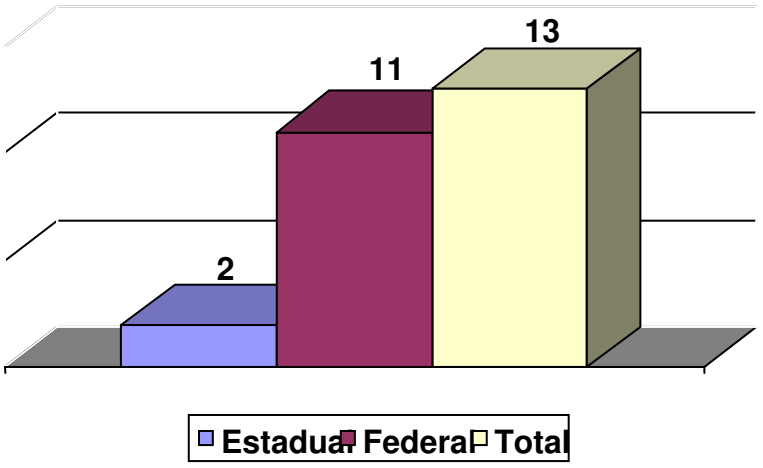
Tabela 2. 2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização Capital e Interior segundo as regiões — 1808 a 1949

REGIÃO	*CAPITAL*			*INTERIOR*			*TOTAL*
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	1	-	1	-	-	-	**1**
CENTRO-OESTE	-	-	-	-	-	-	**-**
NORDESTE	3	-	3	-	-	-	**3**
SUL	2	-	2	-	-	-	**2**
SUDESTE	7	-	7		-	-	**7**
BRASIL	**13**	**-**	**13**		**-**	**-**	**13**

Fonte: MEC/INEP

O traço mais marcante dessa época (Tabela 2.2) é que todas as EM estavam nas capitais. Não existia no ensino médico a presença da iniciativa privada. A Região Sudeste concentrava 53,84% do total, e das 7 EM 2 eram estaduais e 5 federais, distribuídas entre Minas Gerais (1), São Paulo (2), Rio de Janeiro (1) e Distrito Federal (3). Vale lembrar que o Distrito Federal estava localizado na cidade do Rio de Janeiro e Niterói era capital do Estado do Rio de Janeiro (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1: Número de escolas médicas por dependência administrativa — 1949



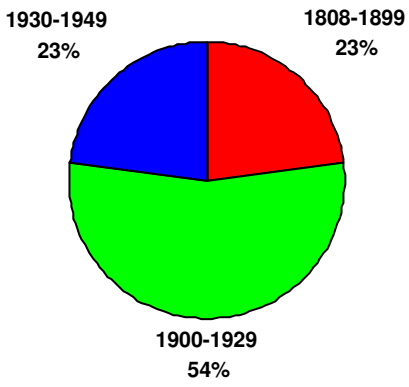
Fonte: MEC/INEP

O Nordeste do Brasil detinha 23,07% das EM, abrigadas em três estados, todas federais, enquanto no Sul o estado do Paraná e o do Rio Grande do Sul acolhiam 2 escolas federais. Foi criada em 1919, na Região Norte, a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, por iniciativa da Associação Científica do Pará, que já mantinha a Escola Livre de Odontologia do Pará.

Em plena crise econômica da borracha, em 1924, a Universidade Livre do Pará tentou instalar, sem êxito, o ensino de diferentes matérias, em regime de palestras e conferências, visando dar aos médicos uma formação cultural e de idéias gerais.

Nota-se que, na década de 1920, no estado do Rio de Janeiro (Niterói), em São Paulo e no então Distrito Federal, médicos, dirigentes de associações e/ou professores de medicina se reuniam e fundavam escolas de medicina (SBHM, 2006). Essas escolas foram incorporadas pelo Estado a partir da década de 1950.

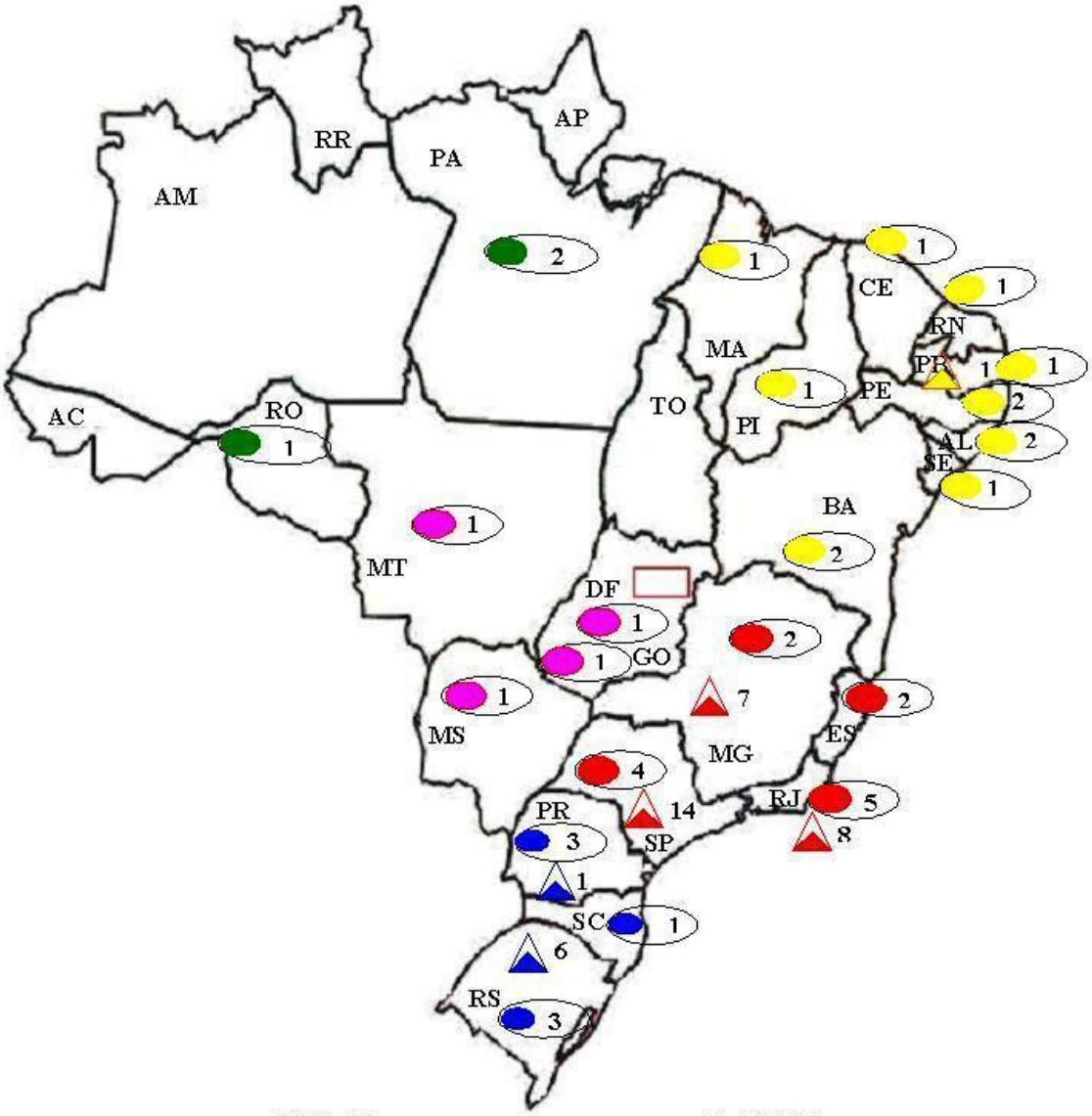
Gráfico 2.2: Evolução da criação de escolas médicas — 1808 a 1949



Fonte: MEC/INEP

Notas-se que o Gráfico 2.2 ilustra o crescimento das EM até 1949, com destaque para o primeiro *boom* ocorrido entre 1900 a 1929.

Escolas Médicas Brasileiras – 1950 a 1980



1950	1980	CAPITAL EM	CAPITAL PRIV.	CAPITAL PÚBLICA PUB.	CAPITAL PÚBLICA MUN.	CAPITAL PÚBLICA EST.	CAPITAL PÚBLICA FED.	INTERIOR EM	INTERIOR PRIV.	INTERIOR PÚBLICA PUB.	INTERIOR PÚBLICA MUN.	INTERIOR PÚBLICA EST.	INTERIOR PÚBLICA FED.
BRASIL	76	39	10	29	-	5	24	37	20	17	2	7	8
N	3	3	-	3	-	1	2	-	6	-	-	-	-
NE	13	12	1	11	-	2	9	1	-	1	-	-	1
CO	4	4	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-
S	14	7	3	4	-	-	4	7	3	4	-	1	3
SD	42	13	6	7	-	2	5	29	17	12	2	6	4

Capítulo 3

O surgimento do ensino médico privado (1950), a Lei de Diretrizes e Bases e o Movimento de Renovação Médica Nacional – REME (1980)

No setor da saúde foi possível, a partir de 1948, elevar o nível sanitário da população, sobretudo na área rural, com a execução da Campanha Nacional de Saúde. A malária foi erradicada em 11 estados, na Baixada Fluminense e na bacia do São Francisco, mediante a utilização de inseticidas de ação residual. Nesse mesmo ano foi concluída a construção do Hospital dos Servidores do Estado (HSE), no Rio de Janeiro.

Ao final do governo Dutra, em 1951, a educação apresentava um aumento de 16.000 cursos de alfabetização de adultos, dos quais um terço na zona rural. No ensino superior, especificamente na educação médica, destacou-se a criação dos hospitais de clínicas de Salvador e de Porto Alegre, a continuação das obras das Cidades Universitárias de Belo Horizonte e da Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre e o início das obras da Cidade Universitária da Ilha do Fundão, no Rio.

Na transmissão do governo Dutra para Vargas[16] vigorou o Plano Salte, considerado o primeiro ensaio de planejamento econômico do Brasil. No período de 1949 a 1953 ocorreu, de forma pioneira, a soma de esforços de ministérios, com destaque para saúde, alimentação, transportes e energia.

[16] Desde que Artur Bernardes transmitira o governo a Washington Luís, em 1926, Dutra foi o primeiro presidente eleito pelo voto direto a dar posse ao seu sucessor, Getúlio Vargas, o que se deu em 31 de janeiro de 1951.

Nesta conjuntura, como desdobramento da Missão Abbink[17], foi iniciada a retomada da cooperação econômica com os Estados Unidos da América através da instalação da Comissão Técnica Mista Brasil ─ Estados Unidos.

Com a publicação da obra *Pedagogia Médica*, de Edward Bridge (1950), propagou-se a necessidade de se estabelecer um diálogo permanente entre a arte de educar e a de ensinar, o que trouxe, portanto, novos elementos à discussão da educação médica mundial. Nas EM da América Latina acontecia o crescimento do diálogo entre as escolas de medicina e de educação. No Brasil, segundo Rosa (2001, p. 12-13): *"*(...) *resultou um corpo de conhecimentos divulgados entre nós, pelo livro de Edward Bridge, cujo título por si só significava novidade: Pedagogia Médica*."

Ainda na mesma época, Borrell Bentz (2005, p. 40), ao analisar os desafios de uma nova prática educativa na graduação médica na Argentina, entendeu que:

> (…) No es posible enseñar la medicina si no se seleccionan los alumnos y se limita su número. Es necesario reducir las disertaciones teóricas a favor de las actividades prácticas. El último año de la carrera debe ser destinado al desarrollo de "un internado rotatorio de pregrado", el cual, de ser posible, debe incluir una pasantía en el medio rural.

Enquanto em 1950 teve realce no plano internacional a divulgação do processo de avaliação realizado nos Estados Unidos, conhecido como *Mensuração com Referência a Critério,* no Brasil o ensino médico no Estado Novo e no governo Dutra não apresentou mudanças substanciais. Ainda sob os

[17] Comissão técnica mista Brasil ─ Estados Unidos liderada por John Abbink, no lado americano, por Otávio Gouvêa de Bulhões, no brasileiro, com o objetivo de discutir formas de incentivar o investimento privado no Brasil, incluindo o setor de educação (BNDES, 2002).

reflexos da obra *Pedagogia Médica*, as resoluções da 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela Federação Mundial de Educação (WFME-Londres/1953), indicavam, segundo Veras (1981, p. 105): "*Entre as principais recomendações, a criação de corporações nacionais e regionais de educação médica*."

Nesta mesma década, na América Latina realizaram-se vários eventos, entre eles o 1º Congresso Pan-americano de Educação Médica (1951, Lima/Peru), o 1º Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Viña del Mar/Chile), a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina, patrocinada pela União das Universidades da América Latina – UDUAL (1957, México), o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos da América e no Canadá (1960), e também a 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, patrocinada pela Fundação Kellogg (1961, Bahia). Estes eventos e o Movimento pela Formação do Médico de Família, nos Estados Unidos da América e no Canadá, complementaram o cenário da proposta de transformação do ensino médico e dos modelos de atenção à saúde nos países.

3 . 1 . O início do ensino médico privado e a interiorização

Baseado nas orientações do relatório da comissão técnica mista Brasil – Estados Unidos e nos estudos da CEPAL e do BNDE[18], criado em 1952, o governo JK objetivou construir Brasília, e iniciou a implantação da sistemática de submeter o desenvolvimento geral do País ao poder público.

Em 1952, em Ribeirão Preto, com a presença de todas as faculdades de medicina do País, foram discutidas e apresentadas inúmeras sugestões, e o projeto foi então recomendado ao governo federal como uma aspiração da categoria médica e de professores de medicina.

A abertura, em 1956, da 24ª faculdade em 149 anos de ensino da medicina no Brasil motivou a AMB a criar a Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico no Brasil. Segundo Veras (1981, p. 105), os resultados do trabalho da comissão foram apresentados ao presidente JK, que de imediato incumbiu o então ministro da Educação, o eminente médico Dr. Clóvis Salgado, de organizar uma comissão interministerial, com a participação de professores de medicina, tendo como finalidade avaliar o ensino médico brasileiro e proceder e coordenar consultas visando à elaboração de um projeto de lei adequado à nova realidade do ensino da medicina no Brasil.

Na verdade, após a comissão dar por concluído o anteprojeto:

> O governo Kubitschek enviou ao Congresso Nacional o Projeto de lei nº 2.046, que dispõe sobre o ensino médico e dá outras providência. No entanto, este projeto, que consubstanciava as aspirações dos educadores médicos da época, perdeu seu prazo de tramitação nas morosas comissões técnicas e nos cursos burocráticos do parlamento (Veras, 1981, p. 106).

[18] A partir dos anos 1980 mudou o nome para Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES).

Distingue-se, aí, a primeira tentativa do movimento associativo médico, através da AMB, de incluir na agenda do ministério da Educação a questão da avaliação das escolas médicas brasileiras.

Com a criação, em 1956, da Faculdade Federal do Rio Grande do Norte, a Região Nordeste passou a ter 8 EM, todas nas capitais, entre as quais 6 eram públicas. Nesta época, das 24 EM existentes no Brasil apenas 5 estavam localizadas no interior (São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul). Registra-se a federalização de 2 escolas no Rio de Janeiro (UFF e UNIRIO), 1 na capital de São Paulo (Escola Paulista de Medicina), ao mesmo tempo em que ocorria a estadualização na cidade do Rio de Janeiro da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. De acordo com a Tabela 3.1, a Região Nordeste foi a que mais cresceu tanto numericamente quanto em abrangência de estados.

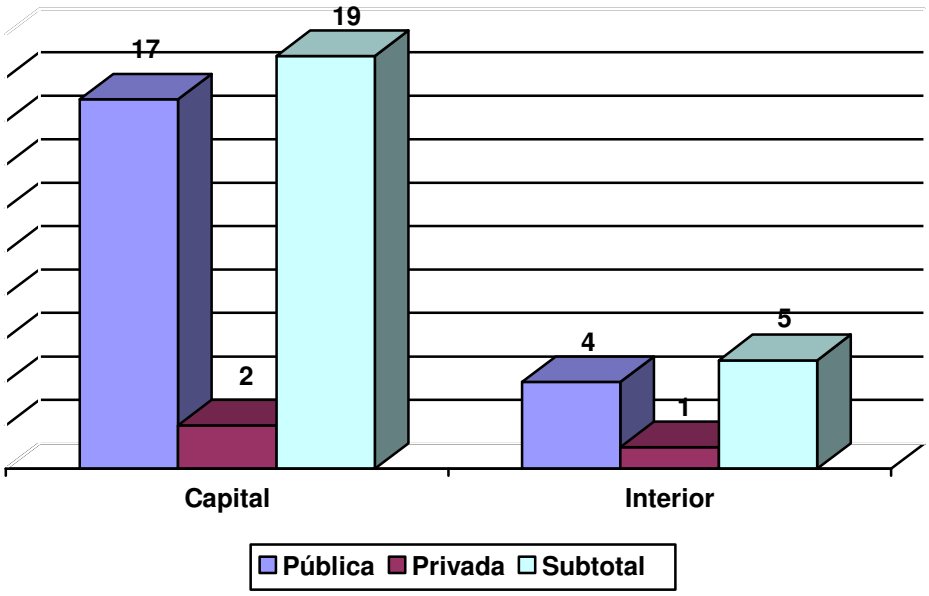
Tabela 3.1: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1956

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	1	-	1	-	-	-	**1**
CENTRO-OESTE	-	-	-	-	-	-	**-**
NORDESTE	7	1	8	-	-	-	**8**
SUL	2	-	2	1		-	**3**
SUDESTE	7	1	8	3	1	4	**12**
BRASIL	**17**	**2**	**19**	**4**	**1**	**5**	**24**

Fonte: MEC/INEP

As instituições federais iniciaram o processo de interiorização nos estados de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul, o mesmo ocorrendo com a USP/Ribeirão Preto. No setor privado foram criadas 3 escolas, a primeira no interior de São Paulo (PUC/SP), a segunda em Belo Horizonte e, finalmente, em 1952, a Escola Baiana de Medicina, em Salvador. A Região Centro-Oeste ainda não possuía nenhuma EM. Vale ressaltar que as 2 únicas EM privadas estavam localizadas nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. A proporção pública-privada era de 87,50% de EM públicas para 12,50% de EM privadas. Ao mesmo tempo, as capitais abrigavam 19 EM (79,17%) e o interior 5 (20,83%) (Gráfico 3.1).

Gráfico 3.1: Número de escolas médicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1956



Fonte: MEC/INEP

3 . 2 . As conferências internacionais e a 3ª Conferência Nacional de Saúde

Ocorreu em Londres, em 1953, a 1ª Conferência Mundial de Educação Médica, promovida pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME), que sucedeu a conferência realizada em 1952, nos Estados Unidos da América, organizada pela Associação Americana de Escolas de Medicina (AAMC). Nesta se deu prioridade ao processo curricular da graduação propagando a idéia dos currículos mínimos, os quais seriam a melhor forma de credenciamento das escolas de medicina.

Embora o ministério Capanema tenha durado de 1934 até 1945, os princípios e as diretrizes da gestão Capanema permaneceram por duas décadas, passando pelo governo Dutra (1946-1950), pelo segundo mandato de Vargas (1951 a 1954), pela era JK (1956-1960), pelo curto período de Jânio, até 1961, quando João Goulart promulgou a primeira LDB do sistema educacional brasileiro (Lei 4.024/61).

Segundo Schwartzman et al (2000): "(…) *no Brasil dos anos Capanema o conflito não era entre a educação pública e privada, mas sim entre a educação leiga, manifesto dos pioneiros, e de uma educação com conteúdo e orientação religiosa.*"

Ressalta-se que decorridas mais de duas décadas do lançamento do *Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova*[19]*,* os problemas educacionais e,

[19] Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova: lançado em março de 1932, redigido por Fernando de Azevedo, reagia contra o empirismo dominante e alertava que, apesar do Brasil estar avançando economicamente a educação estava andando para trás. Propunha transferir do terreno administrativo para os planos políticos-sociais a solução dos problemas escolares.

especificamente, da educação médica continuavam fora das agendas prioritárias das políticas sociais.

Aprovada na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos ressaltava, entre outros aspectos, que toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião, à liberdade de opinião e de expressão e a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família alimentação, vestuário, habitação e direito aos serviços sociais indispensáveis.

No que se refere à educação, a Declaração dos Direitos Humanos manifestava o direito à instrução gratuita e obrigatória nos graus elementares e fundamentais, bem como que a instrução superior fosse baseada no mérito.

A prática corriqueira da época era enviar ao exterior professores de medicina ou convidar professores estrangeiros para assessorar as EM brasileiras. A partir de 1955, segundo Almeida (2000, p. 42):

> (...) a influência passou a ser exercida por intermédio da participação de representantes dos organismos internacionais, destacadamente da OPS, e de fundações norte-americanas, em reuniões nacionais e regionais.
> (...) Na região, os primeiros eventos nacionais sobre Educação médica de que se tem registro foram realizados Congresso Pan-Americano de Educação Médica em Lima/Peru e Cali (Colômbia), respectivamente, em 1951 e 1955.

O fato de a 3ª Conferência Nacional de Saúde ter sido realizada, em 1963, às vésperas do golpe militar explica, por si mesmo, o quanto foi dificultada a divulgação de suas propostas, na medida em que apontou uma transformação profunda e pioneira da Política Nacional de Saúde.

Ao repensar a organização sanitária brasileira quando o alcance das ações e a eficiência eram apontados como graves deficiências ocasionadas pela centralização do comando do Sistema:

> (...) adotou, então, a 3ª Conferência Nacional de Saúde a tese da municipalização com objetivo de descentralizar a execução das ações básicas de saúde, de modo a criar uma estrutura sanitária verdadeiramente nacional e flexível o bastante para adequar-se à realidade econômica, política e social da comunidade, num país de grandes diferenças regionais (CNS,1992, p. 44).

Interessante notar que, embora a 8ª Conferência, em 1986, tenha tido papel decisivo junto aos constituintes de 1988 na aprovação de um sistema único e descentralizado de saúde, na verdade só após 29 anos, na 9ª Conferência, foi explicitada a recuperação das propostas municipalistas.

De acordo com a Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que prefixou a convocação periódica no artigo 90:

> Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao governo federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde realizada em todo o país e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde bem como na concessão de auxílio e da subvenção federais.

Em uma análise realista destes dados é possível localizar a debilidade das estruturas do setor saúde nos estados brasileiros, principalmente nas cidades do interior. De outra parte, é possível entender que a política governamental vocacionada para a subvenção das instituições privadas do setor saúde também estariam à disposição da interiorização e da privatização das EM, fato que viria a se confirmar nas próximas décadas.

Apoiado pela OPAS, foi incentivado o desenvolvimento das disciplinas básicas e o estímulo à introdução do ensino dos aspectos preventivos e sociais e à criação de departamentos de medicina preventiva. Destaca-se nesta época dos anos de 1950 o seminário em Viña del Mar (Chile), em 1955, e outro em Tehuacán (México), em 1956. Tais eventos, além de ampliarem a divulgação da atuação da OPAS, também contribuíram para a criação, na Escola Paulista de Medicina, da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), a qual mais tarde abrigaria o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde que, posteriormente, organizou, nos anos 60, a publicação dos livros de texto (Programa Paltex) e a *Revista Educación Médica y Salud*.

A aproximação das faculdades de medicina brasileira com os organismos internacionais de apoio técnico e de financiamento influenciou, segundo Almeida (1999), a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e o surgimento dos departamentos que estavam de acordo com o Relatório Flexner (1910).

Nas Américas desenvolvia-se o primeiro Plano Decenal de Saúde no contexto da "Aliança para o Progresso"[20], que levantou a carência de médicos na América Latina, além de ter introduzido a questão do planejamento de recursos humanos e contribuído para a aceleração da expansão do número de EM, nas décadas de 1960 e 1970.

---

[20] A Aliança para o Progresso (Alianza para el Progreso) foi um programa oficial do governo John F. Kennedy, dos Estados Unidos da América, de ajuda econômica e social para a América Latina, efetuado entre 1961 e 1970. A Aliança foi extinta em 1969 por Richard Nixon. (wikipedia)

3 . 3. A LDB, os governos militares e o ensino médico municipal

Em um momento político conturbado com eleições, a renúncia de Jânio Quadros[21] e a posse de João Goulart[22], a LDB/61 iniciou sua implantação. Em 1963 havia no Brasil 36 EM, conforme apresentado na Tabela 3.2:

Tabela 3.2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1963

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	1	-	1	-	-	-	**1**
CENTRO-OESTE	1	-	1	-	-	-	**1**
NORDESTE	9	1	10	-	-	-	**10**
SUL	4	1	5	2	1	3	**8**
SUDESTE	8	1	9	6	1	7	**16**
BRASIL	**23**	**3**	**26**	**8**	**2**	**10**	**36**

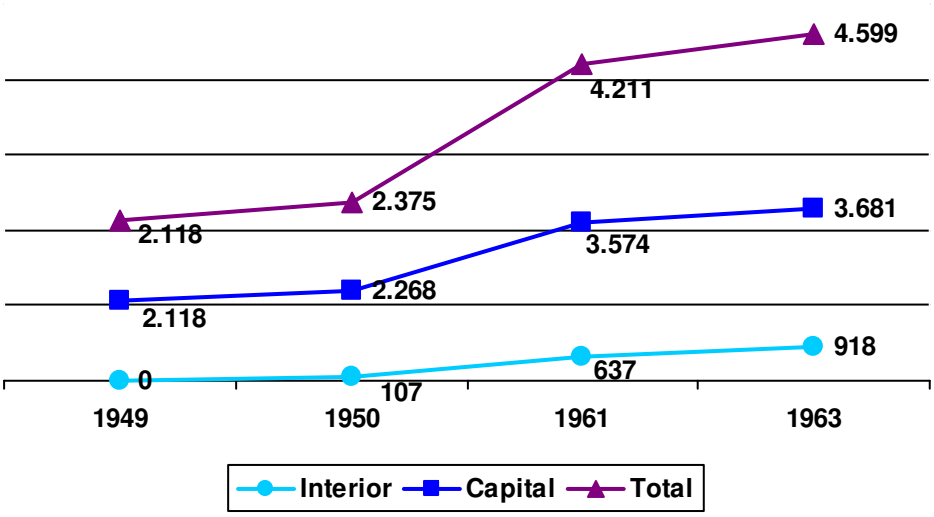
Fonte: MEC/INEP

O exame da Tabela 3.2 evidencia que na distribuição das 36 EM a maioria, 26 EM (72,22%), estava localizada nas capitais, enquanto que 10 EM (27,78%) no interior, ao mesmo tempo em que até 1964, às vésperas do golpe militar, o ensino público detinha 31 EM (86,11%) e o setor privado, 13 EM (13,89%). Localizava-se neste ano o momento que a Região Nordeste mantinha nas capitais mais faculdades do que a Região Sudeste, enquanto que esta última conservava a supremacia nas cidades do interior.

[21] Em 25 de agosto de 1961 a presidência da República foi ocupada pelo presidente da Câmara dos Deputados, Paschoal Ranieri Mazzilli, após a renúncia do presidente Jânio Quadros.
[22] Em 2 de setembro de 1961 o Congresso aprovou o regime parlamentarista e deu posse a João Goulart.

No ano de 1963, nas 36 EM existentes a oferta de vagas iniciais correspondia a 4.211, com predomínio das 3.617 vagas públicas (85,89%) sobre as privadas, 594 (14,11%). Nas capitais foram ofertadas 3.574 vagas (80,04%) e no interior 918 (19,96%) O ensino era majoritariamente concentrado nas capitais e em instituições públicas (Gráfico 3.2).

Gráfico 3.2: Número de vagas oferecidas pelos vestibulares por localização capital e interior — 1949, 1950, 1961 e 1963



Fonte: MEC/INEP

Com o processo de expansão do ensino superior, o Governo Militar, com o lema *Educar com Segurança*, organizou em 1966 o 1º Seminário de Educação e Segurança Nacional, promovido em conjunto com a Universidade do Estado da Guanabara e a Escola de Comando e Estado Maior do Exército. Imprimiram-se transformações radicais nas universidades brasileiras, mediante portarias, decretos, atos institucionais e leis, visando restringir o pensamento, controlar as manifestações e, sobretudo, centralizar ainda mais a gestão da educação brasileira. Em 1967, foi proibido o funcionamento da UNE, que no ano seguinte organizaria a Passeata dos Cem Mil, após a morte do estudante Edson Luiz de Lima Souto, no restaurante Calabouço, no Rio de Janeiro.

Na África do Sul, em 1967, o médico Christian Barnard realizava o primeiro transplante cardíaco do mundo, e no ano seguinte, no Brasil, o professor Zerbini realizava o mesmo feito.

As iniciativas de aproximação com organismos internacionais de apoio técnico e com outras agências de financiamento à pesquisa foram intensificadas pelo governo Castello Branco. Os acordos foram justificados na lógica de "modernizar" as universidades, principalmente no que se referia à administração.

No entendimento de Veras (1981, p. 72):

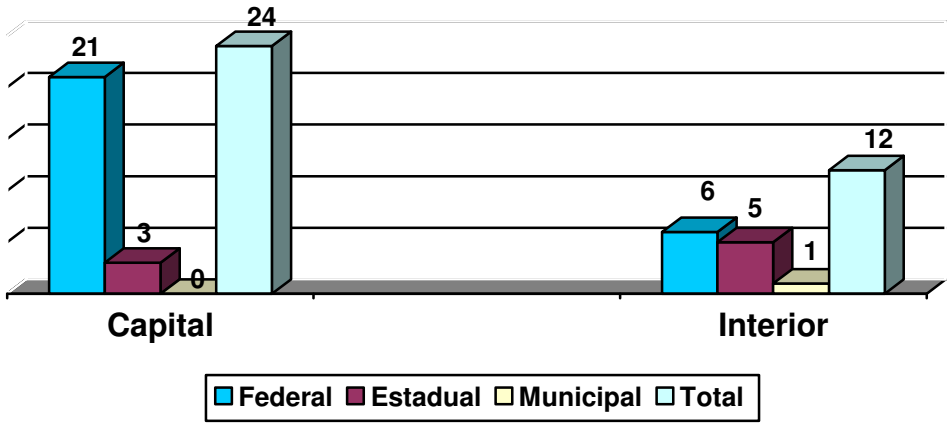
> Outra medida ilustrava os caminhos trilhados na elaboração do 'modelo educacional brasileiro'. Trata-se da solicitação ao professor norte-americano Rudolph Atcon, logo após 1964, de sugestões para o ensino brasileiro. Lançaram-se assim as bases para que se estabelecesse o convênio MEC/USAID, em que ganham definição as propostas da tendência modernizante de adaptação da universidade ao sistema capitalista – a reforma universitária, ligando-se, cada vez mais, pela tendência à privatização do ensino, aos interesses dos setores hegemônicos nacionais e estrangeiros.

Ao mesmo tempo, diminuiu a pressão das camadas sociais médias por mais vagas na escolarização, mesmo a custo da queda da qualidade da formação médica brasileira.

3 . 3. 1. O surgimento do ensino médico municipal

Com a abertura da 46ª EM, em 1967, nota-se o surgimento da primeira EM com vínculo administrativo municipal, localizada em Taubaté, interior do estado de São Paulo. O Gráfico 3.3 ilustra a distribuição geográfica, capital/interior, das 36 EM públicas existentes naquele ano.

Gráfico 3.3: Número de escolas médicas públicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1967



Fonte: MEC/INEP

No período de 1964 a 1967 foram criadas 10 faculdades de medicina, entre estas 7 (70%) fora das capitais, das quais 5 no Sudeste e 2 no Sul. Nota-se neste momento a primeira faculdade com vínculo municipal (Taubaté-SP). Terminado o ano de 1967, o Brasil atingiu um total de 46 faculdades de medicina. Este processo de expansão, respaldado pela LDB (Lei 4.024/61), realizou-se de forma descentralizada do ambiente universitário para as faculdades isoladas, predominantemente privadas, consolidando o convívio amigável do Estado arbitrário com a privatização do ensino médico.

De acordo com a Tabela 3.3, a Região Sudeste cresceu no interior à custa de 2 escolas públicas e 3 privadas, ou seja, apresentou um acréscimo de 6, passando de 16 para 22 EM, o que representa um aumento de 37,5%. Na Região Centro-Oeste, o ensino médico chegou ao Distrito Federal com a abertura da UNB (1966).

Na Região Nordeste não houve modificação, enquanto na Região Sul houve um crescimento de 2 novas EM públicas.

Na Região Norte, foi criada 1 EM pública, inaugurando o ensino médico federal no estado do Amazonas.

Em 1967, o interior das Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste permanecia sem EM. A interiorização das EM nas Regiões Sudeste e Sul se intensificaram. Na Tabela 3.3, também se evidencia que a maioria das EM estavam nas capitais: das 46 EM, 30 (65,21%) se localizavam nas capitais, enquanto 16 (34,79%), no interior.

Tabela 3.3: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1967

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	2	-	2	-	-	-	**2**
CENTRO-OESTE	2	-	2	-	-	-	**2**
NORDESTE	9	1	10	-	-	-	**10**
SUL	4	1	5	4	1	5	**10**
SUDESTE	8	3	11	7	4	11	**22**
BRASIL	**25**	**5**	**30**	**11**	**5**	**16**	**46**

Fonte: MEC/INEP

3 . 4 . O acordo MEC/USAID e a expansão das escolas médicas

Os desdobramentos do acordo MEC/USAID foram reunidos no documento ministerial “Rumos à Reformulação Estrutural da Universidade Brasileira” e utilizados, em 1968, como base para um decreto que proibiu manifestações de caráter político e de protesto no âmbito das universidades públicas e privadas (Decreto 477/68) e para outro que definia critérios para a expansão do ensino superior (Decreto 63.341/68) como também para a Lei 5.540/68[23], conhecida como Lei da Reforma Universitária. Os termos do acordo MEC/USAID foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos, servindo aos interesses das organizações internacionais e do Estado autoritário. O que estava em jogo, na verdade, segundo Fávero (1994, p. 152), é que:

> Em relação ao ensino superior, chamamos a atenção para alguns aspectos presentes nos acordos, sobretudo no pós-64:
>
> a. a educação é vista como fator estratégico, numa política de desenvolvimento, e deve ser entendida como eficiente instrumento para conter os conflitos sociais e eliminar os obstáculos que se antepunham ao crescimento econômico;
>
> b. os convênios assinados entre o MEC/USAID visam à formação de recursos humanos para consolidação do capitalismo dependente, bem como a implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa, objetivando maior eficiência e produtividade nas instituições de ensino superior.

[23] A Lei 5.540/68, Lei da Reforma Universitária, foi baseada nos estudos do Relatório Atcon (Rudolph Atcon, teórico norte-americano) e no Relatório Meira Matos (coronel da Escola Superior de Guerra) e aprovada de cima para baixo.

Sobre os acordos, Romanelli (1983, p. 209) afirmou que os mesmos colocavam:

> (...) a educação na agenda política assim como sua relação com as agências internacionais, que ora apresentam uma face de cooperação financeira e em outras oportunidades como mera assistência técnica. O aspecto mais relevante desses acordos consiste no fato de todos eles se valerem da crise existente no sistema educacional como pretexto para 'justificar' a necessidade de cooperação.

A demanda social por mais vagas ou pela expansão do ensino superior foi expressa nos movimentos dos excedentes dos vestibulares. Esta questão foi reconhecida pela Junta Militar, encerrando o ano de 1968 com o Decreto 405/68, que aumentou de matrículas no ensino superior. A expansão do ensino superior em detrimento da qualidade foi assim entendida por Teixeira (1997, p. 228):

> Nem Humboldt, nem Newman, nem Flexner reconheceriam mais as suas respectivas universidades. A população de alunos que a procura é já muitas e muitas vezes superior a tudo que se pode imaginar. A famosa qualidade do estudante superior perdeu-se e com ela a qualidade dos estudos. O número de cursos e de ocupações para que prepara raia pelo inconcebível. A população de adultos, dos que voltam à universidade, para cursos e retreinamento sobe a dezenas de milhares.

Entrava em cena, novamente, o controle do movimento estudantil e o aumento da centralização na esfera ministerial. A reforma universitária imposta, segundo Romanelli (1983, p. 229), assim se processou:

> A Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, e o Decreto-lei n.º 464, de 11 de fevereiro de 1969, vieram reafirmar princípios já adotados em legislação anterior e a estrutura já em implantação. Para tanto, ficaram logo definitivamente consagradas em lei as seguintes mudanças:
>
> (...) a lei exige que o ensino superior passe a ser ministrado preferencialmente em Universidades e só excepcionalmente em estabelecimentos isolados.

A abordagem sistemática e analítica sobre o ensino médico pós-1930 passa, obrigatoriamente, pelas Constituições de 1937, 1946 e 1967 e pela Emenda Constitucional de 1969.

Fundada em 1962, a ABEM[24] passou a organizar reuniões anuais. Tais reuniões, a partir de 1963, voltaram-se para a discussão sobre medicina preventiva e educação médica (1963); pedagogia aplicada à medicina (1964); formação de pessoal paramédico e duração do curso médico (1965); ensino da psicologia na escola médica e administração das EM (1966); o hospital de ensino e o preparo pedagógico dos docentes de medicina (1967); a integração do ensino das ciências básicas de saúde e sua integração profissional (1968), e fechou a década com o tema da formação do profissional da saúde frente à realidade socioeconômica no Brasil (1969).

[9] A ABEM foi criada em 1962 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. As Reuniões Anuais aconteceram de 1963 até 1975; a partir de 1976, receberam a denominação de Congresso Brasileiro de Educação Médica.

A iniciativa do ministro Jarbas Passarinho, ao criar, em 1971, a Comissão de Ensino Médico (CEM)[25] com a incumbência de avaliar a situação das EM no País e propor soluções para os problemas levantados, foi considerada uma iniciativa relevante, porém o mesmo não ocorreu com as providências que deveriam ter sido tomadas pelo governo. Quanto a isto, Rosa (2001, p. 13) afirmou:

> A Comissão produziu, até 1975, três importantes documentos: A Expansão da Rede Escolar, que analisou o crescimento desordenado da rede de escolas, e a situação precária em que muitas se encontravam... Ensino Médico e Instituições de Ensino, primeiro texto oficial a pregar a necessidade de articulação das escolas à rede de serviços, Internato e Residência, em que se estudariam a organização e continuidade destes dois movimentos na formação médica.

Com um extenso estudo, utilizando como método entrevistas estruturadas de docentes, dirigentes e estudantes de medicina, a Comissão visitou, até 1976, 75 instituições das 76 EM existentes na época e, ao término, confeccionou um relatório final, um rico material opinativo sobre o processo de expansão do ensino médico.

Embora o MEC tivesse em suas mãos os mais minuciosos levantamentos da situação das 76 EM brasileiras, naquele momento[26] o governo de João Figueiredo priorizou centralizar o processo de nomeação dos dirigentes das instituições de ensino superior federais e a reorganização do próprio MEC.

---

[25] O Ministro Jarbas Passarinho criou em 1971 a Comissão de Ensino Médico, constituída de professores de várias regiões. Em 1972, essa Comissão elaborou o relatório intitulado *O ensino médico no Brasil.* Documento n. 1 – A expansão de rede escolar, posteriormente aprovado pelo Conselho Federal de Educação (Fraga Filho e Rosa, 1980).

[26] Lei 6.420/77, que definiu os critérios para a nomeação dos reitores de acordo com uma lista sêxtupla escolhida pelo Colégio Eleitoral.

A não-utilização dos dados da CEM/MEC, por interesses alheios ao setor educacional médico, mereceu de Rosa (2001, p. 13) a seguinte reflexão:

> Em As Horas Nuas, Lygia Fagundes Telles nos lembra que vamos perdendo ao longo da vida. Primeiro, a inocência, tanto fervor. Depois, a confiança e a esperança. Nesta Comissão, perdi, de uma só vez, a inocência, a confiança, a esperança no ensino médico no País. Inimaginável, para mim, tantas conveniências pessoais, políticas e mercantilistas em jogo. Inimagináveis a cumplicidade, o silêncio e a omissão do Poder Público. A riqueza de dados disponíveis no MEC quanto à qualidade do ensino médico era surpreendente. Por igual, a impossibilidade de propor medidas saneadoras.

Este posicionamento da CEM recebeu o apoio firme e claro da gestão da ABEM (1980, 1981), presidida pelo professor Clementino Fraga Filho, o que contrastou com o posicionamento da 4ª Reunião Anual da ABEM/1966, em Salvador–BA. Naquele evento, o então ministro da Educação e Cultura, Raymundo Moniz de Aragão, recebeu o apoio da ABEM no lançamento da proposta de criação de 6.000 matrículas para o primeiro ano de medicina.

Entre 1965 e 1976 surgiram 39 EM, com as seguintes características:

Tabela 3.4: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1965 a 1976

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	2	-	2	-	-	-	**2**
CENTRO-OESTE	2	-	2	-	-	-	**2**
NORDESTE	2	-	2	1	-	1	**3**
SUL	-	2	2	2	2	4	**6**
SUDESTE	-	4	4	5	17	22	**26**
BRASIL	**6**	**6**	**12**	**8**	**19**	**27**	**39**

Fonte: MEC/INEP

Como se pode observar na Tabela 3.4, das 39 EM criadas neste período continuou sendo a Região Sudeste a que mais cresceu (56,41%). Das 22 EM localizadas no interior desta região, 17 (77,27%) mantinham vínculo privado. Também foram abertas 4 EM nas capitais do Sudeste, todas privadas.

Na Região Centro-Oeste o ensino médico chegou a todos os estados da região com a abertura de 2 EM federais no Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

Em Campina Grande – PB, a faculdade de medicina que era privada se tornou federal, na década de 1970, a primeira federalização da Região Nordeste, além de ter iniciado o ensino médico no interior.

Na Região Sul houve um crescimento de 4 novas EM no interior.

Na Região Norte, com a abertura da Escola Estadual de Belém do Pará, surgiu a primeira faculdade de medicina com vínculo estadual.

Podemos evidenciar que das 39 EM criadas, 27 estavam localizadas no interior, o que representou um crescimento de 69,23%, e 12 (20,77%) nas capitais.

A expansão do ensino médico foi apoiada pela ABEM até 1970, e segundo Veras (1981, p. 189): "*Não é difícil perceber que o discurso da ABEM, na maioria das vezes, se encontra em sintonia com as políticas para o setor de educação e saúde formuladas pelo governo*."

Na década de 1970 nota-se a preocupação da ABEM através dos temas dos seus congressos, como o planejamento do ensino médico (1970); a expansão das escolas (1971); o ensino médico e a previdência social (1972); a pós-graduação no ensino médico (1973); o ensino médico e a previdência social – o internato (1974); o ciclo básico: comum ou diferenciado, o

ambulatório, a residência médica (1975); a medicina comunitária – regionalização docente-assistencial (1976); o ensino da disciplina básica – ensino de clínica médica (1977); o médico de família – formação ética do médico (1978); a experiência de novos modelos de formação (1979). Enfim, todos estes temas questionaram a formação curricular operada nas EM naquele momento.

> Neste período, havia tensão entre as entidades de classes e os dirigentes ou as próprias congregações das faculdades de medicina, quando o assunto era implantar as necessárias alterações curriculares. Segundo Santos (1980, p. 93): "*Todas as experiências anteriores, em nosso país, de reformar os currículos em coerência com os reais interesses da população fracassaram por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das escolas médicas.*"

Nos anos 70, denominados por Rosa, Fraga Filho e Lopes Pontes (2001) como *a Década dos Conceitos* no cenário internacional, ainda sobre a influência da Conferência Internacional de Alma-Ata (URSS), ganhou prioridade nas agendas dos países a promoção integral da saúde, repercutindo nos modelos de atenção à saúde pública e na formação de recursos humanos oriundos das faculdades de medicina de diversas nações.

O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento– PIASS (1976), a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social –SIMPAS (1977), a regulamentação da Residência Médica (1977), a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) e a Reunião Mundial de 20 escolas médicas, patrocinada pela OMS em 1979 (Ottawa/Canadá, 1979), pautaram as discussões nos eventos da ABEM e

estreitaram a interface entre educação e saúde no Brasil.

Com a expansão do REME[27] nas eleições do SinMed-RJ (1978), a regulamentação da Residência Médica[28], os desdobramentos da 7ª Conferência Nacional de Saúde (1979), a implantação do PREVSAÚDE, as greves nacionais dos médicos residentes (1978-1979) e dos médicos do Rio de Janeiro (1981), iniciava-se a década de importantes movimentos reivindicatórios no setor saúde. Segundo Souza, sobre os movimentos de 1981 (1982, p. VII):

> De repente os médicos surgem no cenário nacional em atos públicos e até greves, denunciando a política nacional de saúde. Que aconteceu com essa categoria profissional tradicionalmente elitista e vinculada ao poder? Por que se recusaram 11 mil médicos a participar de um concurso público quando é notório o alto índice de desemprego? Por que as ameaças de repressão, a intervenção no Sindicato, o seqüestro e prisão do seu presidente não conseguiram abalar o movimento? E, fato inédito, a greve dos médicos, pela primeira vez, teve a solidariedade de vastos setores sociais.

Tabela 3.5: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e por localização capital e interior segundo as regiões — 1980

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	3	-	3	-	-	-	**3**
CENTRO-OESTE	4	-	4	-	-	-	**4**
NORDESTE	11	1	12	1	-	1	**13**
SUL	4	3	7	4	3	7	**14**
SUDESTE	8	6	14	12	16	28	**42**
BRASIL	**30**	**10**	**40**	**17**	**19**	**36**	**76**

Fonte: MEC/INEP

[27] O Movimento de Renovação Médica – REME teve maior destaque nos processos eleitorais das entidades sindicais filiadas à FENAM e às sociedades médicas filiadas da AMB. Foi vitorioso nas eleições do eixo Rio-São Paulo, ampliando sua atuação para as entidades nacionais (FENAM - CFM - AMB).

[28] A Residência Médica foi regulamentada pelo Decreto 80.281, em 5 de setembro de 1977. Em 7 de julho de 1981, a Lei 6.932 atualizou a regulamentação, sendo conhecida como a "Lei Especial" dos médicos residentes.

Observa-se na Tabela 3.5, que em 1980 a Região Norte permanecia com a menor concentração, com apenas 3 (3,95%) EM, todas nas capitais, sendo 2 em Belém e 1 em Manaus. O ensino privado continuou ausente no interior.

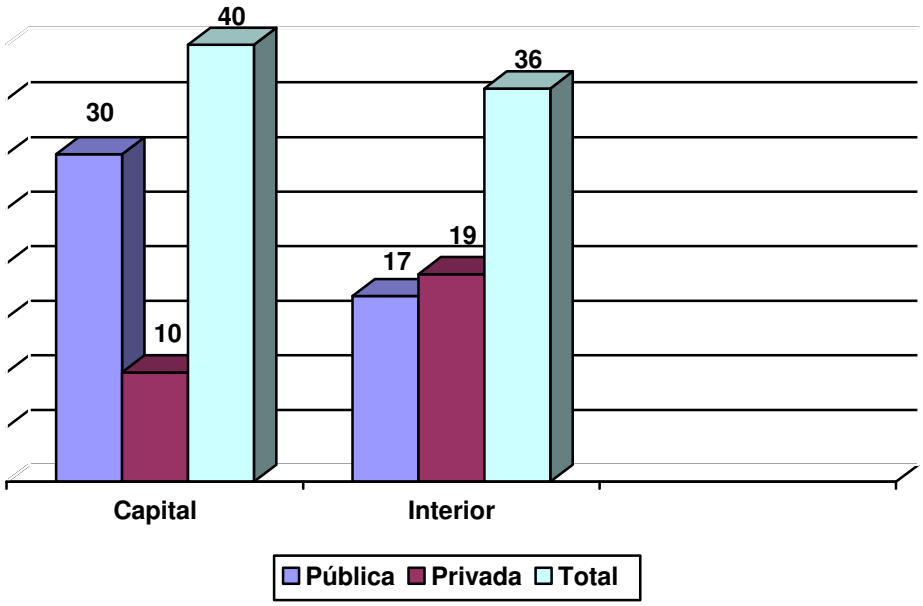
Na Região Centro-Oeste, as 4 EM (5,26%) existentes estão alocadas nos quatro estados, e são exclusivamente mantidas pelo governo federal. Da mesma forma que na Região Norte, não existem faculdades de medicina fora das capitais.

A Região Sul é responsável por 14 EM (18,42%). Sua principal característica é ser a única região na qual existe o mesmo número de EM públicas e privadas no interior e nas capitais.

A característica marcante das 13 EM (17,10%) da Região Nordeste é a concentração majoritária nas capitais, alcançando um total de 92,30% dentro da região, isto é, 12 EM estão nas capitais. A única EM existente no interior tem vínculo federal (Campina Grande – PB). No estado da Bahia se encontra a única EM privada da Região Nordeste. Todos os nove estados possuem EM nas capitais.

Na Região Sudeste localizam-se 42 EM (55,27%). Desse total, a proporção de EM nas capitais é de 14 (33,24%), e nas cidades do interior é de 28 (66,67%). Quanto à vinculação jurídica, tanto no interior quanto na capital prevalece um equilíbrio entre públicas e privadas.

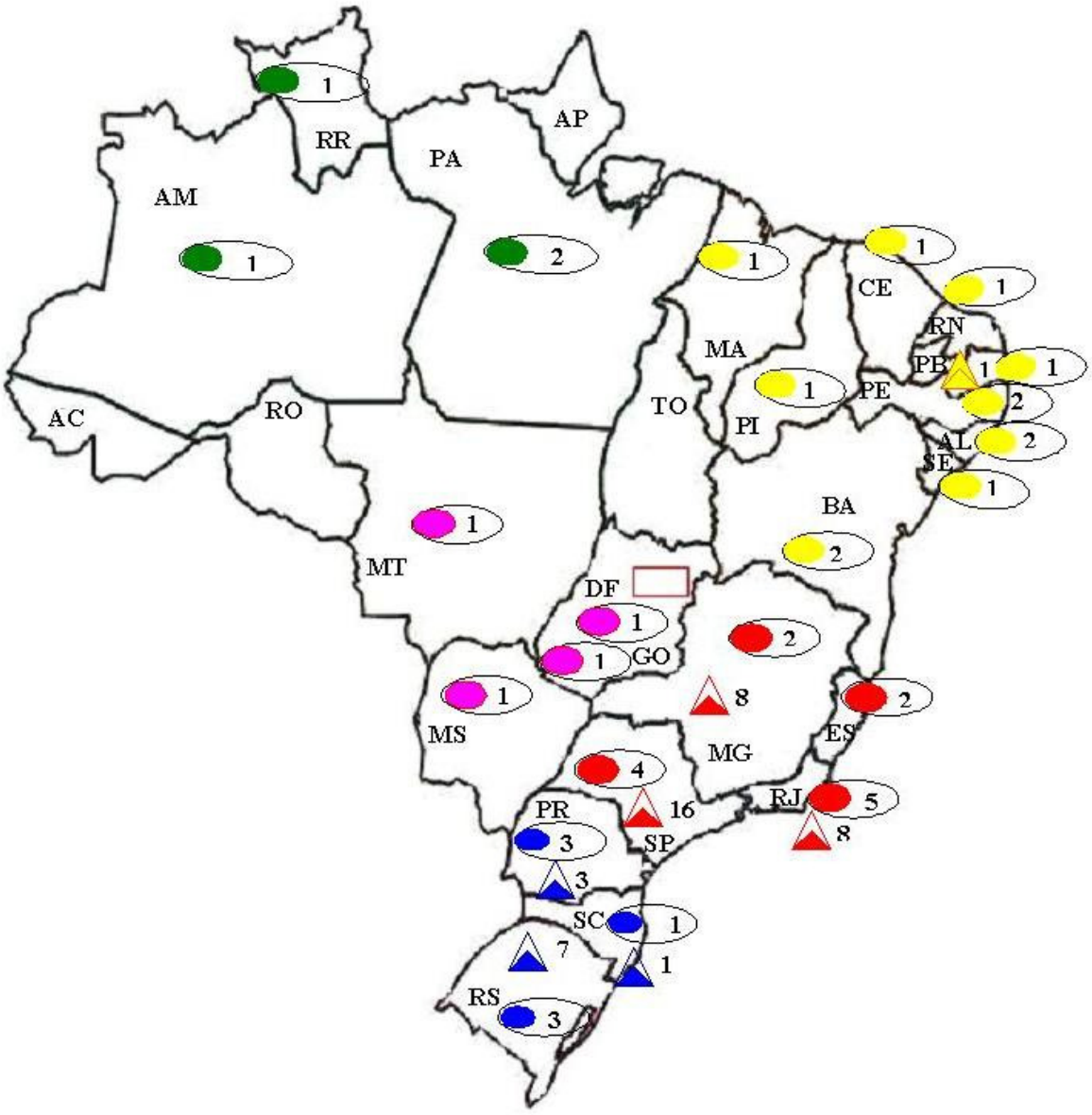
Gráfico 3.4: Número de escolas médicas por dependência administrativa e localização capital e interior — 1980



Fonte: MEC/INEP

Em 1980, com a abertura da 29ª EM privada, vinculada à PUC de Campinas, iniciou-se, no interior, a equiparação numérica com as EM privadas com as públicas. Registra-se que a 1ª EM privada surgiu em 1950 no interior (Gráfico 3.4).

Escolas Médicas Brasileiras – 1981 a 1996



1981	1996	CAPITAL						INTERIOR					
		EM	PRIV	PÚBLICA				EM	PRIV	PÚBLICA			
				PUB.	MUN.	EST.	FED.			PUB.	MUN.	EST.	FED.
BRASIL	84	40	10	30	-	5	25	44	24	20	3	9	8
N	4	4	-	4	-	1	3	-	-	-	-	-	-
NE	13	12	1	11	-	2	9	1	-	1	-	-	1
CO	4	4	-	4	-	-	4	-	-	-	-	-	-
S	18	7	3	4	-	-	4	11	4	7	1	3	3
SD	44	13	6	8	-	2	5	32	20	12	2	6	4

Capítulo 4

A influência da declaração de Alma-Ata (1978), a transição democrática (Diretas Já, 1984) e implantação da Lei de Diretrizes e Bases – Lei 9.394/96

Após a abertura de EM Federal de Cuiabá – MT, em 1980, a criação de outra EM só veio a ocorrer em 1988. No período de 1981 a 1996 surgiram 8 EM, no Brasil, conforme a Tabela 4.1.

Tabela 4.1: Número de escolas médicas por natureza e dependência administrativa, segundo a unidade da Federação, o ano e a instituição mantenedora — 1981 a 1996

Nº	Ano	Estado	V. Jurídico	Mantenedora
1	1988	São Paulo	Privada	**Universidade do Oeste Paulista-Presidente Prudente**
2	1988	Minas Gerais	Privada	**Universidade de Alfenas**
3	1988	Paraná	Estadual	**Universidade Estadual de Maringá**
4	1990	Santa Catarina	Privada	**Fundação Universidade Regional de Blumenau**
5	1994	Roraima	Federal	**Universidade Federal de Roraima**
6	1996	São Paulo	Privada	**Universidade de Marília**
7	1996	Paraná	Estadual	**Universidade Estadual de Cascavel**
8	**1996**	**Rio Grande do Sul**	**Privada**	**Universidade Luterana do Brasil**

Fonte: MEC/INEP

Nota-se que, nos anos referidos na Tabela 4.1, aparece uma diferença marcante quando comparado com os períodos de 1961 a 1976 e de 1997 a 2007, quando foram criadas 45 e 83 EM, respectivamente. Quais os motivos que justificariam essas disparidades? Esse capitulo aborda, entre outras questões, essa diferença de comportamento da expansão das EM no Brasil.

4 . 1 . A influência da declaração de Alma-Ata e das epidemias

No início da década de 1980, o mundo passou por um novo declínio do desenvolvimento econômico, fruto do segundo choque do petróleo, em 1979. No Brasil, logo após o final do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975 - 1979), com a inflação exacerbada, esvaziou-se o planejamento governamental na transição dos governos Geisel e Figueiredo. Á medida que isso acontecia iniciava-se a crise previdenciária dos anos 1981-1983, que responsabilizava o setor saúde como o grande vilão do desequilíbrio financeiro da Previdência.

Quando, em 1980, a rede de assistência era constituída por 81% pela iniciativa privada, o tensionamento entre a expansão do acesso à assistência médica pública e a acumulação de capital privado na saúde ocupou a agenda da reforma sanitária. Um ano após a 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980) e o lançamento do PREVSAÚDE[29] (1980) a prática médica continuava predominantemente curativa, sofisticada, especializada, excludente e sem preocupação em alterar o perfil de morbi-mortalidade, das doenças evitáveis. No âmbito da Previdência foram criados na mesma época, em 1981, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional de Assistência Social Previdenciária (CONASP). Estes conselhos pretendiam reorganizar a atenção médica, realocar recursos e controlar custos onde o setor privado concentrava 51% do total dos empregos em saúde.

[29] A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, teve como principais propostas a ampliação dos serviços básicos de saúde por meio do PREVSAÚDE.

O Plano CONASP e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) apontaram, em 1982, o início do olhar da esfera pública para a atenção primária como porta de entrada de um sistema com referência e contra-referência. Através da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), os convênios trilaterais entre o MS e o MPAS e as Secretarias de Saúde iniciaram, em 1983, o pagamento prospectivo por procedimento, e não mais por unidades de serviço.

A ABEM, ao discutir em seus congressos – *O papel da Escola Médica diante do PrevSaúde – O Médico e o Mercado de Trabalho* (1980); *A avaliação do rendimento escolar, o internato, a análise crítica da pós-graduação, os custos e financiamentos dos hospitais de ensino* (1981); *A Qualidade do Ensino Médico* (1982) – aproximou a agenda da ABEM com a da avaliação das EM. No COBEM de Ribeirão Preto/SP, em 1982, sob a luz do Decreto 8.600, de 13 de maio de 1981, que suspendeu a abertura de novos cursos até dezembro daquele ano, se discutiu a situação das 76 EM existentes.

Neste mesmo sentido, o I Encontro Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, promovido pelo MS/MEC/MPAS e OPAS, em 1982, priorizou a discussão da importância dos recursos humanos para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde.

No ano seguinte, junto com a posse de 10 governadores de oposição, foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) sem contemplar a articulação com o MEC e sem constar a formação dos profissionais de saúde como fator estratégico.

Segundo Paim (1984, p. 8):

> Este plano adquire um significado expressivo no âmbito das políticas de saúde no Brasil, pois representa a invasão mais abrangente das políticas racionalizadoras na organização da assistência médica da Previdência Social.

Em 1983, o MEC, preocupado com a gestão das IES (poder, administração acadêmica, financiamento e política de pessoal), lançou o Programa de Avaliação da Reforma Universitária (PARU)[30], como desdobramento das discussões do Conselho Federal de Educação e das greves nas universidades federais. Segundo Cunha (1997, p. 23):

> Infelizmente, o PARU foi desativado um ano depois de começado, devido a disputas internas ao próprio Ministério da Educação em torno de quem competia fazer a avaliação da Reforma Universitária.

Neste mesmo ano, o Ministério criou o GERES – Grupo Executivo para Reformulação do Ensino Superior – que, segundo Leite (1997, p. 9), "em última análise, através da avaliação, pretendia ranquear as instituições".

Em tempos que a UNE se reorganizava, foram realizadas as Conferências Brasileiras de Educação de 1982 e 1984, e surgia também o movimento Diretas Já. No ambiente educacional surgiu um novo ator no social, a Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior – ANDES, que em

---

[30] O Ministério da Educação, em 1983, instituiu o PARU – Programa de Avaliação da Reforma Universitária, que vigorou até 1986.

1982 elaborou, com a SBPC, OAB, UNE e ABI as "*Propostas para as Universidades Brasileiras".* A ANDES defendeu a ampliação do ensino público e gratuito, a autonomia e o funcionamento democrático da universidade com base em colegiados e cargos de direção eletivos. Este documento propunha a reestruturação da universidade brasileira com base nos seguintes princípios:

> (...) garantia do direito à liberdade de pensamento nas contradições e nomeações para a universidade, bem como no exercício das funções e atividades acadêmicas" (ANDES, 1996, p. 5).

Paralelamente, as áreas social e científica iniciavam o convívio com uma doença até então desconhecida, que foi descrita nos Estados Unidos da América (EUA), no Haiti e na África Central, e que foi definida como uma síndrome de deficiência imunológica adquirida. Em 1982, se classificou a nova síndrome com adoção temporária do nome Doença dos 5 H – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *Hookers* (profissionais do sexo, em inglês). A transmissão foi atribuída ao contato sexual, ao uso de drogas e à exposição ao sangue e derivados. No Brasil, em São Paulo registrava-se em 1982 o primeiro caso diagnosticado ligado à transfusão sangüínea.

Em 1984 criou-se o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, no mesmo ano que o vírus causador da AIDS foi isolado e caracterizado como um retrovírus[31]. A descoberta do HIV pela equipe francesa coordenada por Luc Montagner, do Instituto Pasteur, também é reivindicada pelo grupo do americano Robert Gallo.

[31] Vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive.

A epidemia da HIV/AIDS impôs que o médico aprendesse a lidar com uma doença que, em curto espaço de tratamento, apresentava aspectos cruciais da vida humana: sofrimento, transcendência, ritos, morte, luto, preconceito, religiosidade, sexualidade, respostas sociais, políticas de Saúde, entre tantas outras.

Segundo Tapajós (2002):

> A infecção pelo HIV/Aids evoca tantas respostas em termos de comportamento humano que sua história, sozinha, tem elencado os mais variados aspectos da natureza humana. É este conhecimento da natureza humana que as disciplinas propostas procuram instilar nos alunos (p. 30).

O mesmo ocorreu com o mosquito *Aedes albopictus,* identificado no Brasil em 1986 no Estado do Rio de Janeiro (SUCAM, 1989), que ao longo da década de 1980 foi se propagando até atingir o Nordeste e se transformar em epidemia em 1994. Segundo Cunha (1997, p.103):

> As taxas de letalidade pelo DH/SCD descritas durante as epidemias ocorridas nos estados do Ceará (48%) e do Rio Grande do Norte (28,5%) foram superiores àquelas registradas no mundo nas últimas décadas.

O ensino médico, com o advento da epidemia da HIV/AIDS e da dengue, manteve o seu currículo, e assim ficou evidente a dificuldade e morosidade de operar mudanças e, mais ainda, a inadequação dos cursos médicos tradicionais, focados prioritariamente nas doenças tradicionalmente tratadas nos hospitais universitários que, na maioria das vezes, não refletem a realidade do perfil nosológico do País.

4 . 2 . O segundo *boom* do ensino médico e o governo militar

No Brasil, em 1984, o movimento das Diretas Já ganhou corpo e no plano eleitoral conseguiu a eleição indireta de Tancredo Neves. À medida que a Nova República se desenvolvia, em 1985 aumentavam os espaços democráticos, e no setor saúde o Movimento de Renovação Médica[32] – REME e o Movimento Nacional da Reforma Sanitária – MNRS preconizavam a criação de um sistema unificado e público de saúde. Estes processos sofreram influências e estiveram associados às discussões a respeito da proliferação das EM, da expansão do emprego no setor saúde, do processo de assalariamento na área e de outros fatores estruturais, bem analisados por Pierantoni (2000, p. 40):

> A essa expansão do mercado de trabalho está associado o *boom* do ensino superior verificado entre 1965 e 1975. Observado no Brasil, assim como em outros países da América Latina, esse período é marcado por uma extraordinária expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de escolas e do número de vagas.

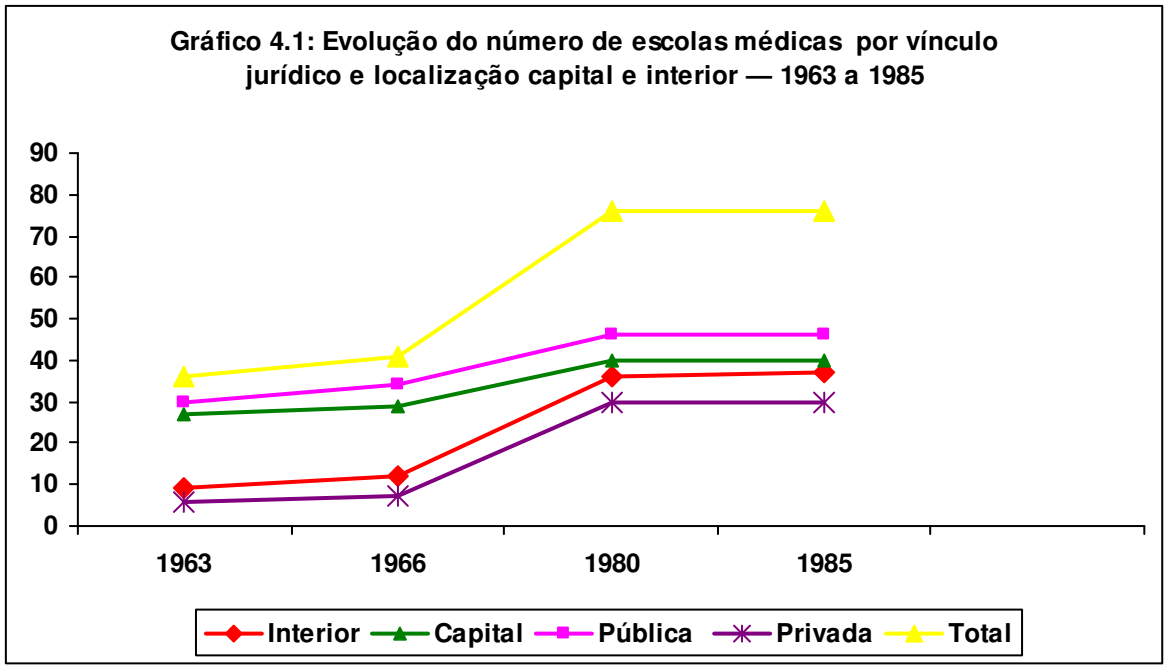
No espaço da Secretaria de Ensino Superior, o então ministro da Educação, Sr. Marco Maciel, através de portaria de 19 de dezembro de 1985, reativou a Comissão de Ensino Médico. A essa comissão coube promover o diagnóstico global da situação e das tendências do ensino nas diversas áreas e contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de avaliação e aferição de

[32] REME: Movimento organizado no final da década de 1970 com a finalidade de renovação das entidades médicas.

qualidade do ensino, a fiscalização nos cursos e propriamente nas instituições vinculadas às especialidades (Marcondes, 1986).

Nota-se que entre 1980 e 1985, o processo de expansão das EM hibernou, pois no início da década de 1980 foi proibida a abertura de novos cursos, com a suspensão da análise dos processos que estavam no CFE. No governo Figueiredo, criaram-se os critérios de análise social para que o CFE e o MEC avaliassem as propostas de criação de novos cursos e a definição do número de vagas iniciais nos vestibulares.

O Gráfico 4.1 ilustra a evolução das EM no regime militar. Em 1964 existiam 30 EM públicas (83,33%) e 6 (16,67%) privadas, das 36 EM, 27 (75%) estavam nas capitais e 9 EM (25%) no interior. Em 1985 o número de Em chegou a 76. A análise das 40 EM abertas, no Governo Militar, mostra que a relação entre públicas e privadas atingiu 46 públicas (60,52%) e 30 privadas (39,48%). Quanto a localização capital e interior, em 1985, a relação passou a ser de 39 EM (51,31%) nas capitais para 37 EM (48,69 %) no interior. Localiza-se nesse período o segundo *boom* das EM.



Fonte MEC/INEP

O documento *Ensino Médico, Bases para sua Reformulação,* lançado pela Secretaria de Ensino Superior do MEC, em 1985, manteve a prática vertical de tentar transformar a educação médica olhando apenas para o seu interior. A aproximação, em 1986, das EM com o INAMPS, através da assinatura do convênio para o financiamento dos hospitais universitários (HU), fortaleceu ainda mais a centralização do ensino médico dentro do ambiente hospitalar.

No ensino superior, na metade da década de 1980, o Decreto 91.772, de 10 de outubro de 1985, implantou a Comissão de Alto Nível com a incumbência de reformular a educação superior brasileira e coordenar o processo de avaliação interna das IES.

4 . 3 . A Nova República, o ensino médico e a DENEM

A criação da Diretoria Executiva dos Estudantes de Medicina – DENEM, no Encontro Científico dos Estudantes de Medicina, em 1986, trouxe para o cenário do ensino médico um novo ator social. A importância de instrumentos de avaliação para aferir os ciclos básicos, o profissionalizante (pré-internato) e o final do internato, além outras questões especificas, foram discutidos o Serviço Militar Obrigatório para os formandos em universidades federais.

A busca da qualidade na educação médica sempre foi prioritária para os diretórios acadêmicos. Os estudantes, em Fortaleza, na resolução final do ECEM (1986, p. 6), se posicionaram no sentido de que queriam alcançar:

> (...) o novo paradigma. Uma proposta de transformação radical. Mas para alcançá-la é necessário: 1º) aprofundarmos o conhecimento do que hoje existe (o real); 2º) traçarmos o caminho do real até o ideal.

Em fevereiro de 1986, com a finalidade de repensar e melhor adequar o ensino superior foi criado, no MEC, o Grupo Executivo para a Reformulação da Educação Superior (GERES). Segundo Fávero (1999): "*Em relação à autonomia da universidade, o GERES não lhe assegura esse princípio, por não haver autonomia sem democratização da universidade.*"

Com a criação, em 1987, do Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS, a União ampliou a sua função gestora, coordenadora e controladora da relação com o setor privado. Aos municípios e aos estados coube, em cada área de competência, a execução dos serviços de saúde e a participação na gestão e no controle dos convênios com entidades públicas e privadas.

4 . 4 . Expansão das escolas médicas estaduais no interior

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) reuniu um conjunto de experiências já relatadas nesse capítulo, mais especificamente os programas ou políticas de saúde implementados, como foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e as Ações Integradas de Saúde (AIS). A esse respeito:

> Note-se que todos esses projetos foram concebidos e desenvolvidos no interior do sistema previdenciário de saúde, sendo implementados com apoio do INAMPS – o grande responsável pela assistência médica individual – e com a correspondente marginalização do ministério da saúde, este responsável pelas ações coletivas de saúde (Elias, 1996, p. 23).

A questão da democracia estava na ordem do dia na sociedade e, em todos os segmentos, se expressavam mudando o comportamento das pessoas que pensavam um novo modelo assistencial. Fleury (1997, p. 13), a esse respeito, afirmou que a democracia era vista:

> (...) como comportando um elemento social que se traduzia na proposta de desalienação da população e sua conseqüente organização em direção a uma melhor apropriação da riqueza social. O mecanismo que permitiria esta passagem seria a participação popular, mística do desvendamento das estruturas da dominação e da criação de uma nova lógica de ordenação das relações de poder, marca que pode ser encontrada em situação tão paradigmática, como foi o Projeto Montes Claros.

4 . 5 . A Constituição de 1988 e a consolidação da interiorização das escolas médicas

O movimento sanitário ampliou-se desde o 1º Simpósio de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara, realizado em 1979, quando então foi lançado o documento produzido pela Diretoria Nacional do CEBES, "*A Questão Democrática na Saúde*" (CEBES, 1980), que propôs reorientar o sistema de saúde brasileiro*,* com base na descentralização, na integração institucional e na regionalização. Também enfatizou a hierarquização da rede assistencial com ênfase nas ações básicas de saúde e com participação popular.

Destacou-se neste manifesto uma ampla análise da conjuntura no início da abertura política, "lenta e gradual", quando se questionou o modelo médico assistencial privatista, garantido pela Lei 6.229, de 1975. Naquele momento a responsabilidade da assistência médica era assumida pelo Ministério da

Previdência e Assistência Social, e a saúde pública pelo Ministério da Saúde. As EM mantinham uma relação quase exclusiva com o MEC. O relacionamento com os MPAS e o MS, quando acontecia, se restringia ao financiamento de atividades dos hospitais universitários.

Localiza-se na década de 1980 o embrião de uma proposta de cooperação interinstitucional firmada pelo MS, MEC, MPAS e a OPAS com o objetivo de melhorar a formação profissional dos trabalhadores de nível médio e fundamental, já inseridos nos serviços de saúde. Segundo Pereira e Ramos: "*O Larga Escala é entendido pelo Ministério da Saúde como proposta que alia pontos positivos da formação profissionalizante realizada tanto pelos serviços de saúde quanto pelas instituições educacionais*" (2006, p. 33).

No governo Sarney aumentou a tensão entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social, que, naquele tempo, era hegemônico na assistência médica. Localizam-se aí os primeiros registros de universalidade no acesso das populações urbanas e rurais, sem qualquer distinção. O sucesso dessa proposta dependia da extinção do INAMPS, o que só veio a se concretizar com a promulgação da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, assinada pelo então Presidente da República Itamar Franco, e o ministro da Saúde Jamil Haddad.

A partir da convocação da Assembléia Nacional Constituinte, na atuação do movimento da reforma sanitária verifica-se o que foi priorizado (CNRS, 1987):

- O dever do Estado na promoção, proteção e recuperação da saúde.
- A natureza pública das ações e serviços de saúde.
- A organização das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios, sob controle social.
- A subordinação do setor privado às normas do SUS e, quando necessário, contratado sob as normas do direito público; diretriz de estatização progressiva.
- A desvinculação do Sistema de Previdência Social, com financiamento autônomo e estabelecimento de pisos de gastos.

No período da reforma sanitária, das conferências nacionais de saúde e da Constituinte, as questões relacionadas com o ensino médico pouco apareceram nos documentos finais que foram apresentados no processo constituinte. A Constituição promulgada em outubro de 1988 determinou que em seis meses o Poder Executivo enviasse ao Congresso Nacional os projetos de lei referentes à organização e ao funcionamento da seguridade social completando, assim, a legislação infraconstitucional.

Nos Congressos da ABEM, em 1986 a discussão da *Integração das Escolas Médicas com o Sistema de Atenção à Saúde;* em 1987, abordou-se o tema *Uma Retrospectiva da Educação Médica Brasileira;* em 1988, *Educação Médica nas Américas/Conferência de Edimburgo e Reforma da Educação*

Médica; e no ano de 1989 foi discutido *Reforma da Educação Médica Exigida pela Constituição. O*s educadores médicos demonstraram que estavam sintonizados com a agenda setorial da saúde e da educação.

Em 1990, no interior das Regiões Norte e Centro-Oeste ainda não haviam sido criadas EM, conforme se verifica na Tabela 4.2.

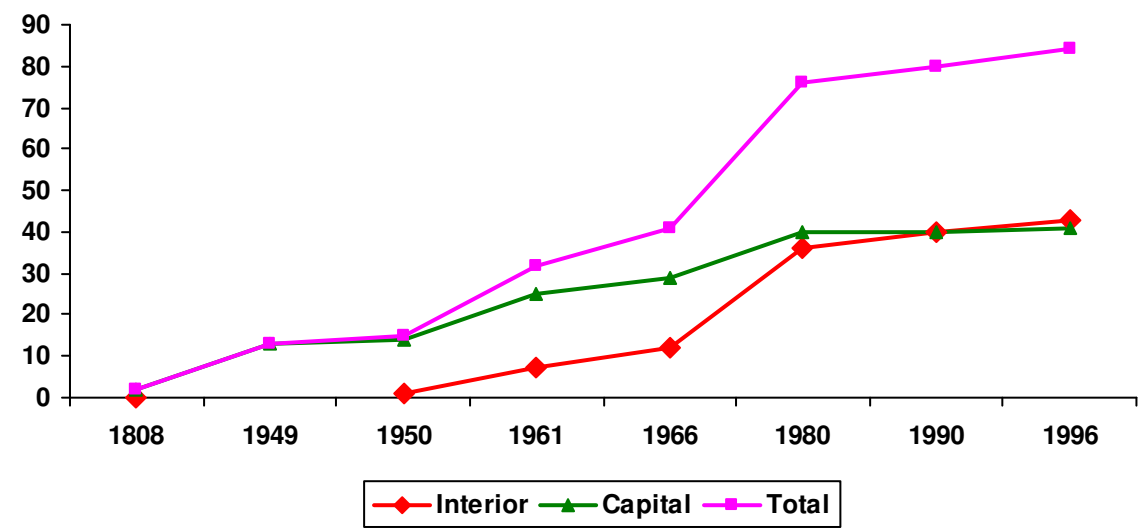
Tabela 4.2: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1990

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	3	-	3	-	-	-	**3**
CENTRO-OESTE	4	-	4	-	-	-	**4**
NORDESTE	11	1	12	1	-	1	**13**
SUL	4	3	7	6	3	9	**16**
SUDESTE	8	6	14	12	18	30	**44**
BRASIL	**30**	**10**	**40**	**19**	**21**	**40**	**80**

Fonte: MEC/INEP

Nota-se que a abertura, no interior da Região Sul, de 2 EM públicas (1

Gráfico 4.2: Evolução do número de escolas médicas por localização capital e interior — 1808 a 1996



Fonte: MEC/INEP

estadual, em Cascavel – PR, em 1988 e uma municipal, em Blumenau), em 1990, equiparou as EM do interior com as das capitais (Gráfico 4.2).

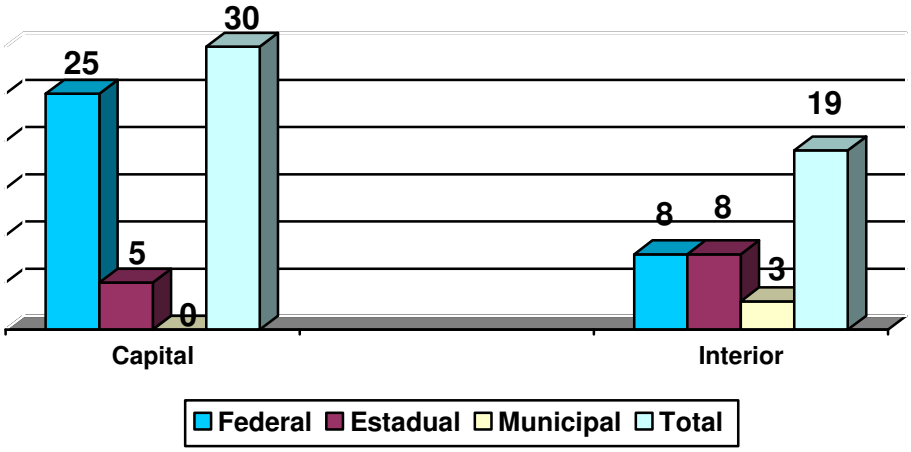
Observa-se na Tabela 4.1 que entre 1988 e 1990 as 4 EM que foram criadas se localizavam fora das capitais. Com isso, o ensino médico chegou ao interior de Santa Catarina[33] na cidade de Blumenau. Nesta faculdade, apesar de ser considerada pelo MEC como escola pública vinculada à administração municipal, os alunos pagam mensalidades com preços no mesmo nível do mercado de ensino.

Quanto ao regime financeiro, já existiam, no interior do Estado de São Paulo, as faculdades municipais de Taubaté (1967) e de Jundiaí (1968), que, embora públicas, também cobravam mensalidades. Estas foram criadas sob o estímulo dos Decretos 60.461 (13/03/1967) e 63.341 (01/10/1968).

Quanto ao vínculo jurídico, as 49 EM públicas representavam 61,25% do total das 80 EM do Brasil, com predominância nas capitais em relação às cidades do interior. Das 30 EM públicas das capitais, 25 eram federais (83,33%) e 5 estaduais (16,67%). Em comparação com as públicas no interior, os governos estaduais se responsabilizavam por 8 EM (42,11%), o governo federal por 8 EM (42,11%) e os municipais por 3 EM (15,78%). É nítida a maior presença das escolas estaduais no interior. Quanto às EM municipais, todas são mantidas por prefeituras do interior (Gráfico 4.3).

[33] A partir de 21 de março de 1995, pela Lei Complementar Municipal nº 80, a Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) é incluída como órgão autônomo na estrutura administrativa do Poder Executivo municipal, uma instituição oficial de direito público.

Gráfico 4.3: Número de escolas médicas públicas por dependência administrativa e por localização capital e interior — 1990



Fonte: MEC/INEP

4 . 6 . O governo Collor e a falência do ensino médico

É interessante frisar que durante o governo Collor, de 15 de março de 1990 a 29 de dezembro de 1992, não houve abertura de faculdades de medicina. O CNS, ao criar a Câmara Técnica de Atuação Profissional da Área da Saúde (CT-APAS), em 20 de dezembro de 1990, demonstrou sua preocupação com a expansão dos cursos no setor saúde e com a qualidade da formação dos profissionais, e incumbiu então esta estrutura colegiada de elaborar pareceres a respeito da necessidade social de abertura dos cursos superiores das 14 profissões consideradas como da área da saúde[34], precedendo a autorização do CFE. Considerou ainda que competia ao Ministério da Saúde subsidiar os órgãos responsáveis pela capacitação dos

[34] Resolução CNS 287/98. Relaciona as 14 (catorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS (www.conselho.saude. gov.br / resolucoes /reso_98).

profissionais de saúde, com estudos e propostas que visavam a melhoria da qualidade do ensino em todos os seus níveis.

Por esse tempo, em 1990, foram sancionados a Lei 8.142/90, que definiu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e o Decreto 99.438/90, que tratava da organização e das atribuições do CNS. Recentemente, em 11 de julho de 2006, este decreto foi revogado pelo Decreto 5.839, que definiu o processo eleitoral dentro do CNS e dispôs sobre a nova organização e as atribuições desse colegiado. Neste recente instrumento reiterou-se a necessidade do SUS e do CNS: "*Articular-se com o Ministério de Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais"* (Brasil, 2006).

A Lei 8.080/90 ampliou o arcabouço jurídico do SUS quando regulamentou as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de organizar o funcionamento dos serviços correspondentes. Nesta legislação aparece explícita a ordenação da formação de recursos humanos no setor saúde (Brasil, 1990).

Com essa legislação em vigor estavam previstas todas as condições para que o ensino da medicina no Brasil iniciasse uma nova fase de integração das agendas do MS e do MEC, reivindicadas por educadores que sempre

tiveram o entendimento de que a interface entre a saúde e a educação é inquestionável, como afirmou Ferreira (2001, p. 10):

> (...) no Brasil, diferentemente de outros países da região, o setor Educação manteve até agora todo o controle da formação de pessoal de Saúde, alcançando, em determinadas situações, instâncias que poderiam estar mais articuladas com o setor Saúde. Da formação básica, de nível médio e superior, que naturalmente estaria sob a orientação política, técnica e administrativa do Ministério da Educação, estendeu-se esta ingerência à pós-graduação, com controle do sistema de residência médica, e generalizou-se a demanda pela especialização. O setor Educação assumiu inclusive a responsabilidade dos chamados Hospitais Universitários, chegando com isto a dispor de maior número de leitos hospitalares que o setor Saúde.

Nesta mesma época, o CNS organizou mais duas comissões: a Mesa Nacional de Negociação (MNN/CNS) e a Comissão Interinstitucional de Recursos Humanos (CIRH/CNS). Estes espaços colegiados construíram um ambiente plural com a participação dos segmentos da sociedade civil. Entre estas, a CIRH/CNS é a que mais se ocupava com questões pertinentes à formação profissional.

No 28º Congresso Brasileiro de Educação Médica (Cuiabá, 1990), a ABEM e o CFM decidiram criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico do Brasil.

Naquele momento, o traço mais marcante do início do governo Collor no setor da saúde foi a insistência do ministro da Saúde, Sr. Alceni Guerra, em associar a falência da política de saúde à precariedade do ensino médico. Diante disto, o governo cogitou criar um exame nacional ao final do curso médico, proposta que foi considerada pelas entidades médicas como

extremamente injusta, visto que somente o estudante seria avaliado. As instituições de ensino e seus programas permaneceriam intocáveis. O Exame de Ordem, na verdade, colocaria as vítimas, ou seja, os alunos, no banco dos réus.

No meio associativo, a Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS) já aplicava o Exame AMRIGS para os médicos recém-formados no estado. Tal conduta foi acompanhada pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) que, na Resolução 034/90, introduziu o exame para todos os médicos que quisessem se registrar no estado.

4 . 7 . O Exame de Ordem do CREMESP e as NOB

.

A divulgação do documento *Uma Nova Política Para o Ensino Superior*, pelo MEC, sofreu críticas da sociedade, sendo destaque a posição da Sociedade Brasileira de Pesquisa Científica, que na reunião de 1991 repudiou a política educacional vigente. Quanto às EM, o Decreto 49/91 determinou que a abertura de novos cursos do setor saúde, inclusive nas universidades, dependeria de parecer favorável do CFE e do MEC, quanto à necessidade social. Na década de 1990 os pareceres foram emitidos pela CT-APAS/CNS e em sua maioria foram aprovados pelo pleno do CNS, recomendando a não-abertura de novos cursos, notadamente nas áreas de enfermagem e medicina.

À medida que isto acontecia, o Senado Federal lançou um projeto de lei instituindo o Exame de Estado, ou Exame de Ordem, para os concluintes do ensino superior. Como resposta, o CREMESP iniciou em 1990 o Exame de

Ordem. Esta proposta foi rechaçada pela categoria médica e pela comunidade acadêmica, que denunciou que o projeto atendia aos interesses do relatório do Banco Mundial, intitulado *Higher Education Reform in Brazil,* que propôs a certificação profissional e a desregulamentação profissional com a criação de um sistema de exames de certificação profissional para médicos. Cunha (1997, p. 27), ao analisar este relatório, entendeu que:

> Tais exames deveriam ser conduzidos, de preferência, por instituições privadas sem fins lucrativos. O projeto do senador Darcy Ribeiro de LDB, de 1992, previu tal certificação, mas enquanto Exame de Estado, para um elenco distinto de profissões: saúde física e mental, direito e engenharia, deixando de fora o magistério.

Durante a grave crise econômica de 1992, com uma inflação de 1.100% ao ano, Itamar Franco tomou posse, em 27 de dezembro, após o *impeachment* de Collor de Mello. No ano seguinte, a crise se aprofundou e elevou os índices inflacionários a 6.000%, o que motivou o lançamento do Plano Real. À medida que isto aconteceu, o combate à corrupção ocupou a agenda política nacional. No setor educacional, a MPV 661/95 extinguiu o CFE e deu início a uma seqüência de reedições, finalizada com a aprovação da Lei 9.135/95. Durante o seu governo, apenas uma faculdade foi criada, na cidade de Boa Vista (Roraima).

Ao final de 1994 existiam 81 EM no Brasil (Tabela 4.3).

Tabela 4.3: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1994

REGIÃO	***CAPITAL***			***INTERIOR***			***TOTAL***
	Pública	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	4	-	4	-	-	-	**4**
CENTRO-OESTE	4	-	4	-	-	-	**4**
NORDESTE	11	1	12	1	-	1	**13**
SUL	4	3	7	6	3	9	**16**
SUDESTE	7	6	13	12	19	31	**44**
BRASIL	**30**	**10**	**40**	**19**	**22**	**41**	**81**

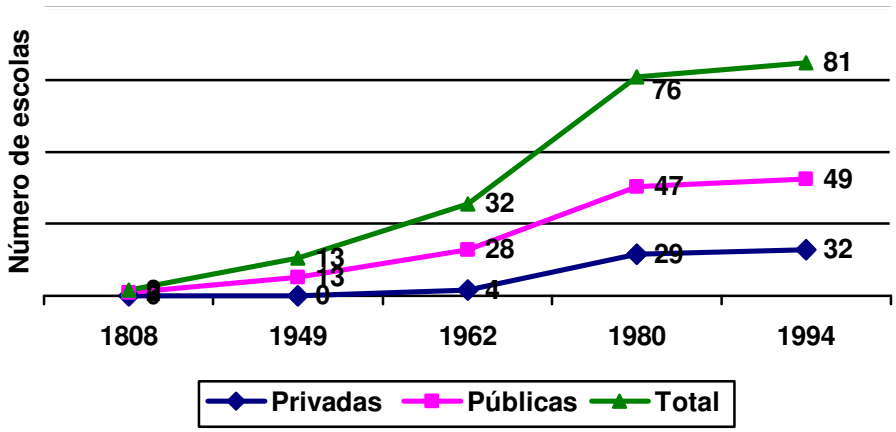
Fonte: MEC/INEP

A interiorização do ensino médico se intensificou após 1994. Esta inversão deveu-se ao aumento de 2 EM públicas no interior da Região Sul, e por 8 EM privadas no interior da Região Sudeste.

Quanto à vinculação jurídica, conforme o Gráfico 4.4, do total de 81 EM, 49 eram públicas (60,49%) contra 32 das escolas privadas (39,51%). Embora o ensino público continuasse hegemônico, a comparação com o percentual de EM públicas de 1980 (60,53%) evidencia uma contínua diminuição.

Em 1962 existiam apenas 4 EM privadas, número que aumentou significativamente após a implantação da LDB, chegando a 32 EM, ou seja, um aumento de 700% entre 1962 e 1994.

Gráfico 4.4: Número de escolas médicas por vínculo jurídico existentes em 1808, 1949, 1962, 1980 e 1994



Fonte: MEC/INEP

Até 1994, nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, o ensino da medicina era uma atividade restrita das capitais dos seus estados, apesar de 187 anos de existência. Quanto ao caráter público/privado, a iniciativa privada mantinha o mesmo comportamento que o poder público de não abrir escolas no interior dessas regiões.

A Região Nordeste permaneceu 160 anos sem nenhuma EM nos municípios, apenas nas capitais, e desde 1968, quando surgiu a primeira EM federal em Campina Grande (Paraíba) na região, não foi criada nenhuma escola pública até 1990. Quanto às faculdades privadas, após o surgimento, em 1952, da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, até 1994 não foi criada outra escola médica, completando assim quatro décadas com apenas uma EM privada no interior.

Na Região Norte, em 1971, a abertura da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual representou o início do envolvimento do governo estadual do Pará com o ensino da medicina. Na esfera federal foi retomado o investimento público com a abertura, em 1994, da Faculdade Federal de Medicina de Roraima, quase três décadas depois da criação da Faculdade Federal do Amazonas, em 1966.

Na Regiões Centro-Oeste e Nordeste não foram criadas EM de 1981 a 1996.

No sul do País, com a abertura, em 1988, da Faculdade Estadual de Maringá, ampliou-se a influência do governo do Paraná. Em Santa Catarina o surgimento da Faculdade de Medicina de Blumenau (FURB) expressou o início da vinculação da esfera municipal com o ensino da medicina.

Na Região Sudeste, apesar de não se registrar nas capitais um aumento de EM neste período, mais uma vez verificou-se o crescimento no interior, na maioria das vezes vinculado à esfera privada.

Na análise do ensino médico e a sua relação com a política de saúde é importante rever as diversas transformações setoriais na saúde que influenciaram o campo de estágio ou de prática dos alunos durante o processo de implantação do SUS. Na dimensão administrativa institucional um olhar para as Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 foi suficiente para essa pesquisa.

Embora o contexto político-econômico internacional conspirava contra reformas políticas direcionadas para o campo social e para a implementação

de iniciativas redistributivas, o SUS caminhou com dificuldades inerentes à complexidade da opção pela descentralização, mesmo que esta proposta não contrariasse totalmente as políticas neoliberais da década. Na NOB/91 (Médici,1994) foram identificados três principais aspectos das mudanças:

> a) uniformização gradativa da tabela de pagamentos aos hospitais públicos e privados, incluindo os universitários e filantrópicos;
> b) criação e ampliação de sistemas de informações informatizados e centralizados, que permitiriam acompanhar a produção e o desempenho dos serviços de saúde das esferas estaduais e municipais, bem como auxiliar a implantação de mecanismos de controle e avaliação;
> c) definição de critérios para a descentralização dos recursos de custeio e de investimento e a indicação do rumo a ser tomado pelos sistemas de saúde locais.

De comum nas NOB de 1993 e de 1996, existiu a vontade de integrar ações entre as três esferas de governo para criar as condições de implantar mecanismos de transferências financeiras para os estados e, principalmente, para os municípios, transferindo assim um conjunto de responsabilidades e recursos para a execução do Sistema Único de Saúde, que até então eram da inteira responsabilidade dos municípios, segundo Levcovitz (2001, p. 14):

> De forma secundária e diferenciada entre si, as três NOBs editadas na década de 1990 – NOB 91, NOB 93 e NOB 96 – trataram também de outros aspectos da organização do sistema de saúde, conforme será detalhado. As três NOBs da década de 1990 apresentam diferenças importantes no que diz respeito ao contexto em que foram formuladas: intensidade do processo de negociação entre gestores para sua elaboração, conteúdo normativo, grau de implementação, resultados para o processo de descentralização em saúde e relação intergestores ou interníveis de governo.

Embora existissem no discurso das NOB o respeito às diversidades loco-regionais brasileiras e o estabelecimento de relações de parceria entre os gestores dos sistemas de saúde, no exame detalhado dessas normas não se localiza uma preocupação com o processo de formação dos médicos ou com as instituições formadoras.

O único movimento na implantação da NOB 96 que viria a influir indiretamente no ensino médico, segundo Levcovitz (idem, p.15):

> (...) observou-se de fato uma expansão importante das estratégias do PACS[35] e PSF em todo o país, sendo que em dezembro de 2000 já atingiam respectivamente 51,5% e 22,5% da população brasileira, com cobertura variável entre as regiões do país: PACS com coberturas maiores que 80% nas regiões norte e nordeste e PSF com cobertura próxima a 40% na região nordeste e em torno de 30% nas regiões centro-oeste e norte do país. As menores coberturas são observadas nas regiões sudeste e sul.

A partir daí aprofundou-se o processo de descentralização do SUS, ampliou-se o controle social a nível municipal, estadual e federal, acelerado após a extinção do INAMPS em julho de 1993. Organizaram-se os encontros de conselheiros de saúde das três esferas governamentais. No CNS a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos – CIRH/CNS iniciou a elaboração do documento contendo os princípios e as diretrizes para uma NOB de Recursos Humanos para o SUS, que veio a ser aprovado em 27 de

[35] PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que serviu de estratégia de implantação do Programa de Saúde da Família, pelo Departamento de Atenção Básica do MS.

fevereiro de 2002, contemplando diversas preocupações relacionadas ao movimento de transformação do ensino médico brasileiro.

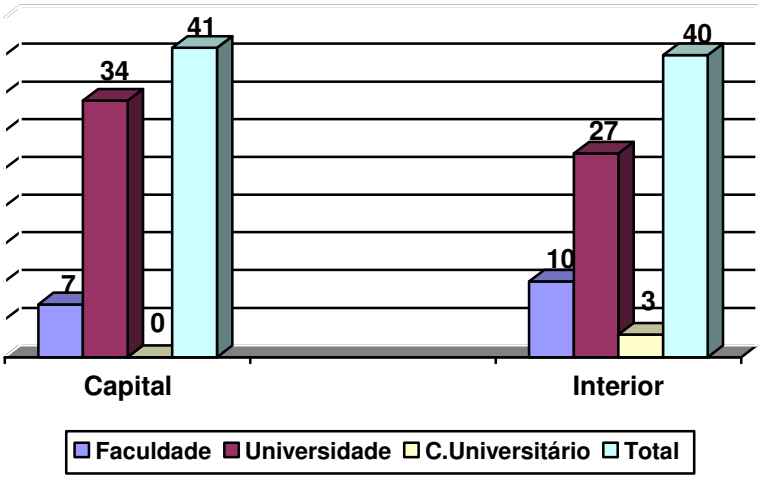
No noticiário nacional voltaram a ser destaque denúncias de processos fraudulentos para a abertura de novos cursos superiores, o que motivou o então presidente, Itamar Franco, em 18 de outubro de 1994, a editar a medida provisória (MPV) 661/94, que extinguiu o Conselho Federal de Educação e criou o novo Conselho Nacional de Educação (CNE), retornando a terminologia da época de sua criação em 1931, como parte da Reforma Francisco Campos.

4 . 8 . Retomada da expansão de escolas e da autonomia universitária

O governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) iniciou seu mandato com o processo de expansão estagnado, pois no período de 1980 a 1995 foram criadas apenas cinco novas EM. Nessa parte do capítulo se aprofunda a descrição da organização acadêmica, vinculação jurídica, localização geográfica e a oferta de vagas correspondentes ao primeiro ano do Governo FHC e do último ano de vigência da LDB/61

4 . 8 . 1 . Escolas médicas por organização acadêmica e por distribuição geográfica

Gráfico 4.5: Número de escolas médicas por organização acadêmica e localização capital e interior — 1995



Fonte: MEC/INEP

Observa-se no Gráfico 4.5 que em 1995 no conjunto das 81 EM, 61 faziam parte de universidades, o que correspondia a 75,30% do total de EM do Brasil. Destas universidades 34 estavam sediadas nas capitais (41,97%), enquanto 27 (33,33%) no interior.

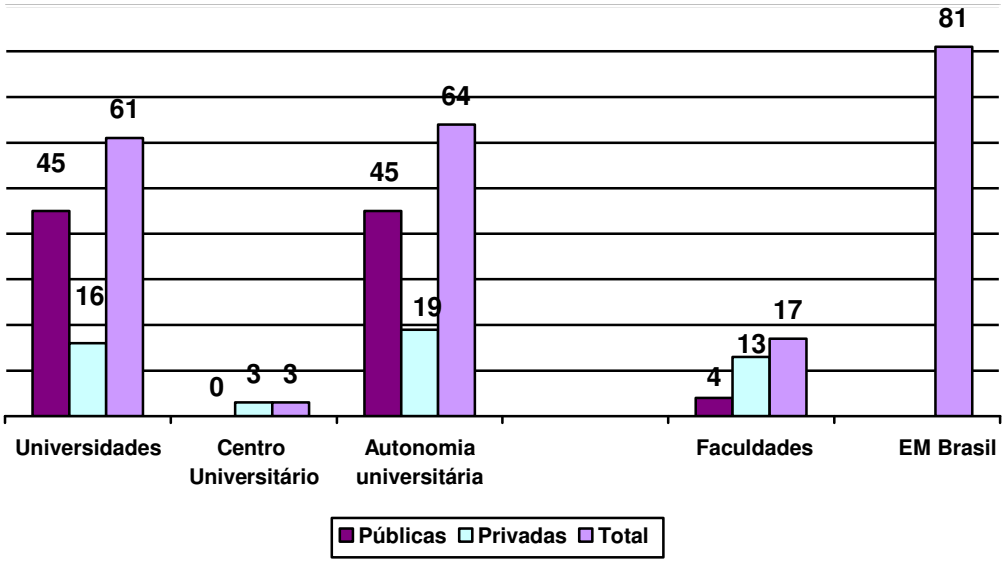
Do total de 61 universidades, 45 (55,55%) eram públicas e dessas universidades públicas 30 (37,03%) estavam nas capitais e 15 (22,52%) no interior. Somavam-se a estas universidades públicas 16 (19,75%) universidades privadas, das quais 4 (4,94%) estavam nas capitais e 12 (14,81%) no interior dos estados.

Os 3 (3,72%) centros universitários existentes na época eram todos privados, e se localizavam no interior. As 17 (20,98%) faculdades isoladas completavam o conjunto de 81 EM existentes no ano de 1995.

Quanto à distribuição destas 17 faculdades, 7 (8,64%) estavam nas capitais e 10 (12,34%) no interior. Quanto à natureza jurídica, 4 EM eram pública e 13 privadas.

Considerando a autonomia universitária, o somatório dos percentuais das 61 EM abrigadas nas universidades (75,30%) com o dos 3 centros universitários (3,72%) atingiu 79,02%, restando 20,98% correspondentes às 17 faculdades isoladas (Gráfico 4.6)

Gráfico 4.6: Número de escolas médicas por organização acadêmica, vínculo jurídico e autonomia universitária —1995

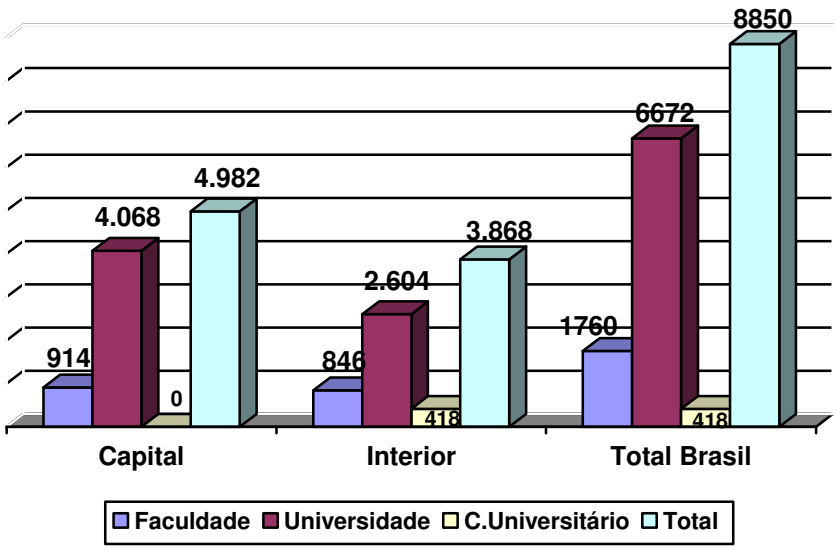


Fonte: MEC/INEP

Nos vestibulares de 1995 foram disponibilizadas 8.850 vagas. O olhar para esta oferta mostra que as 61 universidades ofereceram 6.672 vagas (75,39%), os centros universitários 418 vagas (4,72%) e as faculdades isoladas 1.760 vagas (19,89%).

Considerando a existência da autonomia universitária, o somatório dos percentuais das ofertas de vagas das universidades (75,39%) com o dos centros universitários (4,72%) atingiu 80,11%, restando 19,89% de vagas ofertadas nas faculdades isoladas.

Gráfico 4.7: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital/interior e organização acadêmica — 1995



O Gráfico 4.7 mostra que das 8.850 vagas disponibilizadas nos vestibulares foram oferecidas 4.982 vagas (56,29%) nas 41 EM localizadas nas capitais e 3.868 vagas (43,73%) nas 40 EM no interior.

Até este ano,1995, do quantitativo de 6.672 vagas (75,39%) ofertadas pelas Universidades, 4.068 vagas (45,97%) estavam nas capitais e 2.604 (29,42%) localizadas no interior. Os 3 centros universitários ofertaram 418 vagas (4,72 %), todas localizadas no interior e todas privadas. Percebe-se como a oferta de vagas nas capitais era majoritária.

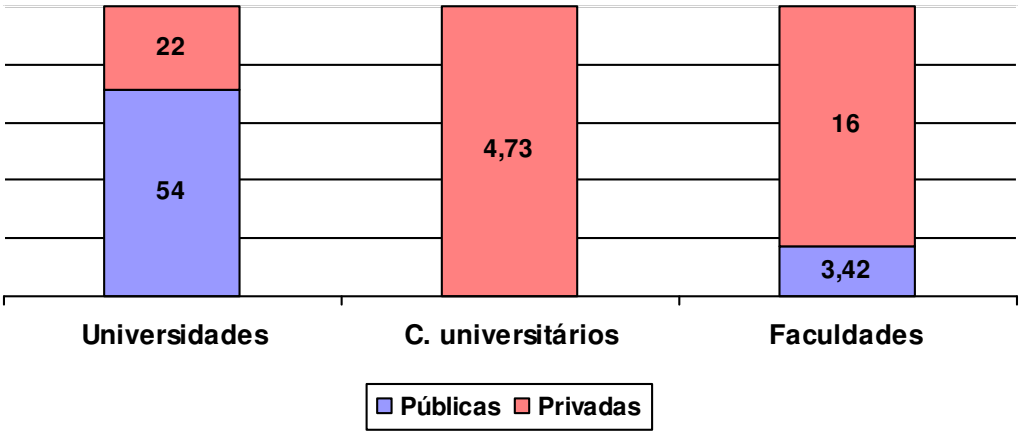
Nas 17 faculdades isoladas as 1.760 (19,89%) vagas eram distribuídas entre as 7 faculdades das capitais, que ofertaram 914 (10,32%) vagas, e o restante das 10 EM do interior, que ofertaram 846 vagas, o que correspondia a 9,57% de todas as vagas do País.

Nota-se que anteriormente se registrava uma predominância nas capitais, e em 1995 existiu uma equivalência de vagas entre as faculdades do interior e das capitais.

4 . 8. 2 . Oferta de vagas por organização acadêmica e vínculo jurídico

O Gráfico 4.8 mostra que as 61 universidades ofertaram 6.672 (75,39%) vagas divididas entre 4.744 (53,61%) públicas e 1.928 (21,78%) privadas. Os 3 centros universitários tiveram 418 vagas (4,73%), todas privadas. As 17 faculdades ofertaram 1.760 (19,89%) vagas, divididas entre as 13 faculdades privadas, que abriram 1.467 (16,47%) vagas.

Gráfico 4.8: Percentual de vagas oferecidas por vínculo jurídico e organização acadêmica — 1995



Das 13 faculdades particulares, 7 estavam nas cidades do interior e ofertaram 642 (7,15%) vagas e as 6 restantes eram localizadas nas capitais e ofertaram 825 (9,32%) vagas. Quanto às 4 faculdades públicas, sendo 3 sediadas no interior e 1 localizada na capital, em conjunto abriram 293 (3,42%) vagas públicas.

O somatório dos percentuais das vagas em instituições que possuíam autonomia universitária atingiu 80,11%. Quanto aos 19,89% restantes (1.760 vagas), pertenciam às faculdades isoladas.

4 . 8. 3. Oferta de vagas nas IES por organização acadêmica, vínculo jurídico e distribuição geográfica

4. 8. 3. 1. Oferta de vagas nas capitais

As 34 EM das universidades das capitais ofertaram 4.068 vagas. O ensino universitário privado ofereceu 566 vagas (6,39%) e o público 3.502 (39,57%). As 7 faculdades ofertaram 914 vagas (10,33%), divididas em 89 federais (1,10%) e 825 (9,32%) no setor privado.

Quanto ao vínculo jurídico, prevaleciam nas universidades as vagas públicas, enquanto nas faculdades isoladas a maioria das vagas eram privadas.

O detalhamento da esfera administrativa das EM e das ofertas de vagas evidencia que as 4 universidades privadas ofereceram 566 vagas (6,39%). Do percentual de 45,96% referentes às 4.068 vagas ofertadas pelas universidades públicas, as instituições federais abriram 2.933 (33,14%) vagas para medicina e as estaduais, 569 (6,24%). Quanto ao vínculo jurídico, prevaleciam nas universidades as vagas públicas, enquanto nas 7 faculdades isoladas, a maioria das vagas, 914 vagas (10,33%). Destas, 825 (9,23%) se localizavam no setor privado e 89 na esfera federal (1,10%).

Nota-se que não existiam, até então, EM integrantes de centros universitários nas capitais.

4 . 8 . 3 . 2 . Oferta de vagas no interior em 1995

No interior localizavam-se 40 EM no ano de 1995, que abriram 3.868 vagas, representando 43,71% em relação ao total de 8.850 vagas ofertadas pelas 81 EM da época. As 27 EM mantidas por universidades abriram 2.604 vagas (29,43%). O setor privado mantenedor de universidades ofereceu 1.362 vagas (15,39%), enquanto as universidades públicas ofereceram 1.242 vagas (14,04%), das quais 460 (5,19%) eram mantidas pelos governos estaduais, 146 (1,64%) pelas prefeituras municipais e 636 (7,19%) pelo governo federal.

Os 3 centros universitários ofertaram 418 vagas (4,73%), todas do setor privado. Das 10 faculdades, as 7 privadas ofereceram 642 vagas (7,25%), enquanto o segmento público abriu 204 vagas (2,30%), distribuídas por 144 estaduais (1,62%) e 62 municipais (0,70%).

4 . 9 . A nova LDB e a explosão do ensino privado no interior do Brasil

A análise das 9.099 vagas oferecidas em 1996 nas 84 EM mostra que, quanto à distribuição geográfica, as 40 EM das capitais concentraram 4.882 vagas (52,49%) e as 44 EM do interior ofereceram 4.277 vagas (47,51%). Tomando 1996 como ano base, foram abertas 5.077 vagas nas 50 EM públicas (55,80%) e 34 EM privadas, com 4.022 vagas (44,20%).

Enquanto o parlamento discutiu a nova LDB e o PNE, foram editadas portarias, decretos, medidas provisórias e leis setoriais, estabelecendo diversos instrumentos infraconstitucionais, até a aprovação e promulgação da Lei 9.394/96, a nova LDB.

A esse respeito, Cunha (1997, p. 21) considerou:

> Para quem esperava por diretrizes e bases para o ensino superior, o desfecho do projeto legislativo da Lei 9.394/96 foi uma grande frustração. (...) de modo que chamei o projeto que lhe deu origem – o do Senado Federal – de uma lei minimalista.

A oferta de vagas, no ano de 1996, pode ser vista na Tabela 4.4.

Tabela 4.4: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1996

	CAPITAL			***INTERIOR***			***TOTAL***
REGIÃO	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	382	-	382	-	-	-	382
CENTRO-OESTE	272	-	272	-	-	-	272
NORDESTE	1150	200	1350	80	-	80	1430
SUL	505	389	894	462	318	780	1674
SUDESTE	1282	802	2084	944	2313	3257	5341
BRASIL	**3591**	**1391**	**4982**	**1486**	**2631**	**4117**	**9.099**

Fonte: MEC/INEP

4 . 9 . 1 . Distribuição geográfica das escolas médicas e oferta de vagas em 1996

4 . 9 . 1 . 1. Capitais

Entre as 50 EM públicas do País, as 30 EM das capitais ofertaram 3.431 (59,52%) vagas, distribuídas entre 25 EM da esfera federal com 2.862 vagas (31,45%), e 5 estaduais com 569 vagas (6,25%), e as 10 EM privadas com 1.391 vagas (15,29%). Não havia nenhuma municipal.

Nas capitais existiam 9 EM privadas, 6 faculdades isoladas e 3 universidades. A oferta de vagas destas 9 EM foi de 904, o que significou 3.428

novas vagas no total de EM privadas, elevando as vagas privadas em 1996 para 4.022 vagas. Nas 3.431 vagas oferecidas nas 30 EM públicas das capitais, as 29 universidades ofereciam 3.342 vagas (33,73%), não existiam centros universitários, e a única faculdade isolada pública oferecia 89 vagas (0,98%).

4. 9 . 1 . 2 . Interior

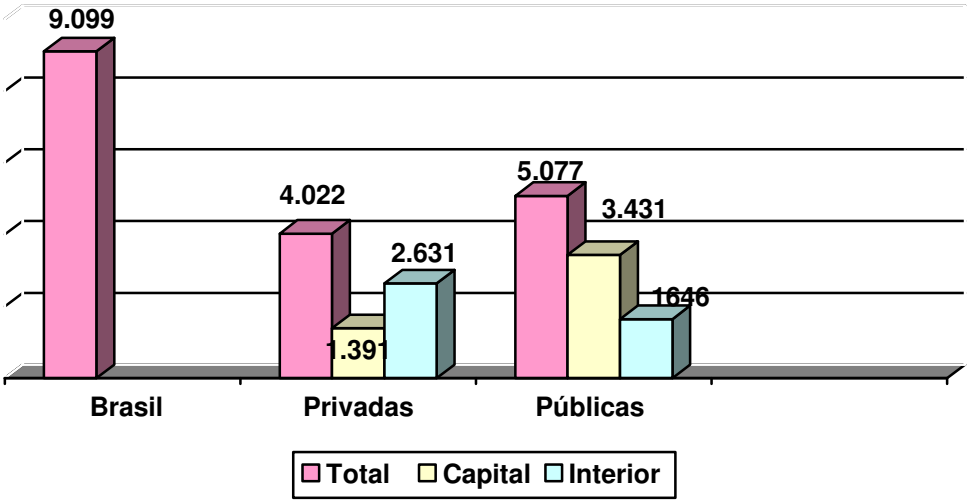
As 20 EM públicas ofertaram 1.646 vagas (18,09%), distribuídas pelas 8 EM da esfera federal, que ofereciam 796 vagas (8,75%), pelas 3 estaduais com 644 (7,08%), pelas 3 municipais com 206 vagas (2,26%), e quanto à organização acadêmica, 1.442 (15,85%) vagas estavam nas 17 universidades, enquanto que as 3 faculdades ofertavam 204 vagas (2,24%).

Nas 24 EM particulares do interior existiam 2.631 (28,91%) vagas, distribuídas entre 1.571 (17,26%) nas 14 universidades, 418 (4,59%) nos 3 centros universitários e 642 (7,06%) nas 7 faculdades.

Das 9.099 vagas oferecidas em 1996, 5.077 (55,80%) eram públicas, com 3.431 (37,71%) nas capitais e 1.646 (18,09%) distribuídas pelo interior.

Do total das 4.022 (44,20%) vagas privadas, 1.391 (15,28%) estavam nas capitais e 2.631 (28,92%) no interior (Gráfico 4.9).

Gráfico 4.9: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital e interior e vínculo jurídico — 1996



Fonte: MEC/INEP

4 . 9 . 2 . Distribuição da oferta de vagas pelas regiões brasileiras

As 9.099 vagas ofertadas nos vestibulares no ano de 1996 apresentaram a seguinte distribuição pelas regiões do Brasil:

Na Região Norte, foram abertas 382 (4,19%) vagas, todas públicas. Não existiram vagas privadas, o que demonstra a exclusividade de vagas públicas e concentradas nas capitais.

Na Região Centro-Oeste, localizaram-se 272 (2,98%) vagas, todas públicas, o que também apontava para a exclusividade de vagas públicas concentradas nas capitais.

Na Região Nordeste, desde o ano de 1968 já existiam 1.430 (15,71%) vagas e, dentre estas, 1.230 (13,52%) eram públicas, das quais 1.150 (12,64%) estavam nas capitais e somente 80 (3,04%) no interior. Quanto às vagas

privadas, 200 (2,19%) foram ofertadas e se concentraram na capital do estado da Bahia em apenas uma EM, o que também demonstra a então supremacia do ensino público sobre o privado, e a exclusividade de vagas concentradas nas capitais.

Na Região Sul localizavam-se 1.674 (18,39%) vagas, e dentro desta região 967 (10,62%) eram públicas e 389 (4,27%) privadas. Das 894 (9,82%) vagas oferecidas nas capitais, 505 (5,55%) eram públicas e 389 (4,27%) eram privadas. Das 780 (8,57%) vagas do interior, 462 (5,07%) eram públicas e 318 (3,50%) eram privadas.

Na Região Sudeste localizavam-se 5.341 vagas, que representavam 58,70% das vagas nacionais, e dentro desta região 2.226 (24,47%) eram públicas e 3.115 (34,24%) eram privadas.

Das 5.341 (58,70%) vagas oferecidas no Sudeste, 2.084 (22,90%) estavam nas capitais, e destas vagas 1.282 (14,09%) eram públicas e 802 (8,81%) eram privadas. No interior abriram-se 3.257 vagas (35,80%), e destas 944 (10,37%) eram públicas e 2.313 (25,43 %) eram privadas.

A análise do total das 4.022 vagas oferecidas nas 34 EM privadas do Brasil com as 3.115 vagas oferecidas nas 26 EM privadas do Sudeste mostra que 77,44% das vagas privadas concentravam-se nesta região.

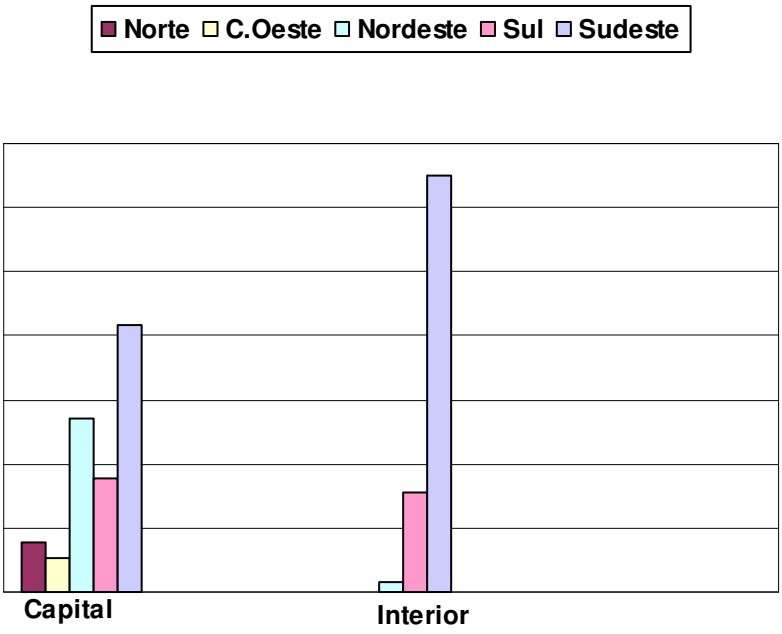
Por outro lado, quando comparamos as 3.115 vagas privadas ofertadas pela Região Sudeste com as 3.758 vagas oferecidas pelas Regiões Norte (382), Centro-Oeste (272), Nordeste (1.430) e Sul (1.674), observamos que as vagas privadas do Sudeste equivalem a 82,88% de todas as vagas públicas e privadas disponibilizadas pelas outras regiões brasileiras.

O confronto das 45 EM do Sudeste, que representavam 53,57%, com as 84 EM existentes no ano de 1996 evidenciava que a distribuição de escolas era ainda mais concentrada na Região Sudeste.

Em 1996, a comparação das 20 EM privadas localizadas no interior da Região Sudeste com a totalidade das 21 EM privadas localizadas nas Regiões Norte (4), Nordeste (13), Centro-Oeste (4) mostra que esta supremacia era ainda mais evidente quando a comparação era realizada com a totalidade das 26 EM privadas sediadas na Região Sudeste.

As 2.313 vagas ofertadas pelas 20 EM privadas existentes no interior da Região Sudeste suplantam as 2.309 vagas públicas oferecidas pelas 23 EM localizadas nas capitais das Regiões Norte, com 4 EM (382), Centro-Oeste, com 4 EM (272), Nordeste, com 12 EM (1.150) e Sul, com 4 EM (505).

Gráfico 4.10: Número de vagas oferecidas pelo vestibular por localização capital e interior segundo regiões — 1996



Fonte: MEC/INEP

Ao avaliarmos a distribuição de vagas privadas oferecidas na Região Sudeste (3.115 vagas) com o conjunto das 3.758 vagas ofertadas pelas demais regiões brasileiras, percebe-se que apenas em uma região o ensino privado equivalia a 82,89% dessas vagas (Gráfico 4.10).

4 . 10 . A expansão desigual do ensino médico para o interior em 1996

Em 1996, intensificou-se o predomínio das EM do interior sobre as das capitais. As 40 EM das capitais representavam 47,61% das EM brasileiras, enquanto que as 44 EM do interior significavam 52,39% da totalidade. A consolidação da interiorização das EM deveu-se à abertura, entre 1990 e 1996, de 1 EM estadual no Paraná, 1 EM municipal em Santa Catarina, 1 EM privada no Rio Grande do Sul e 1 EM no interior de São Paulo. A interiorização do ensino médico brasileiro foi composta por 20 EM públicas (8 federais/9 estaduais/3 municipais) e 24 EM privadas (Tabela 4.5).

Tabela 4. 5: Número de escolas médicas por vínculo jurídico e localização capital e interior segundo as regiões — 1996

	CAPITAL			***INTERIOR***			***TOTAL***
REGIÃO	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	**Pública**	**Privada**	**Subtotal**	
NORTE	4	-	4	-	-	-	**4**
CENTRO-OESTE	4	-	4	-	-	-	**4**
NORDESTE	11	1	12	1	-	1	**13**
SUL	4	3	7	7	4	11	**18**
SUDESTE	7	6	13	12	20	32	**45**
BRASIL	**30**	**10**	**40**	**20**	**24**	**44**	**84**

Fonte: MEC/INEP

Nas 24 EM privadas no interior existiam 14 universidades, 3 centros universitários e 7 faculdades, dentre estas 20 eram privadas e estavam na Região Sudeste e 11 no Sul (4 privadas e 7 públicas).

Até 1996, o ensino privado no interior dos estados quase se restringia às Regiões Sul e Sudeste e representavam 70,45% da totalidade das 44 EM do interior, e se confrontarmos com as 84 EM, significavam 36,90% da totalidade de EM existentes no Brasil.

A comparação do quantitativo existente em 1994 com o de 1996 concluiu que a proporção de EM públicas diminuiu de 60,49% (1994) para 59,52% (1996), e a proporção de escolas privadas aumentou de 39,51% para 40,48%, sinalizando o aumento do percentual de EM privadas.

Nas Regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste não houve alteração em 1995 e 1996.

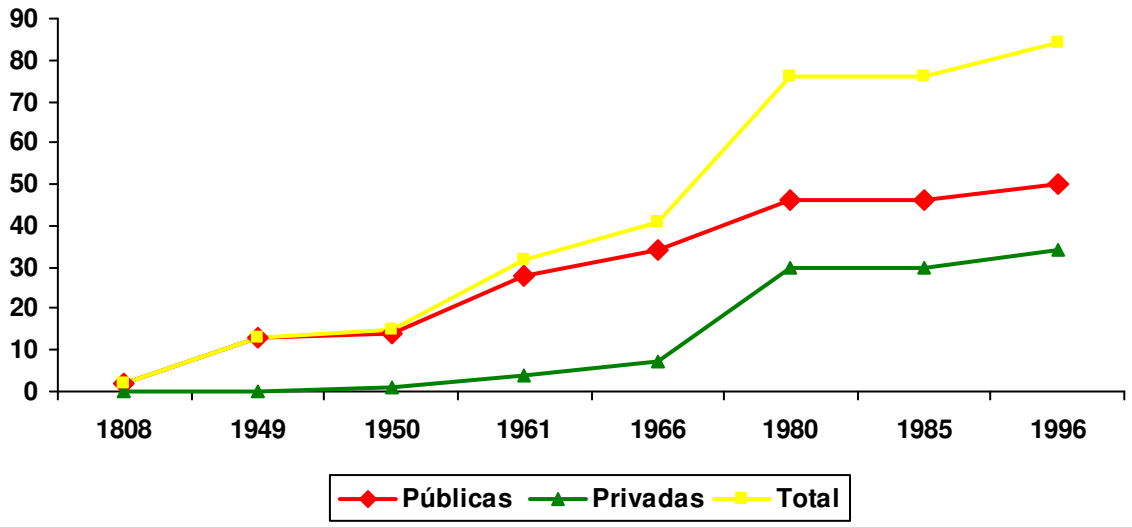
Na Região Sul aumentou a expansão das EM das capitais para o interior, ampliando a influência do governo estadual do Paraná com a abertura da Faculdade Estadual de Cascavel.

Na Região Sudeste, das 45 EM (53,53%) existentes, 20 eram públicas (23,80%) e 25 privadas (29,76%), ampliando a diferença a favor das EM privadas.

Quanto à localização geográfica, das 45 EM, estavam no interior 31, que representavam 36,90%. Ainda nesta região, ao considerar a proporção pública/privada nas capitais, dentre as 14 EM (16,66%), 8 eram públicas (9,52%) e 6 privadas (7,14%). No interior, das 31 EM (36,90%), 11 eram públicas (13,09%) e 20 privadas (23,80%).

Com a abertura, em 1990, da 40ª EM, equiparou-se o número das EM localizadas no interior com as das capitais, que se reportou ao ano de 1990.

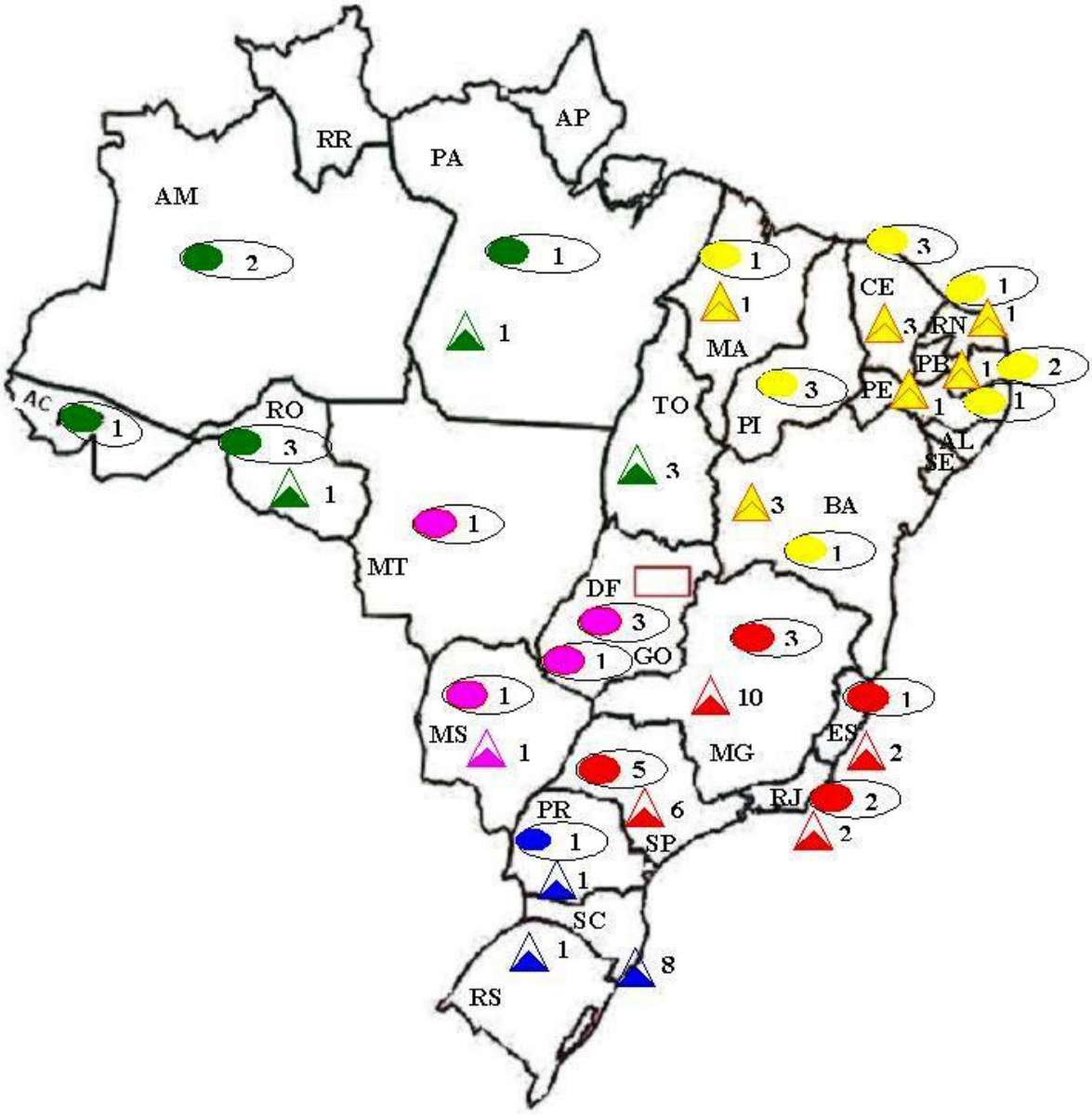
Gráfico 4.11: Evolução do número de escolas médicas por vínculo jurídico — 1808 a 1996



Fonte: MEC/INEP

O olhar detalhado para o período de 1808 a 1996, quanto à evolução da natureza jurídica das EM, conforme demonstra a evolução do Gráfico 4.11.

Escolas Médicas Brasileiras – 1997 a 2007



1997 a 2007		CAPITAL						INTERIOR					
		EM	PRIV	PUBLICA ●				EM	PRIV	PUBLICA △			
				PUB	MUN	EST	FED			PUB	MUN	EST	FED
BRASIL	83	37	31	6	-	4	2	46	33	13	1	6	6
N	12	7	4	3	-	1	2	5	3	2	1	1	0
NE	22	12	10	2	-	2	-	10	2	8	-	5	3
CO	7	6	5	1	-	1	-	1	-	1	-	-	1
S	11	1	1	-	-	-	-	10	10	-	-	-	0
SD	31	11	11	-	-	-	-	20	18	2	-	-	2

Capítulo 5

O *boom* das escolas médicas no século XXI

O aprofundamento desta pesquisa apontou a necessidade de perceber as nuances dos períodos pós-LDB/96 até os dias atuais.

Os três últimos governos – FHC (1995-1998 e 1999-2002) e Lula (2003-2006; 2007) – apresentaram características marcantes e, em razão disso, para o melhor entendimento das diversidades ocorridas, foi necessário analisar separadamente cada um destes mandatos presidenciais.

A perspectiva de se barrar a proliferação de EM foi um fator determinante para que entidades se articulassem com o objetivo de avaliar o ensino médico brasileiro, criar mecanismos permanentes de avaliação das EM e propor medidas de curto, médio e longo prazos, a fim de aumentar a fé pública da formação médica.

Estas foram as razões da criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM)[36], em 4 de março de 1991, e que alimentou o trabalho desenvolvido por esta Comissão até o ano de 2001.

[36] A CINAEM foi composta pelas seguintes entidades: ANM, ABEM, AMB, ANMR, CFM, CRUB, DENEM, FENAM, ANDES-SN, CREMERJ e o CREMESP, em virtude de existirem, à época, no eixo Rio-São Paulo, 32 das 80 EM do País.

As experiências anteriores, "*A possibilidade de que a academia se afastasse da realidade socioepidemiológica da população brasileira"* (MS/MEC, 2006, p. 7), e as tentativas pouco exitosas de implantação de currículos mínimos para o curso médico motivaram a comunidade acadêmica, a sociedade civil e os ministérios da Educação e da Saúde a construir uma agenda política, que redundou na aprovação, em 2001, das diretrizes curriculares no setor da saúde, em especial da medicina.

Nesta mesma época, Campos et al. (2001) observaram: "*A desarticulação entre as definições políticas dos ministérios da Saúde e da Educação tem contribuído para acentuar o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS*" (p. 54). Esta situação motivou a criação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (2001), do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED) em 2002 e, posteriormente, no governo Lula, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE).

As mudanças demográficas e epidemiológicas que têm ocorrido em diversos países afetam diretamente os serviços de saúde. Em função da globalização tanto das biotecnologias médicas como do trabalho, têm sido exigidas reformas neste setor, com propostas de novos modelos de atenção à saúde (Dal Poz et al., 2006).

A contextualização do ensino médico brasileiro com o internacional completará a discussão deste capítulo.

5 . 1 . O ensino superior e o sistema nacional de avaliação

Os instrumentos da avaliação tiveram maior destaque nas políticas públicas da educação durante os dois mandatos do governo FHC. Além dessa política setorial, Cunha (2003), ao analisar o octênio FHC, entendeu que as medidas adotadas:

> (...) constituíram uma verdadeira normatização fragmentada do ensino superior, a saber: o acesso aos cursos de graduação, o poder docente na gestão universitária, o Conselho Nacional de Educação, a avaliação e o formato institucional.
>
> (...) o qual revela uma intensificação da privatização no período, assim como um deslocamento da fronteira entre o setor público e o setor privado (p. 37).

Após a tentativa fugaz de implantação do Programa de Avaliação das Instituições Universitárias Brasileiras (PAIUB), o MEC priorizou a Lei 9.131/95, de 24 de novembro de 1995, que criou o Exame Nacional de Cursos (ENC) e as funções dos conselheiros do CNE. Este instrumento legal apontou para a necessidade do Plano Nacional de Educação (PNE) das diretrizes curriculares e do reconhecimento periódico dos cursos de mestrado e doutorado.

A transformação do INEP, pela Lei 9.448/97, em autarquia federal fortaleceu econômica e politicamente a primazia desta instituição em centralizar a avaliação das instituições através do ENC. O surgimento do Provão e as primeiras avaliações realizadas pelo MEC nos alunos das faculdades de medicina contrastaram com a proposta encaminhada pela CINAEM.

Sobre o Provão, o Ministro Paulo Renato Souza (2000, p. 5) declarou:

> O Provão revolucionou o sistema de ensino, sacudiu a universidade por dentro, acabou com o marasmo e aumentou o nível de exigência de alunos e professores.

Ainda a respeito do Provão, Araújo (1995, p. 2) afirmou:

> Melhor seria promover um processo de avaliação participativo e democrático das Instituições de Ensino Superior, incluindo-se a auto-avaliação, com sensibilização da comunidade acadêmica para tal, orientado a perspectivas de mudanças, para aprimorar a qualidade do ensino superior em nosso País. Isto para que, no porvir, tenhamos profissionais mais capacitados a desempenhar as atividades técnicas por eles escolhidas e formados com espírito crítico para participar ativamente das transformações sociais.

Com o ENC implantado, com a Lei de Diretrizes e Bases do Sistema Educacional Brasileiro completando seu quarto ano de vigência, e com a proliferação de portarias, decretos e medidas provisórias sobre o ensino, portanto, estando todas estas questões já definidas, de acordo com Valente (2001, p. 9):

> (...) em 9 de janeiro de 2001, o presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou, com nove vetos, a Lei 10.172/2001, que aprovou o Plano Nacional de Educação (PNE). Definiu-se, assim, após a Constituição Federal, a norma legislativa preconizada no Art. 214 da Carta, reafirmada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei 9.394/96, Art. 87, § 1º.

Estavam colocadas, então, as condições para a criação de um Sistema Nacional de Avaliação que, de acordo com Gonçalves Filho (2002): "*No Brasil, a avaliação no âmbito do Estado tornou-se obrigatória somente para o sistema educacional e foi institucionalizada nos anos 90. Anos marcados pelo crescimento político das orientações neoliberais de Estado*" (p. 2).

A Lei 9.131/95, artigo 3º, atualizou o artigo 9º da LDB vigente (Lei 4.024/61) e criou o Exame Nacional de Cursos (ENC), com a obrigatoriedade de avaliar anualmente as turmas no final do último período mediante uma prova teórica. O ENC ficou conhecido como Provão, e possuía conteúdos mínimos estabelecidos e divulgados para aferir os conhecimentos e as competências adquiridas pelos alunos.

Após a prova, o MEC divulgava os resultados das avaliações de cada instituição. Cabia ao aluno a obrigatoriedade da realização do exame como condição prévia para a obtenção do diploma. Os resultados individuais dos alunos não eram computados para a sua aprovação final.

Este método recebeu muitas críticas de toda a comunidade acadêmica, desde o seu primeiro ano de realização até a sua extinção. Anos após, a Lei 10.861, de 14 de abril de 2004, criou o Sistema Nacional de Avaliação de Educação Superior (SINAES), que substituiu o Provão e passou a avaliar internamente não só as instituições e os cursos, como também o desempenho dos estudantes, abrangendo o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o corpo docente e a gestão e as instalações das instituições.

Para a autorização do funcionamento, credenciamento e recredenciamento de universidades ou de instituições não-universitárias, no

Sistema Federal de Educação Superior, tornou-se obrigatória a existência de um ato do Poder Executivo após o parecer do CNE. A estrutura e o funcionamento do ensino superior foram redefinidos e atualmente são regidos por um conjunto de normas, pela nova LDB (Lei 9.394/96), pela Lei 9.135/95, pelo Decreto 3.860/01 e por vários outros decretos, portarias e resoluções, que na sua maioria são editados pelo MEC.

5 . 2 . CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas brasileiras

O projeto CINAEM está detalhado nesta pesquisa, a princípio, em razão da importância do trabalho desenvolvido pelo conjunto de pessoas que construíram o processo de avaliação do ensino médico brasileiro entre 1991 e 2001. Não menos importante é o propósito de disponibilizar dados, aumentando, assim, a divulgação de um acervo elaborado ao longo das décadas, de modo que outras pessoas possam também dele se servir.

No tratamento dos dados buscou-se dar transparência e acessibilidade aos que não participaram do dia-a-dia da pesquisa, e que até hoje discutem este tema. Estão presentes ao longo do texto as visões e opiniões deste autor que, em 2002, no IMS-UERJ, concluiu mestrado com a dissertação “CINAEM – Avaliação e Transformação das Escolas Médicas: Uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS”, e que de 1992 a 1997 desempenhou a função de secretário executivo da CINAEM.

Falar de dentro da pesquisa, segundo Wright Mills, quando discute a preocupação com o lugar do indivíduo dentro das ciências sociais (Velho, 2006),

> (...) o que precisam, e o que sentem precisar, é uma qualidade de espírito que lhes ajudem a usar a informação e a desenvolver a razão, a fim de perceber, com lucidez, o que está ocorrendo no mundo e o que pode estar acontecendo dentro deles mesmos.

O trabalho está disponibilizado de acordo com a periodização dos capítulos desta tese. Inicialmente, a 1ª Fase da CINAEM, e posteriormente a Auto-avaliação realizada de 1991 a 1993.

5 . 2 . 1 . A construção e a estratégia da CINAEM

Embora no Brasil essa prática da CINAEM não fosse regra, Viana (1996, p.12-13), com o objetivo de incluir a avaliação das EM e de inserir esta prática na agenda pública do ensino, ao conferir um grau de importância para a agenda política, reconheceu que existe uma hierarquia no agendamento das questões, e afirmou: "*Alguns grupos e comunidades têm mais acesso do que outros, e a comunidade dos médicos é um exemplo.*"

A estratégia escolhida foi a divulgação de um protocolo único, baseado em modelo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e a utilização da organização das entidades que compuseram a CINAEM.

A discussão sobre a transformação do ensino médico mantinha-se, predominantemente, na comunidade acadêmica, na qual prevalecia a

identificação de conteúdos essenciais das especialidades para a composição das competências do formando, segundo Gallo (2000, p.105):

> Como estratégia a reforma da grade curricular. No bojo dessas reformas, percebe-se: associação indireta entre políticas de saúde e perfil dos médicos recém-formados e pouco acúmulo teórico metodológico para descrever, propor e implementar mudanças nos processos que mantêm o paradigma flexneriano. A ação prática destas correntes limitou-se ao remanejo das disciplinas e/ou carga horária.

5 . 2 . 2 . A articulação das entidades e a opção pela avaliação

As associações médicas, o sindicato dos docentes e os conselhos de medicina estavam voltados para a sua organização interna. A elaboração do novo Código de Ética Médica[37] (1988) e a transformação da ANDES em sindicato nacional exemplificam esta questão. No setor saúde a agenda prioritária era a 9ª Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 18 a 22 de novembro, 1992), na qual a formação e utilização dos recursos humanos de saúde foram um dos subtemas.

A opção da CINAEM pelo projeto de avaliação fortaleceu parcerias entre novos atores que, de início, incluíram o ensino médico como questão prioritária das entidades, pois das onze representações apenas a ABEM e a DENEM tratavam exclusivamente de educação médica. O entendimento das razões pelas quais onze entidades priorizaram uma agenda política conjunta é

[37] Após amplo debate nacional, o novo Código de Deontologia Médica foi aprovado em 8 de janeiro de 1988, no Congresso Brasileiro de Ética Médica, realizado no Rio de Janeiro, com a participação de delegados das entidades médicas e da sociedade civil.

facilitado ao recorrer a Viana (1996, p. 7), que em seu artigo "*Abordagens Metodológicas em Políticas*", referenciada em Kingdon, Hofferbert, Cobb e Edler, ressaltou a importância do estabelecimento da agenda nas políticas públicas. Segundo a autora:

> A primeira indagação a ser feita é por que alguns problemas e assuntos são colocados na agenda, e outros não; por que certas alternativas são escolhidas, e outras não. Dessa forma, a agenda é definida como o espaço de constituição da lista de problemas ou assuntos que chamam a atenção do governo e dos cidadãos.

A CINAEM construiu um processo coletivo e estruturou um calendário de atividades. Realizou 48 reuniões do colegiado, uma a cada mês, entre 1991 e 1996, além de organizar cinco oficinas de treinamento[38], cinco Fóruns Nacionais de Avaliação do Ensino Médico (FNAEM) e um Encontro Nacional das Escolas Médicas (ENEM), que ampliaram o contato das entidades com o projeto de avaliação.

[38] As oficinas de implantação e as de acompanhamento foram realizadas com o apoio e em parceria com as faculdades do projeto UNI (Marília, Botucatu, Londrina, Bahia, Natal e Brasília*). CINAEM passo a passo, 1ª e 2ª Fases* fornece, entre outras informações, a data de realização dessas oficinas. Para mais detalhes, veja Amaral, 2002.

5 . 2 . 3 . A auto-avaliação e os resultados da 1ª Fase

Em 1992, no 2º Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, realizado em Londrina (1992), foram divulgados os resultados da auto-avaliação das 78 EM participantes. O relatório dos resultados da 1ª Fase[39] do Projeto CINAEM (Auto-avaliação) registrou que, nesse ano, o Brasil possuía 80 EM.

5 . 2 . 3 . 1 . Perfil das escolas participantes

Quanto aos aspectos técnicos, a 1ª Fase mostrou que: *"Inicialmente era importante destacar a relação histórica entre data de criação das escolas médicas e vínculo jurídico apresentado"* (Relatório CINAEM, 1997).

Das 78 EM participantes da CINAEM, 43,40% eram privadas, 39,50% federais, 14,50% estaduais e 2,60% municipais, totalizando 56,60% de escolas públicas, demonstrando a adesão ao protocolo independentemente do vínculo jurídico.

Quanto à organização dos cursos, na maioria das EM o curso estava dividido em dois ciclos distintos, não havia uniformização do ensino, os currículos eram centrados na doença e não permitiam ao aluno uma visão integradora do indivíduo e de sua inserção na sociedade.

[39] Os resultados da Auto-Avaliação – 1ª Fase foram publicados em forma de artigo na *Revista Brasileira de Educação Médica* (1992).

Quanto à docência médica no quadro de professores, menos de 38% possuíam titulo de pós-graduação (mestrado, doutorado e livre-docência) e, na maioria das escolas, havia pouco incentivo à pesquisa.

Quanto ao modelo pedagógico, a auto-avaliação observou:

> (...) apesar de serem determinados pela estrutura político-administrativa da escola médica, exerciam sobre a escola pesada influência, determinando de forma predominante o modelo pedagógico da escola médica e os conteúdos programáticos de seu currículo (Relatório CINAEM, 1997).

Quanto aos recursos humanos, a CINAEM concluiu que este era um dos pontos críticos da estrutura escolar.

Quanto ao desenvolvimento das faculdades com a comunidade, identificou-se uma deficiência no grau de compromisso social e nas relações com a comunidade, que ocasionava problemas no processo de integração entre o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência.

5 . 2 . 4 . Conclusões finais da auto-avaliação – 1ª Fase (1991-1992)

Percebeu-se que a expansão anárquica das faculdades repercutiu na qualidade das EM e no sistema de saúde local, tornando-se evidente que o término dessa fase do processo de avaliação serviu para orientar o encaminhamento da fase seguinte, ao demonstrar que:

> (...) recursos humanos e modelo pedagógico eram as determinantes que mais influenciaram no perfil do médico formado. Essa constatação determinou a linha da pesquisa realizada na 2ª Fase da avaliação e revelou uma realidade que criou o compromisso da CINAEM com a construção de um novo momento para as Escolas Médicas (Resultados da 1ª Fase do Projeto CINAEM, 1992).

Ao longo da 1ª Fase surgiram duas polêmicas. Na 8ª Reunião, nos dias 23 e 24 de março de 1992, as representações do CREMESP e da AMB sugeriram que a CINAEM instituísse um Exame de Ordem, o que não foi aprovado. No mesmo ano, na 13ª Reunião, a CINAEM decidiu que os resultados finais da auto-avaliação fossem divulgados sem a individualização das EM, embora existissem representantes que defendessem o contrário.

A 1ª Fase do projeto não estabeleceu classificação, ou mesmo juízo de valor numérico sobre as escolas. Seu grande mérito foi a formação de uma rede nacional de docentes, discentes e membros da sociedade civil capazes de refletir de forma qualificada e permanente sobre a prática médica cotidiana, as novas experiências educacionais e a reformulação contínua do exercício profissional. Visou ainda:

> (...) subsidiar as demandas da sociedade e da comunidade acadêmica sobre a situação do ensino médico no país e modelos de avaliação inovadores (Relatório CINAEM 1ª fase, 1992).

5 . 2 . 5 . Conclusões da avaliação externa – 2ª Fase (1993-1997)

A 2ª Fase da CINAEM, que foi uma avaliação externa, se entendeu até 1997, e teve seus resultados apresentados em 1997, no 2º Encontro Nacional das Escolas Médicas (1997), quando foi divulgado o relatório final. A avaliação dos docentes mostrou:

5 . 2 . 5 . 1 . Quanto ao gênero, tempo de docência, regime de trabalho e formação docente

Do total de 4.193 professores entrevistados, 67,30% eram do sexo masculino e 32,70% do sexo feminino. A faixa de idade mais freqüente, entre os docentes, foi de 30 a 49 anos (52%). Os resultados indicaram que 24,90% eram docentes há 19 anos ou mais, 24% estavam na faixa de 11 a 18 anos de atividade, 24% já trabalhavam na instituição entre 5 a 10 anos e 27% eram professores com menos de quatro anos de exercício.

Nas escolas privadas prevaleceu o regime de trabalho de até 39 horas semanais (73%). Nas escolas públicas verificou-se que 35% possuíam regime de 40 horas semanais e 37% tinham dedicação exclusiva. A opção pela dedicação exclusiva (DE) apareceu com maior freqüência entre os professores da faixa de 30 a 59 anos de idade. Entre os docentes das faculdades públicas, 63% exerciam outras atividades profissionais fora da escola.

À medida que o tempo de docência e a idade aumentavam, crescia a prevalência de docentes com mestrado e doutorado de forma linear e significativa, e até chegar à faixa dos 59 anos a residência médica estava inserida na formação de 79,50%, o mestrado em 31,30%, o doutorado em 20% e a educação especial em 6,60%. Note-se que esses números indicam que alguns estão computados com mais de uma modalidade de pós-graduação.

5 . 2. 5. 2. Quanto à pesquisa, publicações e assistência e satisfação com a docência

Os docentes com DE, com formação *stricto sensu,* tinham freqüência na pesquisa quatro vezes maior do que os que não possuíam mestrado e doutorado. A dedicação à pesquisa apresentou uma prevalência dez vezes superior nos docentes com dedicação exclusiva.

Os que possuíam idade inferior a 39 anos dedicavam 20 horas ou mais da sua carga horária semanal à assistência. A maioria possuía horário semanal de 40 horas.

Quando se associava satisfação pessoal com o salário, mais os ganhos extradocência, 76,40% estavam satisfeitos com a situação financeira geral e apenas 20,60% com o que recebiam nas EM. Apenas 34% estavam satisfeitos com os salários, considerando-se todas as faixas etárias e tempo de docência.

O trabalho médico como docente não se identificava como única atividade para a maioria dos docentes, já que, para esses, a docência não se constituía como profissão principal, e sim como atividade complementar.

Quando comparados os salários de docência com o total recebido mensalmente, para 20,20% dos docentes representava 100% de sua renda mensal, para 10,30%, representava entre 51% a 99% de sua renda mensal; e para 44% o salário atingia 25% dos seus ganhos mensais.

5 . 2 . 5 . 3 . Quanto aos formandos

O resultado global da avaliação prática dos 2.114 alunos do internato mostrou que somente 50% se apresentavam aos pacientes antes da consulta, e 50% dos formandos explicavam aos pacientes os exames que iriam fazer, mas ao final não elucidavam o que fora verificado. Tal quadro sugere que pelo menos 50% dos futuros médicos não aprenderam nos anos de faculdade noções de consideração pela pessoa do paciente.

Os médicos formados tinham deficiências no plano da ética médica e das relações humanas, possuíam visão funcionalista do processo saúde/doença e apresentavam dificuldades de se manterem atualizados. Os procedimentos mais simples no exame clínico não eram, em geral, executados.

5 . 2 . 5 . 4 . Quanto ao modelo pedagógico, à gestão e à infra-estrutura

A infra-estrutura estava inadequada, degradada pelas péssimas condições de trabalho, com número de docentes insuficiente e a gestão pouco participativa, burocrática e vertical. A cultura organizacional apresentava enorme resistência a mudanças. A participação da comunidade era quase nenhuma ou totalmente inexistente em algumas EM. Havia pouco diálogo e baixa integração entre os diversos segmentos da comunidade acadêmica.

O trabalho da CINAEM evidenciou a importância da EM no processo de ordenação de recursos humanos para a saúde, ao mesmo tempo que reforçou a percepção de que, até aquele momento, as agendas políticas da saúde e da educação eram independentes e existia premência de se estabelecerem pactuações entre elas. Apontou ainda para a criação de política pública

contrária à proliferação das EM. Foi possível verificar que as estruturas curriculares estavam inadequadas à realidade da saúde da população, e que a situação do ensino médico guardava coerência com todo o ensino superior brasileiro.

Ao término da pesquisa de mestrado, as conclusões da CINAEM foram de tal forma contundentes que, por permanecerem tão atuais no que se refere ao diagnóstico das EM, são usadas como referência para a atual tese, e traçar um perfil do corpo discente e docente do ensino médico brasileiro no início do século XXI.

5 . 3 . O governo Lula e os mecanismos de incentivo – PROMED, PRÓ-SAÚDE

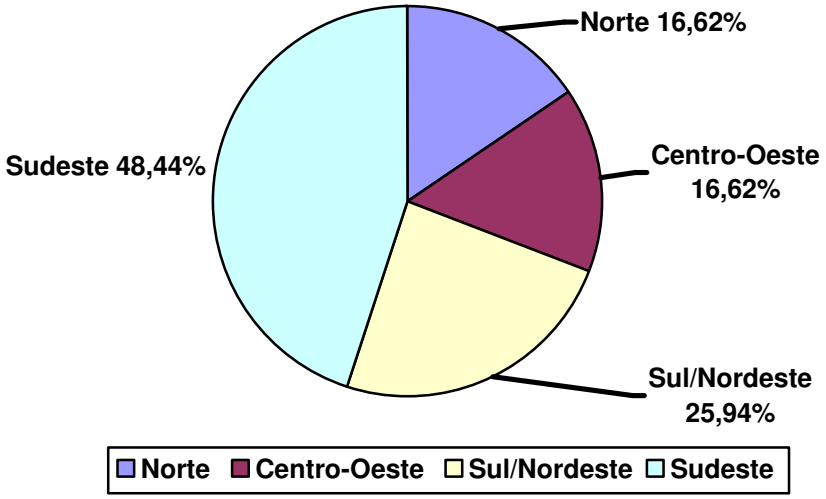
5 . 3 . 1 . Perfil das escolas médicas em 2003

No início do governo Lula, em 2003, o conjunto das 128 EM estava dividido entre 59 EM nas capitais (46,88%) e 69 EM no interior (53,12%). Localizou-se aí o ano em que o ensino privado se equiparou ao público, com cada segmento possuindo 64 EM. No que se referia à organização acadêmica, as universidades abrigavam 96 EM (75%), os centros universitários 9 EM (7,03%) e as faculdades isoladas 23 EM (17,97%).

A distribuição regional mostrava que as Regiões Norte e Centro-Oeste possuíam, cada uma, 10 EM, o que representava 16,62%; a Região Sul e a Região Nordeste ambas com 23 EM cada, o que somado representava 35,94%.

O restante dos 48,44% (62 EM) estava concentrado na Região Sudeste (Gráfico 5.1).

Gráfico 5.1: Distribuição percentual do número de escolas médicas por região — 2003



Fonte: MEC/INEP

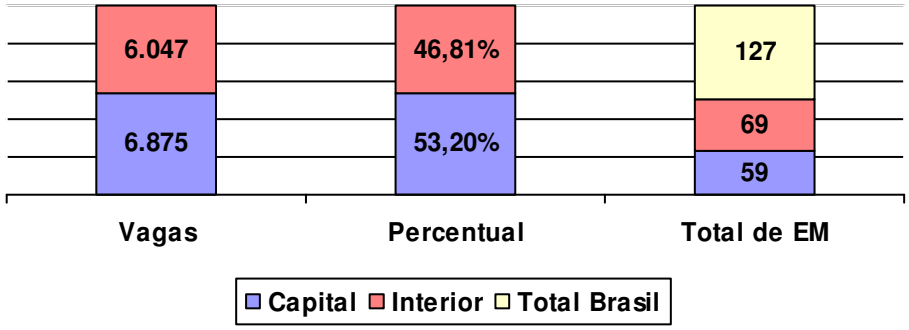
A comparação com o ano de 1996 evidencia que a Região Norte e a Centro-Oeste possuíam, cada uma, 4 EM, e que a abertura de 6 EM nestas regiões, entre 1996 a 2003, significou um crescimento regional de 150%, contrastando com o aumento de 27,77% na Região Sul e 37,77% na Sudeste.

A interiorização ampliou com o aumento de 60,46% de EM do interior quando comparado com o ano de 1996. Isto aconteceu de maneira distinta em cada região, pois enquanto na Região Nordeste foram abertas 5 EM, todas públicas, na Região Sudeste as 9 novas EM são privadas. Da mesma forma que na Região Sul, das 6 novas EM apenas 1 tem vínculo público. Das 4 EM abertas nas Regiões Norte e Centro-Oeste, 50% eram públicas e 50% privadas.

5 . 3 . 2 . O perfil das vagas oferecidas em 2003

As 12.922 vagas ofertadas nos vestibulares de 2003 dividiam-se entre 6.875 nas capitais (53,20%) e 6.047 no interior (46,81%), o que contrastava com a distribuição das EM, que no interior representava 53,12% (Gráfico 5.2).

Gráfico 5. 2: Distribuição percentual do número de ingressantes pelo vestibular segundo localização capital/interior — 2003



Fonte: MEC/INEP

No que se refere à relação público/privado, as 64 EM públicas abriram 5.843 (45,22%) vagas e as outras 64 EM privadas ofereceram 7.079 (54,78%) vagas. Das vagas públicas, 3.991 estavam nas capitais e 1.852 no interior; nas vagas privadas, o comportamento foi inverso, com 4.195 no interior e 2.884 nas capitais. Estes números reafirmam que a interiorização do ensino médico deveu-se principalmente ao ensino privado fora das capitais.

Quanto à distribuição regional, a Região Norte ofertou 848 (6,56%) vagas, entre 682 (5,28%) públicas e 116 (1,28%) privadas, sendo 722 (5,59%) nas capitais e 126 (0,97%) no interior.

A Região Centro-Oeste ofertou 806 (6,24%) vagas, entre 402 (3,11%) públicas e 404 (3,45%) privadas, sendo 756 (5,85%) nas capitais e 50 (0,71%) no interior.

A Região Sul ofertou 1.987 (15,38%) vagas, entre 967 (7,48%) públicas e 1.02 (7,89%) privadas, sendo 949 (7,34%) nas capitais e 1.038 (8,03%) no interior.

A Região Nordeste ofertou 1.975 (15,28%) vagas, entre 1.566 (12,12%) públicas e 409 (3,17%) privadas, sendo 1.530 (11,84%) nas capitais e 445 (3,44%) no interior.

A Região Sudeste ofertou 7.306 (56,54%) vagas, entre 2.260 (17,23%) públicas e 5.080 (39,31%) privadas, 2.758 (21,34%) nas capitais e 4.548 (35,20%) no interior.

A análise desta distribuição evidencia que as vagas ofertadas pelas EM privadas do Sudeste (5.080) suplanta o somatório de todas as vagas oferecidas nas Regiões Sul, Norte e Centro-Oeste (3.641).

A comparação das 12.922 vagas ofertadas em 2003 com as 9.099 vagas de 1996 evidencia uma pequena queda percentual de 47,62% para 46,88% nas capitais e um conseqüente aumento de vagas no interior, enquanto os 59,52% de vagas públicas existentes em 1996 diminuíram para 50% em 2003, reforçando assim o avanço do ensino privado.

A análise do vínculo acadêmico da oferta de vagas nos anos de 1996 e 2003 mostra que o segmento regido pela autonomia universitária ofereceu, em 1996, 7.339 vagas equivalendo a 80,65% e as faculdades isoladas 1.760 vagas (19,35%). Em 2003 as EM localizadas nas universidades e nos centros

universitários ofertaram 10.661 vagas (82,50%) e as faculdades isoladas 2.251 vagas (17,50%), ampliando assim o percentual de alunos no setor das universidades.

5 . 3 . 3 . Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED)

Iniciado em 2002, pela edição em 26 de março de 2002 da Portaria Interministerial nº 610, que criou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED). Essa iniciativa chegou para incentivar as EM do País a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira com conseqüência direta na melhoria da prestação dos serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao ser lançado por edital pelo Ministério da Saúde, forneceu as condições de repensar a maneira como se ensinava a medicina até então, sem a ênfase nas políticas de valorização da atenção primária e da promoção da saúde.

A perspectiva de promover transformações dos processos de formação, gerando novos conhecimentos e aproximando as EM da prestação de serviços à comunidade, foi bem recebida pelo conjunto das instituições educacionais do setor, ao mesmo tempo que propiciou o estabelecimento de mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as EM, acrescentando ao processo de formação médica um conjunto de normas e noções mais abrangentes do

processo saúde-doença e da promoção de saúde, antecipando assim o contato dos estudantes de medicina com a rede de serviços básicos de saúde.

Este programa nacional de incentivo foi destinado às EM legalmente reconhecidas e credenciadas pelo MEC. Embora já representasse um avanço, trouxe em sua origem a limitação de abranger apenas o ensino médico, e principalmente dentro desse universo só atingiu 19 EM, quando existiam no Brasil 118 EM, as quais ofertavam nos vestibulares 11.985 vagas. Quanto aos aspectos positivos, ressaltava-se o trabalho conjunto do Ministério da Saúde com a Secretaria de Educação Superior do MEC, com a constituição da Comissão Nacional de Acompanhamento do PROMED[40] para acompanhar e avaliar a execução do Programa. O PROMED funcionou formalmente até o lançamento do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)[41], embora as instituições participantes só tenham encerrado suas atividades no PROMED tempos depois.

5 . 3 . 4 . O ensino médico e a mudança da estrutura do Ministério da Saúde

A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (Sgtes) pelo Decreto 4.726, de 9 de junho de 2003 (Brasil, 2003), alterou a estrutura do Ministério da Saúde, simbolizando que o governo e o MS estavam preocupados com a ordenação dos recursos humanos, a gestão do trabalho, a

[40]A Comissão Nacional de Acompanhamento do PROMED foi constituída por um representante de cada um dos seguintes órgãos e instituições: MS, MEC, ABEM, DENEM, CONAES, AMB,CONASEMS, CFM, OPS.
[41] Instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101 /2005.

regulação das profissões e ocupações da saúde e fundamentalmente com o processo da formação dos profissionais de saúde. A Sgtes foi constituída pelos departamentos: Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), que se ocupou do acompanhamento e da elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde[42], e pelo Gestão da Educação na Saúde (Deges), que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde nos níveis técnico e superior[43].

No que se referia à educação médica, a criação dessa estrutura sinalizou a necessidade de o poder público influenciar na possibilidade de mudanças na formação dos médicos. A integração das instituições formadoras com a rede assistencial, educação permanente dos trabalhadores da saúde e com os programas de graduação e de pós-graduação são as atribuições principais da Deges, adequando-os, assim, às necessidades de saúde da população e ao fortalecimento do SUS.

A Deges, ao articular-se com o MEC, iniciou uma ação intersetorial com o intuito de acelerar a implantação das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação no setor da saúde[44], aprovadas em 2001, e ao mesmo tempo integrar-se aos programas relacionados com o ensino da medicina, com destaque para o Programa de Saúde da Família e Comunidade; a Residência Multiprofissional e a Residência Médica.

---

[42] Cabe ao Degerts a negociação do trabalho junto aos segmentos do Governo e dos trabalhadores.
[43] Cabe ao Deges a capacitação dos profissionais do setor de saúde e buscar mecanismos de acreditação de escolas e programas educacionais, entre outras funções.
[44] Resoluções 3 e 4/2001 e 3/2002, do Conselho Nacional de Educação, entre outras.

5 . 3 . 5 . Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE)

O PRÓ-SAÚDE, ao ser lançado, em 3 de novembro de 2005, por meio de Portaria Interministerial do MS e MEC, aprofundou esse trabalho conjunto com conseqüência direta na integração das agendas setoriais do MEC/MS (Brasil, 2005).

Esse programa se inspirou no PROMED e tem como eixos básicos o ensino nos ambientes onde se dá a assistência à saúde pelo SUS; a transformação dos estudantes como sujeitos ativos no ensino e a produção social da saúde, aproximando assim a graduação às necessidades da atenção básica e, como conseqüência, reduzindo a distância entre as instituições acadêmicas e a rede de assistência à saúde.

Embora a motivação inicial fossem as mudanças curriculares dos cursos e o incentivo, inclusive financeiro, às EM aprovadas no processo seletivo homologado em 22 de dezembro de 2005 (Brasil, 2005), o PRÓ-SAÚDE também incorporou o incentivo financeiro para os municípios que abrigam as EM participantes do programa e os que mantêm programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, transferindo assim valores para estes municípios.

Tradicionalmente, as instituições de ensino superior (IES) pouco se integram à rede de serviços locais, seja qual for a área de atuação, deixando assim de gerar conhecimentos com base na prestação de serviços. Este distanciamento no ensino da medicina gera inadequações do médico formado

quanto às necessidades da população e, em última análise, produz barreiras para o fortalecimento do SUS.

No Brasil, o ensino médico já vivenciou experiências que integraram as EM com a rede de serviços, as quais foram acionadas por iniciativas localizadas ou por incentivo de agências e/ou de organizações de fomento e financiamento à pesquisa.

O PRÓ-SAÚDE ao incluir, no programa de incentivo, os cursos de enfermagem e odontologia demonstrou o enfoque para a formação profissional voltada, prioritariamente, para atender as orientações de atuação no Programa Saúde da Família (PSF).

5 . 4 . As escolas médicas e o crescimento exponencial no governo Lula

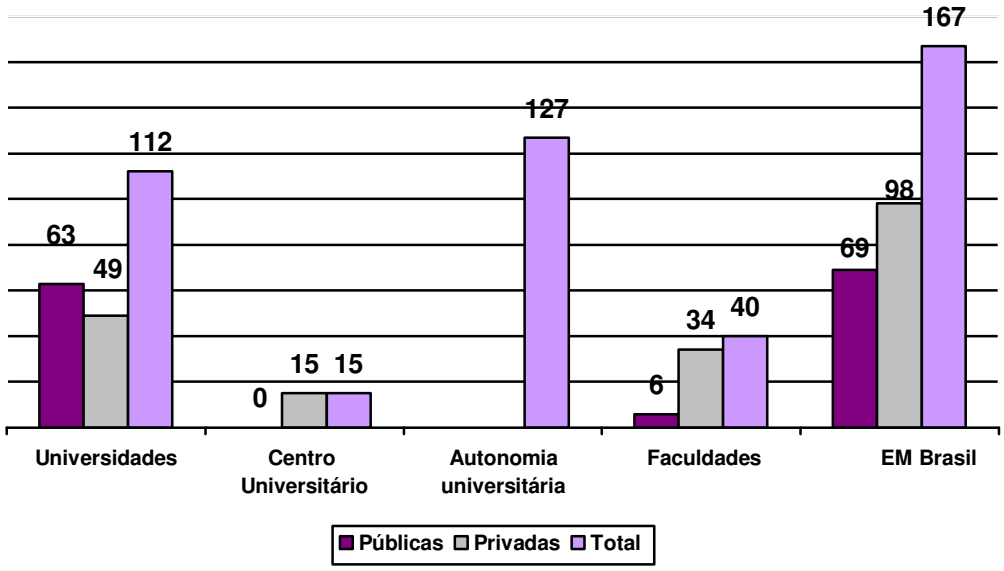
O governo Lula iniciou seu segundo mandato com um processo de expansão de EM, pois no período de 2003 a 2007 foram criadas 49 EM, elevando o número total para 167.

5 .4 .1. As escolas médicas e a autonomia universitária

Em 2007, com a abertura do Curso de Medicina na Universidade Federal de Ouro Preto, surgiu a 167ª EM brasileira, ficando o conjunto das EM constituído por 15 (8,98%) vinculadas aos centros universitários, 112 às

universidades (67,08%) e o restante 23,94% referentes às 40 faculdades isoladas (Gráfico 5.3).

Gráfico 5. 3: Número de escolas médicas por organização acadêmica, vínculo jurídico e autonomia universitária — 2007



Fonte: MEC/INEP

Nas capitais estão sediadas 52 universidades (31,14%), enquanto 60 (35,93%) localizam-se no interior. Atualmente observa-se uma inversão das distribuições das universidades, da capital para o interior, o que se deve ao surgimento no interior de um crescimento de 18 EM ligadas às universidades privadas após 1996. O segmento regido pela autonomia universitária atingiu 76,06% da totalidade das EM. Comparando com os 79,96% registrados em 1996, nota-se que nas 49 novas IES houve um aumento relativo das EM isoladas.

A evolução do ensino da medicina no âmbito das faculdades isoladas mostra que enquanto em 1996 existiam 17 faculdades (7 nas capitais e 10 no interior), atualmente estão funcionando 40 faculdades (19 no interior e 21 nas capitais), o que representou um incremento de 135,29% no total.

Ao olhar para a proporção público-privado das faculdades, observa-se que enquanto em 1996 as 13 EM privadas correspondiam a 76,47% e as 4 públicas a 23,53% da totalidade das faculdades, em 2007 as atuais 34 faculdades privadas representam 85% das 40 faculdades em funcionamento contra 15% das públicas, o que demonstra que também neste segmento houve uma explosão do ensino médico privado nas faculdades isoladas.

5 . 4 . 2. O *boom* das escolas privadas

Atualmente existe um predomínio de universidades públicas (63 EM) sobre as privadas (49 EM), e quando se acrescenta às 15 EM subordinadas aos centros universitários estabelece-se a relação de 64 EM privadas contra 63 EM públicas.

Na comparação, com 1996, da relação público/privada verifica-se que existiu um aumento real de 166,66% das instituições privadas (24 EM em1996 para 64 EM em 2007).

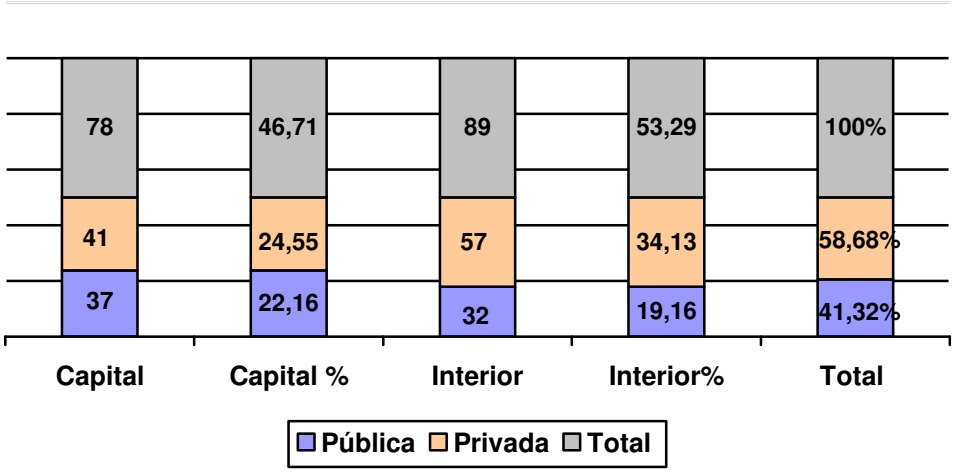
Em 1961 existiam 4 (12,50%) EM privadas; em 1996 passou para 34 EM privadas, o que representava 40,48%; em 2003 aumentou para 64 EM (50%) e atualmente, em 2007, existem 98 EM (58,68%), divididas entre 41 nas capitais e 57 no interior. Isto significou um aumento de 2.350%.

5 . 4 .3 . A consolidação da interiorização do ensino médico

Até 1996 as EM estavam distribuídas entre 53,37% no interior e 46,43% nas capitais. Naquele momento registrava-se a intensificação da inversão do predomínio das EM das capitais sobre as do interior.

No conjunto das 83 novas EM abertas, entre 1997 e 2007, 63,85% estão no interior e 36,15% nas capitais, o que consolidou a hegemonia das EM localizadas fora das capitais.

Gráfico 5.4: Distribuição das escolas médicas por localização capital interior e vínculo jurídico — 2007



Fonte: MEC/INEP

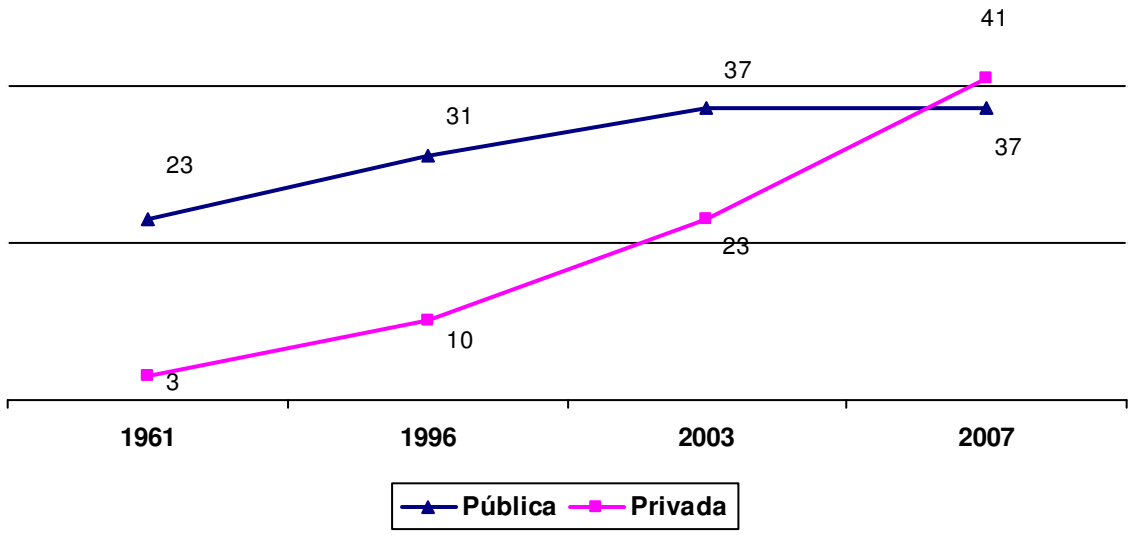
Nota-se, no Gráfico 5.4, que em 2007, 78 EM (46,71%) localizam-se nas capitais e 89 estão distribuídas pelos municípios fora das capitais, representando (53,29%), o que contrasta com o ano de 1961, quando existiam 26 EM nas capitais (81,25%) e apenas 6 EM (18,75%) no interior, do total das 32 EM da época.

5 . 4 . 4 . O aparecimento da hegemonia do ensino privado nas capitais

No período de 2003 a 2007 foram criadas 34 novas EM privadas, o que representou 87,17% do total de 39 EM que surgiram neste período.

Até 2006, nas capitais, existiam mais EM públicas do que privadas. A partir de 2007, inverteu-se a relação, que passou a ser de 41 EM privadas nas capitais e 37 públicas (Gráfico 5.5).

Gráfico 5.5: Evolução das escolas médicas por vínculo jurídico nas capitais — 1961, 1996, 2003 e 2007



Fonte: MEC/INEP

5 . 4 . 5 . Evolução das escolas médicas nas regiões

A análise da distribuição percentual das EM pelas regiões evidencia que na Região Sudeste o surgimento, em 2007, da 76ª EM fez com que o percentual atual chegasse a 45,51% da totalidade de EM do Brasil. Para se dimensionar tamanha discrepância, vale observar que este total é maior que os 43,92% correspondentes à soma dos percentuais de outras três regiões

(Nordeste 20,96%, Centro-Oeste 6,59%, Sul 17,37%), que juntas possuem 75 EM.

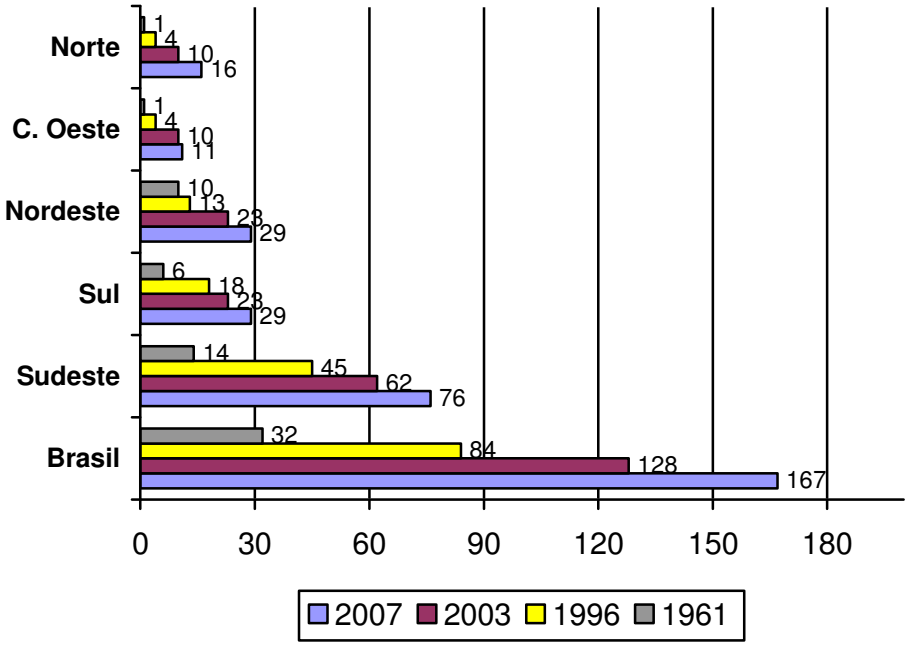
Existem, atualmente, 55 EM privadas, localizadas nas cidades do interior da Região Sudeste, enquanto o somatório das escolas privadas das Regiões Norte (7 EM), Centro-Oeste (5 EM), Nordeste (13 EM) e Sul (18 EM) alcança 43 EM, o que representa 43,87% da totalidade das 98 EM privadas, enquanto as 55 EM privadas do Sudeste representam 56,13%. Tal quadro reforça o que já se observava ao longo da existência dos 200 anos de ensino médico no Brasil, ou seja, uma predominância das EM no Sudeste. Em outras palavras, foram abertas mais escolas na região que já tinha o maior número de escolas.

A evolução do crescimento do número de EM públicas mostra que em 1961 existiam 28 EM públicas, que representavam 87,50% da totalidade das 32 EM, sendo 23 (71,88%) nas capitais e 5 (15,63%) no interior. A comparação com 2007 mostra que das 69 EM públicas, 37 (22,16%) localizam-se nas capitais e 32 (19,16%) no interior. Atualmente as 69 EM estão distribuídas em 37 nas capitais e 32 no interior, evidenciando, assim, que nas capitais existe um aumento de 60,86% e no interior, de 540%. Com isto pode-se afirmar que o aumento da esfera pública deveu-se fundamentalmente à abertura de EM no interior, com predomínio para a Região Nordeste, que ao aumentar de 9 EM para as atuais 22 EM teve um crescimento de 144,44%, com predomínio nas cidades do interior.

Quanto ao aumento percentual de EM públicas, a Região Norte, ao passar, em 1961, de 1 EM para 5 EM, em 2007, teve um crescimento de 800%, enquanto que a Região Centro-Oeste, ao sair de 1 para 6 EM, aumentou

500%. As regiões que menos cresceram, percentualmente, foram a Sul, que cresceu 120%, e a Sudeste, que cresceu 75%.

Gráfico 5. 6: Distribuição de escolas médicas por regiões — 1961, 1996, 2003 e 2007



5 . 4 . 6 . Oferta de vagas por distribuição geográfica

O levantamento das vagas ofertadas em 2007 indica que, das 16.228 vagas, 8.669 (53,42%) localizam-se nas capitais e 7.559 (46,58%) estão no interior.

Embora as EM do interior estejam em maioria quando comparadas com as das capitais, a oferta de vagas nas capitais continua sendo maior que no interior.

O Ensino Médico até 1996 oferecia nos vestibulares 9.099 vagas, distribuídas em 4.822 (52,99%) nas capitais e 4.277 (47,01%) no interior.

5 . 5 . As Conferências Internacionais e a 12ª Conferência Nacional de Saúde

Em 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Proteção à Saúde (Ottawa/Canadá/OMS), passaram a ser priorizados como fatores determinantes da melhoria dos indicadores da saúde a paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, eqüidade e educação. Esses princípios foram reafirmados na 2ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde (1988 – Adelaide/ Austrália), que recomendou a implantação dos novos modelos de atenção à saúde. Estes eventos influenciaram a Conferência Mundial de Educação Médica, organizada pela WFME, Edimburgo /Escócia, em 1989.

Voltando à trajetória das Conferências de Ottawa (WHO, 1986), Adelaide (WHO, 1988) e de Sundsvall (WHO, 1991), percebe-se que estas desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde e interferiram globalmente na educação médica.

A primeira, em 1986, priorizou cinco campos centrais de ação: a) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; b) Criação de ambientes favoráveis à saúde; c) Reforço da ação comunitária; d) Desenvolvimento de habilidades pessoais; e) Reorientação do sistema de saúde.

A segunda, em 1988, elegeu como seu tema central as *políticas públicas saudáveis,* com foco na saúde e na eqüidade, apontando firmemente para a intersetorialidade.

A terceira, em 1991, foi a conferência que detalhou e direcionou suas propostas para a interdependência entre saúde e ambiente. Segundo Simões (2000), esta teve um caráter verdadeiramente de conferência mundial devido à participação de 81 países, além da inovação de colocar o tema ambiente na discussão da saúde.

A quarta, em 1997, em Jacarta, desenvolveu as bases conceituais e políticas de promoção da saúde, atualizou as discussões de Ottawa e o reforço da ação comunitária com responsabilidade social. Propôs aumentar os investimentos na saúde, com enfoque multissetorial envolvendo educação, habitação e outros setores sociais. Estimulou a expansão de parcerias entre governo e sociedade, aumentando assim a influência da comunidade para a melhoria dos indicadores dos determinantes da saúde (WHO, 1997).

É interessante notar, ao examinar estas resoluções finais, a questão relacionada à formação dos profissionais de saúde que não mereceu a mesma atenção dos temas anteriormente descritos. Buss (2000, p. 175), ao analisar essas conferências e transpô-las para a dimensão nacional, acreditou que a viabilização destas propostas, como no caso do Brasil, se relacionava com:

> (...) torna-se necessária também a coordenação entre os diversos níveis administrativos e os subsetores sociais. Um enfoque deste tipo requer necessariamente a criação de redes interinstitucionais e uma nova cultura organizacional, aberta e horizontal, tornando-se imprescindível, ainda, melhorar a qualidade dos recursos humanos envolvidos e gerar novas formas de relações e comunicação entre os distintos âmbitos do aparelho estatal.

5 . 6. Educação médica mundial

O desenvolvimento de uma educação superior européia coerente com o mundo globalizado está na pauta dos congressos da Associação Européia de Educação Médica (AMEE), mas não tem tido a mesma atenção por parte dos ministros de Educação da Comunidade Européia. Ocorre também uma preocupação, bem fundamentada, com o excessivo aumento do número mundial de EM e de sua comercialização, o que é visto como um perigo para a qualidade da educação médica, já que muitas não têm estabelecidos os recursos acadêmicos, financeiros e institucionais. A comunidade médica global tende, então, a buscar padrões que meçam a qualidade destas faculdades, como o desenvolvimento dos processos de acreditação e requisitos globais mínimos (Woztczak, 2006).

Na América Latina, Enriquez Clavero (2006) afirma:

> (…) Con la internacionalización del capital, la determinación de donde aplicarlo dependerá más del perfil educacional del pueblo que de eventuales limitaciones geográficas. Por consiguiente, cada vez más los países del Primer Mundo comienzan a preocuparse por sus sistemas educativos y a creer en la capacidad transformadora del hombre como mayor capital.
>
> (…) Una nueva visión de la educación superior constituye quizás el mas importante medio con que cuenta un país para promover su desarrollo y fortalecer su identidad nacional y autodeterminación, lo que se fundamenta en la contribución que esta puede hacer a la modernidad, plasmada en un proyecto de sociedad comprometido con el desarrollo humano sustentable (p. 6 e 7).

Escayola Maranges e Vila Gangolells (2005), ao analisarem as mudanças mundiais da formação universitária nas ciências da saúde, afirmam que o desenho curricular deve ser adaptado às demandas percebidas pelos alunos recém-graduados, docentes, profissionais ativos e pela sociedade, pois estas darão ênfase na integração das diferentes necessidades de formação dos diferentes grupos, adaptando, assim, as necessidades do aprendizado às necessidades da saúde da população.

As desigualdades na distribuição dos trabalhadores em saúde existem em todas as regiões do mundo[45]. Na região das Américas (que engloba também EUA e Canadá), onde existe uma carga de 10% das doenças mundiais, localizam-se 37% dos trabalhadores mundiais da saúde e são gastos mais de 50% dos investimentos mundiais em saúde. Na Europa a desproporção é semelhante mas, em contraste, na África, onde concentram-se 24% da carga de doenças globais, existem apenas 3% dos trabalhadores mundiais da saúde e menos de 1% dos financiamentos é investido nesta região. Na região do Leste do Mediterrâneo, onde estão 9% da carga de doenças, existem somente 3,5% dos trabalhadores da saúde e 1% dos recursos de financiamento mundial. O Sudeste da Ásia, que tem a maior população do mundo e, conseqüentemente, a maior carga de doenças, possui apenas 12% dos trabalhadores da saúde e 1% do financiamento mundial para este setor. A região do Pacífico Oeste é mais balanceada (Dal Poz et al., 2006).

[45] Os dados foram obtidos de pesquisa desenvolvida pela WHO e executados através de seus escritórios regionais. As regiões são: África, América (engloba também EUA e Canadá), Mediterrâneo Oriental (14 países), Europa, Sudeste Asiático (10 países), Pacífico ocidental.

Baer et al. (1998) pesquisaram, através de dados da *American Medical Association Physician Masterfile and the Bureau of Health Professions Area Resource File*, quem eram os médicos que estavam nas áreas rurais deficitárias de médicos dos estados americanos. Concluíram que a maioria era formada por médicos graduados fora dos Estados Unidos da América, e que estes poderiam, então, ajudar a reduzir estas deficiências das áreas rurais com déficit de profissionais.

Rosenblatt et al. (1992), ao avaliarem quais EM produzem médicos para as áreas rurais, observaram que, nos EUA, dos médicos graduados entre o período de 1976 a 1985, 12,60% estavam localizados nos municípios rurais. As EM que mais contribuíram para que estes graduados fossem para a área rural estavam relacionadas à localização da EM na área rural, de vínculo público, entre outros fatores importantes, concluindo-se, então, que a missão, a localização e a organização da EM influencia esta escolha.

Neste mesmo sentido, Rolfe et al. (1995), ao analisarem as deficiências de médicos nas áreas rurais da Austrália, propuseram que para diminuir tais deficiências deveriam ser criadas mais escolas nestas regiões, para, com isto, aumentar o acesso dos estudantes destas áreas, além de modificar o conteúdo dos currículos da medicina, incluindo estágios nas áreas rurais.

Em pesquisa australiana, com 2.414 médicos, observaram que o treinamento na área rural na graduação e/ou na pós-graduação são os critérios mais importantes que favorecem a transformação destes estudantes em médicos da área rural (Wilkinson et al., 2003).

O Programa de Médicos para Áreas Deficitárias (PSAP), da Jefferson Medical College (Philadelphia, Pa), é endereçado às áreas rurais com déficit de médicos de atenção primária, procurando identificar os fatores que predizem, suprem e fixam os médicos nestes programas e os componentes do PSAP.

Em pesquisa nos EUA, este programa foi endereçado às áreas rurais com déficit de médicos de atenção primária. Foram consultados 3.414 graduados, a fim de identificar os fatores que favorecem o suprimento e a fixação de médicos nestes programas, e os autores da pesquisa concluíram que o maior impacto seria aumentar o número de matrículas nas EM que tenham esta missão e a experiência curricular de formar médicos generalistas para a área rural (Rabinowitz et al., 2001).

Recentemente, Jones et al. (2007) avaliaram as dificuldade de recrutar alunos para as EM, criadas pelo governo australiano, nas áreas rurais. Dentre estas dificuldades, a preocupação com qualidade de ensino, transporte, acesso aos pacientes, questões familiares e suporte financeiro foram as mais apontadas.

Koifman (2002), ao estudar a educação médica no Brasil e na Argentina, observou que, na Argentina, a expansão das universidades públicas e sua massificação ocorreram a partir dos anos 60, e que desde a década de 1990 cresce o número de instituições privadas e as matrículas nas graduações alcança quase um milhão de alunos, sendo a maioria do setor público majoritária.

Em outubro de 2006 existiam 1.913 EM, funcionando em 172 países. A concentração de EM, nos diversos paises, pode ser vista no mapa a seguir (IMED, 2007)

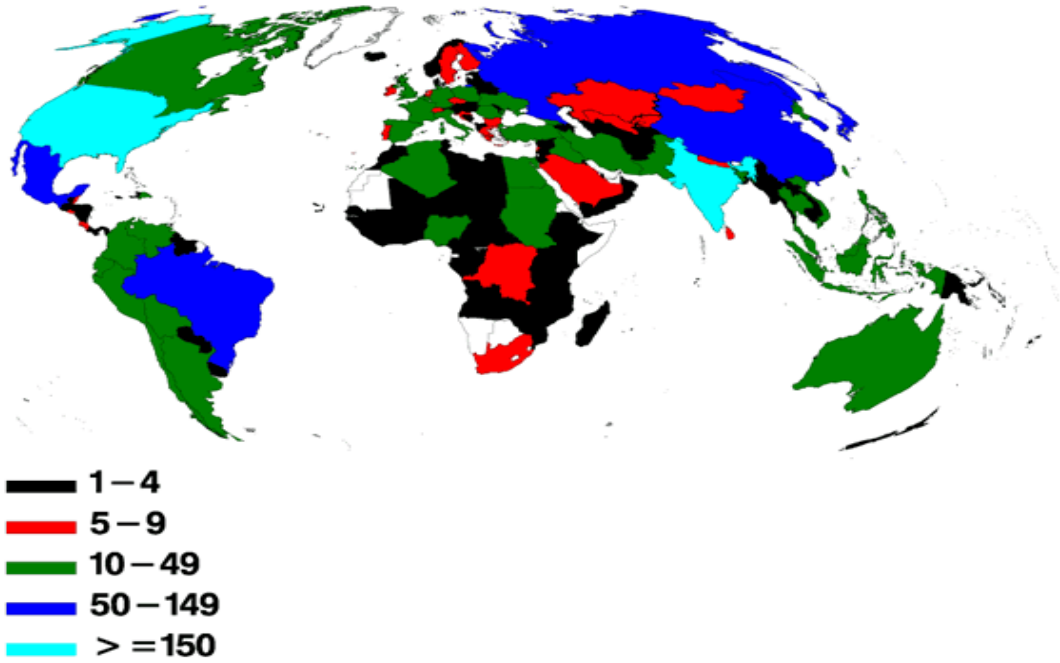


Figura 1
Fonte: http://www.faimer.org/images/world_11_06_large.gif

.

A década de 1980, até os dias de hoje, foi analisada por Almeida (1999):

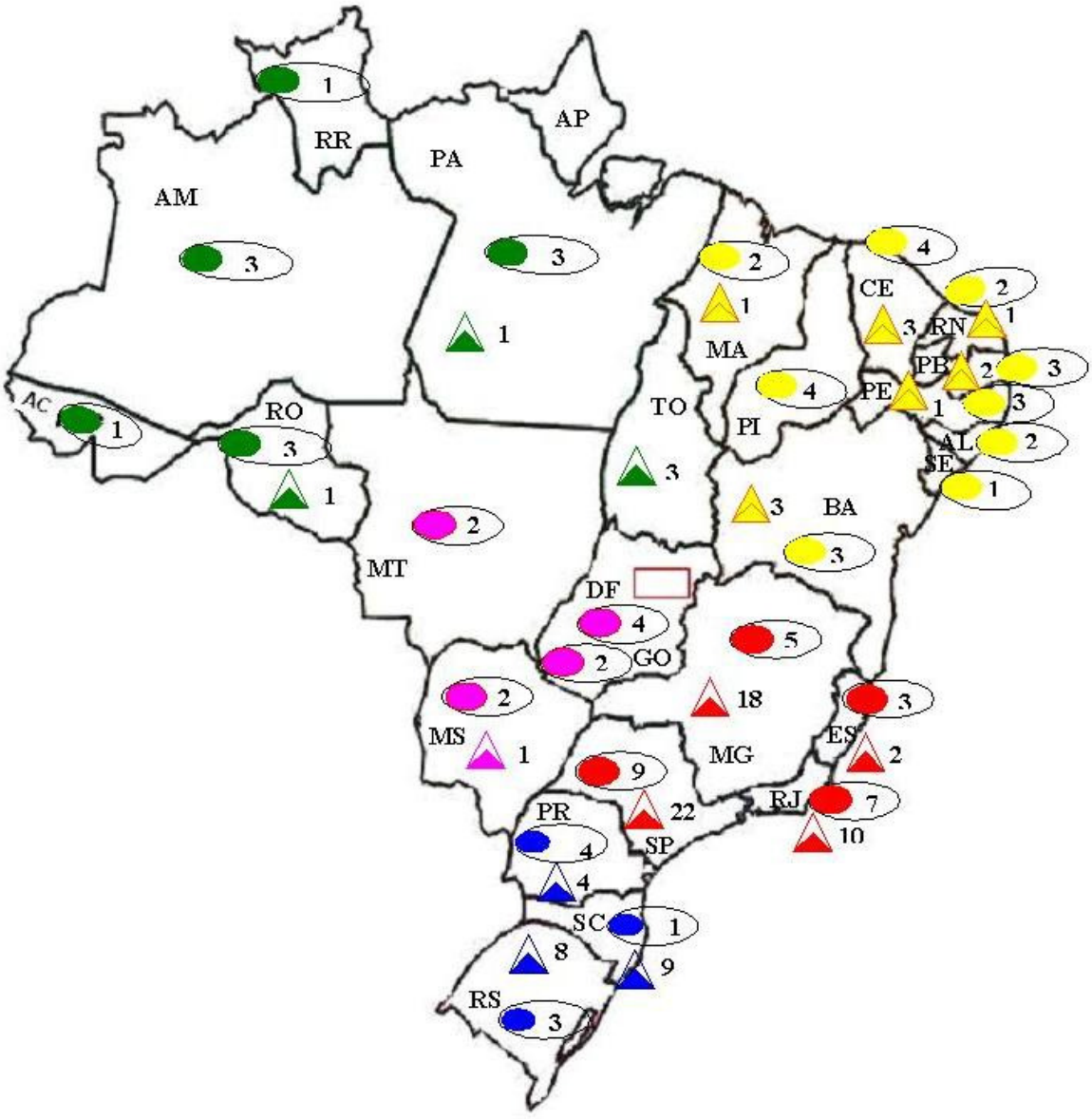
> As principais propostas de mudança na educação médica surgidas no início dos anos 90 (...) vêm sendo desenvolvidas com graus variados de participação por parcela das escolas médicas da América Latina, e são elas: 1. Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade - UNI (Fundação KELLOGG); 2. Mudando a Educação e a Prática Médica: Uma Agenda para a Ação (OMS); 3. Aprendizagem Baseada em Problemas em Instituições de Ensino Orientadas para a Comunidade (NETWORK); 4. Gestão de Qualidade na Educação Médica (OPS). Estas propostas vêm sendo desenvolvidas com graus variados de participação por parcela das escolas médicas da América Latina (p. 4).

A Organização das Nações Unidas aprovou a Declaração do Milênio, que contempla (ONU, 2004): Erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino primário universal; promover a igualdade entre o sexo e a autonomia das mulheres; garantir a sustentabilidade ambiental; estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; reduzir a mortalidade na infância.

O Brasil, que desde os anos 60 participa do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos Sociais e Culturais (ONU, 1966), se comprometeu a priorizar os princípios da universalização dos direitos e benefícios universais, incorporando-se aos que pretendiam promover o direito de todos ao desfrute do mais alto padrão atingível de saúde física e mental por entender que no Capítulo 5º, Direitos Humanos, Democracia e Boa Governança, consta que:

> Ao fazer isto, se alia ao princípio da indivisibilidade dos direitos humanos, segundo o qual estes estão indissociáveis, inter-relacionados e interdependentes, pois sem liberdade não há igualdade possível e, por sua vez, sem igualdade, não há efetiva liberdade.

Escolas Médicas Brasileiras – 1808 a 2007



1808 a 2007			CAPITAL						INTERIOR					
			EM	PRIV	PUBLICA				EM	PRIV	PUBLICA			
					PUB	MUN	EST	FED			PUB	MUN	EST	FED
	BRASIL	167	77	41	36	-	9	27	90	57	33	4	15	14
	N	16	11	4	7	-	2	5	5	3	2	1	1	-
	NE	35	24	11	13	-	4	9	11	2	9	-	5	4
	CO	11	10	5	5	-	1	4	1	-	1	-	-	1
	S	29	8	4	4	-	-	4	21	14	7	1	3	3
	SD	75	24	17	7	-	2	5	52	38	14	2	6	6

Capítulo 6

Discussão e conclusões

Sistematizo, nesta discussão, resultados obtidos do tema que se tornou objeto do meu estudo. Embora já tenha sido descrita na metodologia, faz-se necessário retornar brevemente à teoria fundamentada, pois através desta pude entender a formulação da problemática do meu objeto de estudo, e estabelecer categorias e sistematizar os referenciais teórico-metodológicos básicos que permitiram chegar até aqui.

Divido este capítulo em: (1) retorno aos objetivos específicos, quando faço a pontuação das respostas relativas a estes e apresentação dos principais resultados, (2) o médico e o ensino da medicina que defendo e (3) reflito sobre a pesquisa, iniciando por identificar quem está falando, de onde e por quê.

Esta ordem de apresentação teve o intuito de dar acesso à informação a todos que porventura tenham interesse no assunto, o qual desenvolvo há muito tempo, o que se intensificou mais recentemente, com a conclusão do mestrado com a dissertação “CINAEM – Avaliação e Transformação das Escolas Médicas: Uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS”.

As categorias não foram preestabelecidas, para a busca dos dados, e com o conjunto dos dados, sistematizadas, provocaram reflexões, e daí surgiram as categorias como base das análises e como sustentação das propostas formuladas nas conclusões.

A categorização e a posterior sistematização teve como objetivo a possibilidade da demonstração dos resultados mais importantes e as tendências ou inflexões que poderão ser apontadas como conclusão do estudo.

Os resultados foram analisados e apresentados respeitando os princípios de: (a) que condições parecem explicar os fenômenos e o desenrolar dos mesmos, (b) que condições foram evidenciadas, quais influenciaram e ainda influenciam ou influenciarão no desenvolvimento do ensino médico, (c) quais resultados são mais importantes para a formulação de políticas, (d) quais estratégias associadas aos fenômenos poderão orientar a formulação de políticas específicas na área.

Embora a questão internacional tenha se mostrado relevante, esta pesquisa tem seu foco nos 200 anos de ensino médico no Brasil, e responde aos objetivos previamente delineados e que serão expostos a seguir.

6 . 1 . Retorno aos objetivos e apresentação dos principais resultados

A análise do ensino médico nos duzentos anos de sua existência, tendo como base os marcos, o contexto político e o social, evidencia que as atuais 167 EM mantiveram estrita relação com o desenvolvimento do ensino superior no País e, ao mesmo tempo, apresentaram momentos distintos de explosão numérica, que outrora, em 1966, foi denominado de "surto", pela comissão formada pela Associação Brasileira de Escolas Médicas e pela diretoria de Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura que no relatório final concluiu (ABEM, 1970):

> O desenvolvimento das nossas faculdades não obedeceu a um crescimento gradativo e continuado, tendo se verificado por surtos bem demarcados que se evidenciaram nas décadas de 1910 e 1950 e agora, 1960. Partindo das três escolas mais antigas, criadas ainda no século passado em Salvador, no Rio de Janeiro e em Porto Alegre, o número de unidades de ensino médico triplicou entre 1910 e 1920 (p. 4).

Esta mesma comissão observou, em 1970, que nos últimos 16 anos teve lugar o segundo surto de fundação de escolas, observando-se outra triplicação do número das existentes, que passou de 14 para 40.

Nota-se também no referido relatório que a comissão defendia a proliferação de EM, ao afirmar:

> É importante lembrar que a pretensão, supostamente ideal, de se formar um médico para 25.000 habitantes seria suficiente para atender ao crescimento da população, não resolvendo, entretanto, a carência de profissionais já existentes. (ABEM, 1970, p.10)

Até 1963, das 36 EM existentes, 83% eram ligadas ao ensino público. O ensino médico era uma atividade predominantemente nas capitais, que abrigavam 61% das EM da época.

A análise da explosão ocorrida no período do regime militar, entre 1964 a 1985, demonstra que das 40 EM surgidas 67,50% estavam abrigadas no interior, e quanto à relação público/privada, 73% eram privadas, com predomínio de 68% de faculdades isoladas.

Este período foi marcado pelo predomínio da Região Sudeste, que abrigou 65% do total das novas EM, aumentando mais ainda o percentual, que até 1964 era de 45%.

Ao final do regime militar, quanto ao vínculo jurídico a proporção da participação nacional do ensino público, que em 1963 era de 83%, passou para 60% em conseqüência do aumento de escolas privadas.

O ensino, que até 1963 era majoritário, nas capitais passou a ser quase paritário, com 39 EM (51%) nas capitais e 37 (49%) no interior.

O período de 1986 a 1996 pode ser caracterizado pela estagnação que acompanhou o comportamento do ensino superior brasileiro. Segundo Schwartzma (2000):

> Em contraste, a década de 80 foi de estagnação, e não sabemos com clareza por quê. Vários fatores contribuíram. Houve uma política deliberada, por parte do governo, de limitar as autorizações para novos cursos.

Até 1996 existiam 84 EM no Brasil. A análise do *boom* de 83 EM ocorrido entre 1997 e 2007 mostra que um novo conjunto de EM surgiu, duplicando o número de escolas em apenas 10 anos. O olhar distinto para esses dois conjuntos de EM evidencia que das 84 EM existentes até 1996, 49% estavam localizadas nas capitais e 51% localizadas no interior; o segmento público detinha 50%, e a localização regional estava dividida em 4,76% (Região Norte), 4,76% (Região Centro-Oeste), 15,48% (Região Nordeste), 21,43% (Região Sul) e 53,57% (Região Sudeste).

Dentre as 83 novas escolas, o setor público atinge 23%, e a iniciativa privada 77%.

Quanto à localização geográfica, 55% estão no interior e 45% nas capitais. A distribuição regional mostra 14,45% (Região Norte), 8,43% (Região Centro-Oeste), 26,52% (Região Nordeste), 13,25% (Região Sul) e 37,35% (Região Sudeste).

Nota-se uma configuração distinta entre os dois conjuntos, com maior destaque para a relação público / privada, com hegemonia desta sobre aquela. A localização geográfica é semelhante ao que já existia, prevalecendo a maior

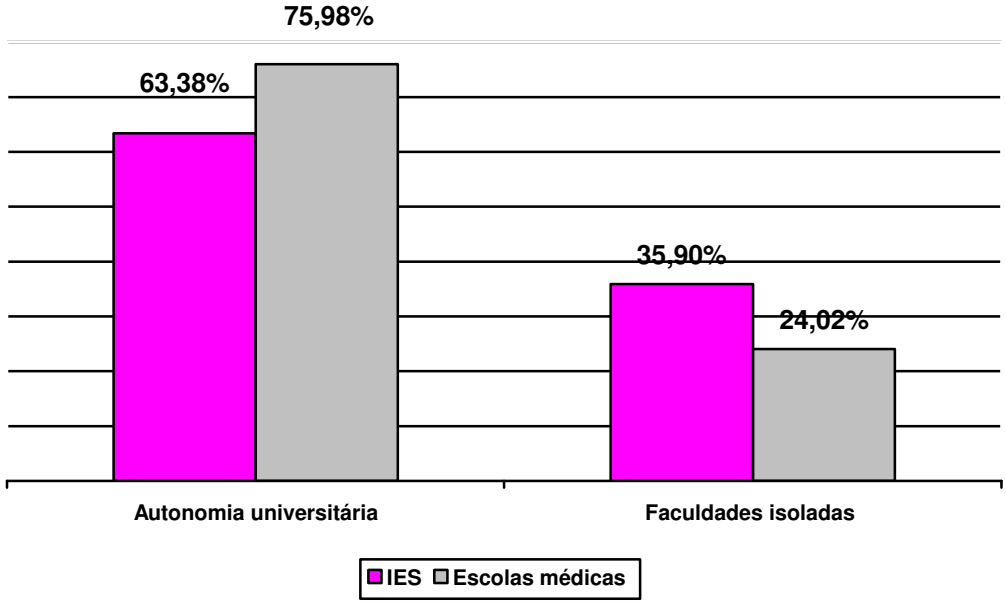
concentração no interior. Outra diferença é a distribuição regional, conforme verificada na tabela a seguir.

No último Censo do Ensino Superior do INEP, de 2005 divulgado em 2006, observa-se que das 2.429.737 vagas ofertadas no ensino superior 44,19% estavam nas universidades, 19,19% nos centros universitários e 35,90% nas faculdades. A distribuição geográfica evidencia que 44,97% desta vagas estavam nas capitais e 55,03% no interior. Quanto à vinculação jurídica, 12,85% eram públicas e 87,15% privadas.

A composição da oferta de vagas do ensino médico mostra que as universidades ofertaram 67,19%, os centros universitários 8,79% e as faculdades 24,01%. Quanto à localização geográfica, 52,43% das vagas das EM estavam nas capitais e 47,57% no interior. Em relação ao vínculo jurídico, 37,24% eram públicas e 62,76% privadas.

Estes dados evidenciam a situação peculiar do ensino médico dentro do ensino superior. Comparando-se o número de vagas ofertadas por instituições com autonomia universitária do ensino médico, observa-se que 75,98% dessas vagas são de instituições com autonomia universitária, enquanto que no ensino superior esse percentual é de 63,38% conforme o gráfico a seguir (Gráfico 6.1).

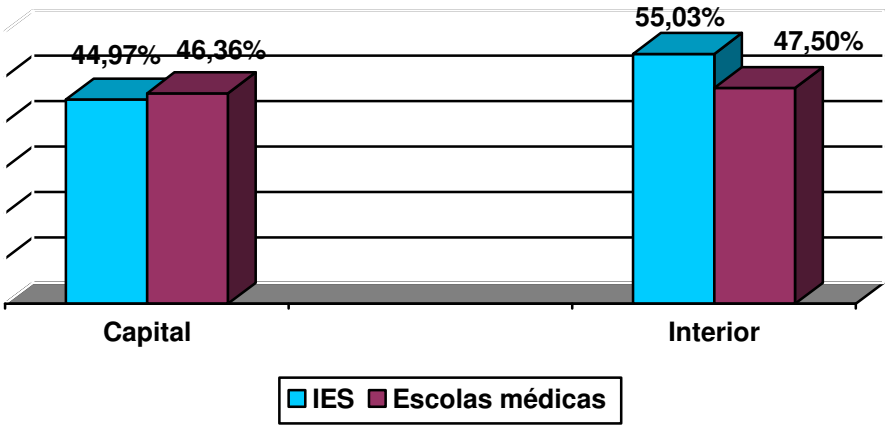
Gráfico 6.1: Autonomia das escolas médicas e IES — 2005



Fonte: MEC/INEP

A comparação da localização geográfica mostra que as capitais abrigam 46,36% das EM e 44,97% das IES. Portanto, diferentemente do conjunto do ensino superior as EM continuam com a maioria de vagas ofertadas nas capitais (Gráfico 6.2).

Gráfico 6.2: Percentual de vagas ofertadas por escolas médicas e IES por localização capital e interior — 2005

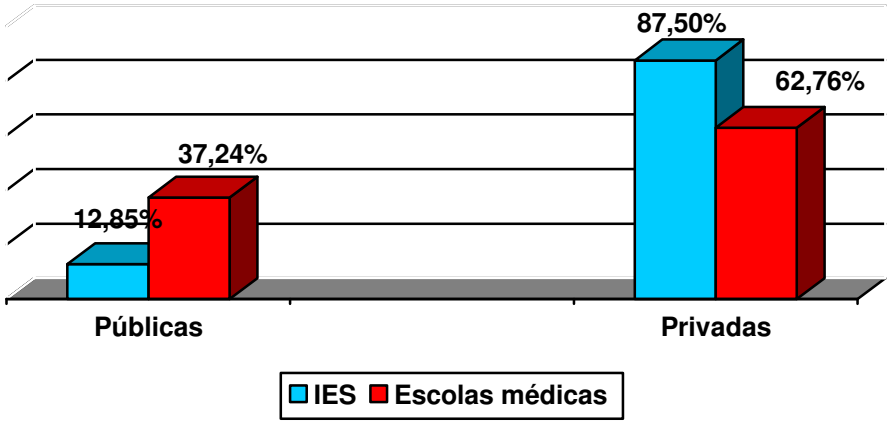


Fonte: MEC/INEP

Existem diferenças marcantes na evolução do ensino médico em relação ao ensino superior. Quando se compara a oferta de vagas se evidencia que a relação entre o setor público e o privado é bem distinta. Enquanto nas IES foram ofertadas 12,85% de vagas públicas e 87,50% privadas nas EM a oferta foi de 37,24% nas públicas e 62,76% das vagas na rede privada (Gráfico 6.3).

A interiorização e a privatização do ensino médico se intensificou após 1964 basicamente com a abertura de faculdades de medicina isoladas, sediadas em municípios de porte médio, com ampla predominância do ensino particular. Este quadro foi acelerado no período de 1997 a 2007.

Gráfico 6.3: Percentual de escolas médicas e IES por vínculo jurídico — 2005



Fonte: MEC/INEP

A comparação do ensino médico com o ensino superior quanto às instituições mostra que existiam, em 2005, 2.363 IES e, dentro destas, 151 EM.

A distribuição geográfica mostrava que nas capitais existiam 46,20% de EM e 35,51% de IES.

A relação pública e privada mostrava que existiam 56,97% EM privadas, enquanto que no ensino superior o percentual das IES era de 89,34%.

No confronto entre as IES e as escolas médicas em relação à organização acadêmica, observa-se que das 2.363 IES distribuídas pelo País, 8,95% estão nas universidades, 3,73% nos centros universitários e 87,32% nas faculdades isoladas. No conjunto das escolas médicas observa-se que 23,95% são faculdades isoladas, 67,07% universidades e 8,98% se localizam nos centros universitários, conforme demonstrado na Quadro 1 a seguir.

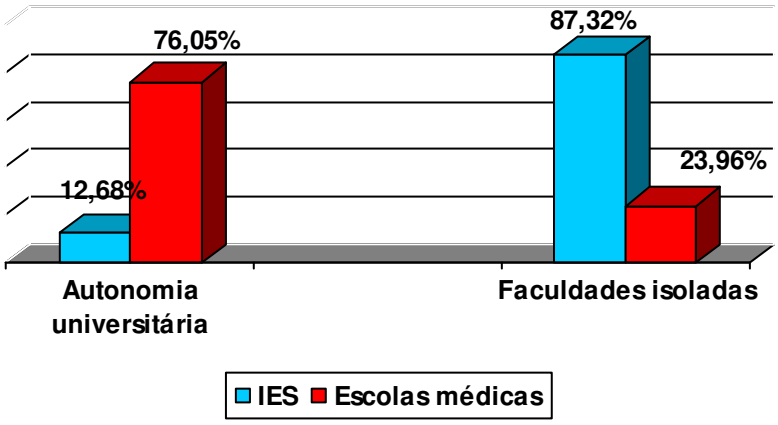
Quadro 1 – Percentual de oferta de vagas nos vestibulares no Ensino Superior e no Ensino Médico, segundo organização acadêmica das instituições – 2005

Organização Acadêmica	Ensino Superior		Ensino Médico	
	Instituições	Vagas	Instituições	Vagas
Universidade	8,95%	44,19%	67,06%	67,19%
Centro Universitário	3,73%	19,19%	8,98%	8,76%
Faculdade	87,32%	35,90%	23,96%	24,01%

Fonte: MEC/INEP

Embora a distribuição geográfica e o vínculo jurídico sejam diferentes entre as IES e as EM, a diferença mais importante está na autonomia universitária, conforme mostra o Gráfico 6.4

Gráfico 6.4: Percentual de instituições com autonomia do ensino médico e superior — 2006



Fonte: MEC/INEP

Nota-se que o maior contingente de formados no ensino médico são egressos de instituições com autonomia universitária.

O Projeto CINAEM, ao final de seis anos de avaliação das EM, sinalizou que a sociedade civil, a comunidade acadêmica e a área associativa dos médicos e dos docentes universitários estavam sintonizados com o interesse de fortalecer novas parcerias e estimular novos atores envolvidos com a transformação das 84 EM existentes.

Noventa e três por cento das EM da Região Nordeste, 75% das EM do Norte, 50% das EM do Centro-Oeste, 53% das EM do Sudeste e 39% das EM da Região Sul participaram do projeto voluntariamente, perfazendo um total de 48 EM. Deste conjunto de escolas, das 50 EM públicas da época, 30 participaram, representando 55% destas, assim como 18 EM privadas das 34 existentes, que correspondiam a 53% destas.

Esta amostra demonstrou a representatividade do projeto. Os resultados evidenciaram que o curso médico estava dividido em dois ciclos distintos, e que a docência médica possuía menos de 38% de títulos de pós-graduação. O compromisso social e as relações das EM com as comunidades eram deficientes, o que ocasionava problemas no processo de integração entre o ensino, a pesquisa e a assistência. Em última análise, não permitia que ao final do curso se formasse um médico com visão integradora do indivíduo e de sua inserção na sociedade. Ficou evidente a inadequação dos modelos pedagógicos das EM e a insuficiência de recursos humanos. Estes resultados, por si só, justificavam que o Estado assumisse o seu papel indutor no processo de transformação do ensino médico no Brasil, o que viria a acontecer a partir de 2002, com o lançamento, pelo Ministério da Saúde, do PROMED, programa de incentivo às mudanças curriculares. Desse programa participaram 19 EM. Das instituições participantes do PROMED, 60% haviam participado do Projeto CINAEM, e com o desdobramento do PROMED, em novembro de 2005, foi lançado o PRÓ-SAÚDE do qual participam 38 EM. Deste coletivo, 63% haviam participado da CINAEM. Das EM que participaram do PROMED, 80% continuam participando do PRÓ-SAÚDE.

O alto percentual de EM que participaram dos três projetos evidencia que as escolas iniciaram seu processo de transformação no projeto CINAEM, e posteriormente foram selecionadas nos editais públicos do PROMED e do PRÓ-SAUDE. É digno de nota que no momento do projeto CINAEM, 48 EM representavam 57% de total das EM, enquanto as 19 EM em 2002 representavam 16% em relação às 118 EM existentes naquele ano; as 32 EM que ora participam do PRÓ-SAÚDE representam 19% das 167 EM existentes

atualmente. Embora este mecanismo indutor tenha relevância, o percentual de EM participantes ainda é pouco representativo, o que sinaliza a importância da sua ampliação quanto ao tempo de duração e à possibilidade de, a cada ano, mais EM poderem ser incorporadas neste projeto.

A pesquisa identificou que na década de 1980 o documento que propõe a criação do PREV-SAUDE já apontava a necessidade de se criar o sistema nacional de recursos humanos para a saúde. Apesar dessa proposta, o Ministério da Saúde optou por organizar um setor de RH que funcionou com desenhos institucionais distintos até o ano de 2003, quando foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, sendo assim institucionalizado um trabalho conjunto com o Ministério da Educação. Dentre as várias iniciativas destacam-se as publicações relacionadas à produção e disseminação de conhecimentos sobre a formação de recursos humanos na saúde, trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde no período de 1991 a 2004, e a análise da aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares.

6.2 Conclusões

Entendo que a reflexão sobre o observado, para pensar o novo, passa pela percepção das diversidades e contradições verificadas nos duzentos anos de implantação do ensino da medicina no Brasil.

Nesta pesquisa, destacam-se autores preocupados com a produção do conhecimento no campo social, que em suas análises situam os problemas dentro das dimensões econômicas, política e social, sempre privilegiando o processo histórico como um todo (Furtado, 1979). Este trabalho exigiu que o ensino médico fosse tratado considerando estas dimensões.

Friso que foi necessário, ao longo do texto, localizar o lugar de onde se está discutindo, com a preocupação de não repetir práticas comuns a alguns autores, que insistem em se manter distantes ou neutros ou, o que é pior, sem paixão pelo tema. Segundo Gramsci (1999):

> "El error del intelectual consiste en creer que se pueda saber sin comprender y especialmente sin sentir y estar apasionado, es decir, que el intelectual pueda ser tal siendo distinto y estando alejado del pueblo: no se hace historia política sin pasión, esto es, sin estar sentimentalmente unidos al pueblo, esto es, sin sentir las pasiones elementales del pueblo, comprendiéndolo, o sea explicándolo [y justificándolo] en esa determinada situación histórica y vinculándolo dialécticamente a las leyes de la historia, esto es, a una concepción superior del mundo, científicamente elaborada, el "saber" (p.164).

A necessidade do detalhamento de leis, datas, acontecimentos e outros tantos dados se originou ao conhecer a preocupação de autores como Bosi (1992):

> O que seriam (hoje) as datas, aquelas pontas de iceberg, se fossem cortadas e destacadas das suas massas submersas?
>
> Blocos soltos, blocos erráticos que vagariam na superfície crespa das águas e, chocando-se uns nos outros, se destruiriam no mar cruel da contemporaneidade (p. 32).

Embora a princípio tenha se partido de um segmento específico do sistema educacional e também de um país, a todo o momento buscou-se contextualizar o objeto de estudo com a política nacional e com os avanços desenvolvidos pela educação médica e pela organização de saúde mundial. Repousa aí a necessidade do levantamento das apreensões por que passam os países e as organizações internacionais envolvidas com a formação de profissionais que atuam na assistência à saúde dos povos.

Desta forma de abordagem compartilha Campello (2005):

> O concreto só ganha sentido quando a análise vai descobrindo suas determinações. Os fatos sociais são como são por alguma razão, há relações específicas que os engendram, respondem a uma certa causalidade. Neste sentido, os fatos sociais são determinados e só podem ser entendidos quando se apreende suas determinações.
>
> Supondo-se que a realidade social é determinada, é estruturada nas suas determinações, ela passa a ser, por esta razão, passível de ser racionalmente conhecida e explicada (p. 38).

Foi fundamental perceber como se originaram os fatos e a quem interessaram, que interesses estavam envolvidos e que efeitos produziram, e quem deles se serviu. O desafio dessa pesquisa está na busca de relacionar e correlacionar os dados recolhidos e analisá-los em contexto concreto que permita compreendê-los. Mao Tse-tung (2004) em *Sobre a prática e a contradição* afirma que a concepção materialista-dialética entende que, no estudo do desenvolvimento de um fenômeno

> deve-se partir do seu conteúdo interno, das suas relações com os outros fenômenos, quer dizer, deve-se considerar o desenvolvimento dos fenômenos como sendo o seu movimento próprio, necessário, interno, encontrando-se cada fenômeno no seu movimento, em ligação e interação com os fenômenos que o rodeiam (p. 41).

O cenário nacional evidencia que, no Brasil, nos 77 mil estabelecimentos de saúde trabalham mais de 1,6 milhão de pessoas, com ampla maioria de profissionais de nível superior. A saúde responde por 20% da despesa mundial, incluindo o Brasil, pública e privada, e as atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico representam US$135 bilhões. De acordo com Temporão e Gadelha (2007):

> O segmento contribui para cidadania, investimentos, inovações, renda, emprego e receitas ao Estado. A cadeia produtiva representa entre 7% e 8% do PIB (R$160 bilhões). Emprega, com trabalho formal, 10% da população e é a área em que os investimentos públicos com pesquisa e desenvolvimento são os mais expressivos no país.

O caminho percorrido ao longo do estudo permitiu perceber o processo de expansão do ensino médico no Brasil, desde a sua origem, e ao mesmo tempo identificar os grandes momentos e acontecimentos que provocaram inflexões ou saltos.

A pesquisa identificou os fatos ou medidas que facilitaram o desenvolvimento do ensino médico no Brasil; e quais atores ou grupos de interesse tiveram, têm, ou poderão ter participação mais destacada na história do ensino médico brasileiro.

A opção por ir ao fundo, às origens, teve a intenção de entender as motivações de todas as questões, os acontecimentos e os interesses envolvidos no conjunto de dados apurados.

Através desta abordagem foi possível fazer associações de fatos, fenômenos e, após compilar os dados, combiná-los, relacioná-los com a conjuntura política, econômica e social e só assim produzir um conjunto de informações que poderão servir para orientar as políticas públicas.

Na etapa conclusiva do trabalho apareceram, com grande destaque, os processos de expansão das EM e a relação destas com o contexto internacional do ensino da medicina e sua relação com os sistemas de saúde, os modelos econômicos e conduções políticas de outros países.

No período de 1986 a 1996 o ensino da medicina variou de 76 para 84 o número de EM, acompanhando a tendência geral do ensino superior no Brasil, e segundo (Martins, 2002, p. 41):

> Entre 1986 e 1993, o sistema manteve estável o número de matrículas em torno de 1,5 milhão de alunos e, em 1994, os dados indicavam que 20% do total das vagas oferecidas no ensino superior não tinham sido preenchidas em função do número de concluintes do ensino médio que produz a grande maioria dos candidatos.

Tomei como ponto de partida conhecer o sistema educacional brasileiro e, dentro deste, as EM.

Desde a Constituição da República de 1891, que descentralizou a abertura de escolas e cursos superiores, foi conferido aos estados, municípios e iniciativa privada o direito de manterem estabelecimentos que ofertassem vagas no ensino superior. A partir daí criou-se um complexo de instituições, umas vinculadas diretamente ao MEC, regida ou não pela autonomia universitária, sem distinção do caráter público ou privado, e outras subordinadas aos poderes públicos estaduais ou municipais, que seguem as determinações das Constituições Estaduais e das Leis Orgânicas Municipais. Essas particularidades talvez justifiquem a existência das faculdades de medicina municipais, que apesar de estarem classificadas como IES públicas, não fazem parte do Sistema Federal de Educação Superior e cobram mensalidades como se fossem instituições privadas.

No Brasil, no plano educacional, a utopia da Escola Única remonta ao período republicano, uma vez que até então apenas ao poder central competia legalmente oferecer ensino superior.

A pesquisa, quando aproximou as EM com o desenvolvimento do ensino superior brasileiro, pôde constatar que existe uma dualidade estrutural em que um conjunto de instituições prioriza a formação de trabalhadores intelectuais e um outro se ocupa de profissionais voltados para o trabalho manual, expressando o que os estudos de Christian Baudelot e Roger Establer (1972) afirmam, no sentido de que os sistemas educacionais na sociedade capitalista têm como característica principal a dissimulação de sua dualidade estrutural.

Na América Latina, especialmente no Brasil, Chile e Argentina, este sistema é analisado por Cunha (2003): “Os sistemas são mostrados sob a capa da ideologia da escola única (ao invés de dividida, isto é, dual) e unificadora (ao invés de discriminadora)” (p. 263).

O estudo das diversas reformas educacionais citadas nesta pesquisa demonstra o hábito e a prática vertical que reforçam a utopia da escola única.

São exemplos dessa prática os processos de avaliação da educação superior implantados ao longo da história do ensino superior brasileiro, que tentam não focalizar as distintas potencialidades das IES, as demandas do mercado de trabalho, os desejos e aspirações do corpo discente e, o que é mais importante, as reais necessidades da sociedade brasileira. A

compreensão das vocações acadêmicas e a pluralidade dos desenhos institucionais, ainda na visão de Martins:

> A tentativa de enquadrar toda essa riqueza e pluralidade num modelo único que, em boa medida, tem comandado as representações e as práticas acadêmicas no país têm contribuído para sufocar o sistema de ensino superior, impedindo e/ou menosprezando experiências inovadoras capazes de aproximar essas instituições do contexto social em que se inserem (p. 41).

Ficou evidente o papel e o desenvolvimento das EM dentro de um sistema de educação superior que, no início da década de 1960, possuía não mais que uma centena de IES, na sua quase totalidade localizadas nas capitais e com pequena estrutura administrativa e pedagógica. Esta mesma rede, em 1999, segundo o Censo da Educação Superior, já possuía 1.097 estabelecimentos e, mais recentemente, segundo o Censo de 2005 atingiu um contingente de 2.363 IES.

Ao ampliar o espectro de análise, do plano nacional para a dimensão internacional, foi possível perceber o que diversos autores já consideram, no sentido de que a prática da medicina, afastada das realidades políticas de saúde, é impotente, já que os determinantes de saúde são, em sua maioria, sociais, econômicos e políticos. As intervenções técnicas, na medicina, apesar de importantes, têm um papel menor no que se refere à influência sobre a saúde das populações. As diferenças no estado de saúde de diversificados grupos geográficos e sociais não são decorrentes do cuidado médico, mas de

determinantes tais como pobreza, renda, educação, moradia, ambiente, poluição, transporte e nutrição (Barr et al., 2005). Segundo Bambra et al. (2005), a saúde é política, pois o poder é exercido sobre ela como parte do sistema econômico-social e político. Somente 10% dos 70 bilhões de dólares gastos na assistência e em pesquisas da saúde são direcionados para as doenças que correspondem a 90% da carga de doenças mundiais, o que faz um *gap* de 10/90 nas pesquisas (Barr et al., 2004).

A tuberculose (TB) ainda é um dos maiores problemas de saúde pública. Ocorrem, no mundo, cerca de 8 milhões de casos e 3 milhões de mortes por ano. Esta questão se agrava com a disseminação do HIV e o aparecimento da TB resistente a múltiplas drogas. As mortes compreendem 25% das mortes evitáveis, nos países em desenvolvimento. Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Nath e Narain, 2002).

A OMS declarou, em 1993, a TB como uma emergência global e, em 2006, propôs o controle e vigilância mundial, acrescentando serem necessárias mudanças na área da formação médica, pois uma das razões para o aumento da carga de TB é a inadequação dos programas de controle, resultando em detecção inadequada e, em conseqüência, baixa taxa de cura.

No Brasil a TB responde por cerca de 60 casos novos e 7,8 mortes por 100.000 habitantes (WHO, 2005). O Programa Nacional de Tuberculose propõe diretrizes que deveriam ser implementadas. Trajman e colaboradores (2007) publicaram levantamento feito entre 2005 e 2006, em 33 EM brasileiras, tendo observado que a média de tempo dedicado ao ensino da TB é de 27 horas,

incluindo as disciplinas básicas e clínicas, além da atividade prática, e concluem que o ensino da TB é fragmentado, restrito ao campo biológico, as atividades práticas são insuficientes e que é imprescindível, para a solução desta falha, uma reavaliação curricular. Chaulet (2007), em editorial no mesmo periódico do artigo de Trajman et al., propõe, visando resolver as necessidades urgentes dos estudantes, criar uma força-tarefa multiprofissional nas EM, voltada para a TB, e um planejamento nos currículos.

Os valores do profissionalismo estão embutidos na educação médica em cada um dos seus períodos. Ensinar o profissionalismo depende de múltiplas variáveis, entre elas a maturidade do estudante, e das mudanças nos sistemas de saúde, que têm exigido também reformulações nas EM. As novas tecnologias, o trabalho em equipe com os profissionais da área de saúde e a expectativa do público fazem repensar o perfil do médico que deve ser formado (Horton, 2007). Outro tema que surge é a preocupação quanto à influência dos sistemas de saúde no que se refere às responsabilidades dos profissionais nos serviços e nas políticas públicas de saúde. Segundo Horton (idem), os médicos têm tido um papel negligente na condução e liderança dos serviços de saúde.

Campos et al. (2001) afirmou:

> Todos os esforços prévios de integração do processo de ensino/aprendizagem à rede de serviços tiveram baixa sustentabilidade, pois dependiam de uma adesão ideológica de docentes e estudantes, e, mesmo estando institucionalizados, mostravam-se vulneráveis às conjunturas políticas locais.
>
> (...) É necessário assumir que não se pode ficar à mercê da transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS.

Nos últimos anos tem havido uma rápida expansão do número de EM. Atualmente existem em funcionamento cerca de 1.900 EM localizadas em 6 continentes, mas com desigual distribuição. Dado o importante papel do médico no sistema de saúde e as mudanças apresentadas pela migração de profissionais e as questões da adequação das instituições, é importante manter uma detalhada e acurada informação das EM mundiais e de seus graduados (Boulet et al., 2007).

A *American Association of Medical Colleges* tem proposto um aumento de 30% das matrículas nas EM americanas, para tratar o crescente número de pacientes idosos e com doenças crônicas (Greeberg e Greenberg, 2007).

Através desta pesquisa, foi possível identificar que os dilemas que perpassam o ensino médico brasileiro são semelhantes em outras partes do mundo, seja em países desenvolvidos ou não, em gradações diversas, dadas as especificidades locais.

Volto às questões: qual a importância do ensino médico para a organização do sistema de saúde e qual a importância deste para aquele? Quem se serve destes sistemas? A quem deveriam servir? Que interesses estão envolvidos? Quem ganha, quem perde com a desarticulação destes setores? Entre as dimensões políticas, econômicas e sociais, qual a relação de subordinação existente entre elas? Existem diferenças significativas entre as instituições de ensino públicas ou privadas?

É determinante estar ou não sediadas nas capitais ou no interior? A organização acadêmica, com ou sem autonomia universitária, ajuda ou dificulta processos de transformação? Até que ponto novas metodologias de ensino ou novos projetos pedagógicos significam que as EM formarão profissionais diferentes dos oriundos das escolas tradicionais? O que se discute na educação médica repercute no ensino superior ou é conseqüência de distorções no ensino universitário brasileiro?

Trata-se de uma problemática paroquial ou o mundo vivencia problemas semelhantes?

Nas últimas décadas intensificaram-se as tentativas de agrupar questões distintas considerando-as secundárias a uma mesma causa, e diante disto propor um mesmo caminho ou um único instrumento que remediasse ou que desse conta da pluralidade das questões envolvidas. Entender a diversidade dos objetivos dos estudos é obrigação de qualquer pesquisador, da mesma forma que dele é exigido pensar o novo de forma que respeite e considere a diversidade das instituições, das pessoas, dos aspectos culturais envolvidos com o tema estudado.

Compreendo que algumas polêmicas antigas e muitas vezes estigmatizadas devam ser olhadas de formas distintas. Continuo defendendo a autonomia universitária, mantendo meu compromisso com o ensino público, gratuito e com acesso universal.

Acredito que o ensino superior preferencialmente seja ministrado em instituições que desenvolvam pesquisa e extensão ao mesmo tempo que mantenham a preocupação de acompanhar a evolução tecnológica.

Não identifico contradição entre um ensino sintonizado com os avanços científicos e um ensino que forme um profissional com expertise técnica e capaz de lidar com todos os níveis de complexidade da assistência à saúde e que esteja ciente da sua responsabilidade social e da relevância da profissão.

A preocupação com as interfaces da integração das agendas dos Ministérios da Saúde e da Educação aparece com mais destaque a partir do PREV-SAÚDE em 1981, ao ser lançado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde (PIASS).

Na fase inicial já estava contemplada a preocupação com os recursos humanos como condição básica para a realização das atividades de saúde. Naquela época, já se registrava a perspectiva de mudança nas práticas educativas das EM com a integração com as instituições educacionais, porém ainda se limitando aos projetos de integração docente-assistencial, chegando até a propor a criação de regiões docente-assistenciais que seriam coordenadas pelas universidades sediadas nas regiões em que existissem EM.

Na história da discussão da educação médica é comum a associação da queda da qualidade do ensino médico à abertura de EM nas cidades fora das capitais. Essa relação era tida como causa aos problemas por que passa a

educação médica, neste momento que se identifica uma das saídas possíveis e desejáveis a aproximação precoce das EM com os cenários de práticas na atenção básica e de média complexidade. É mais factível essa aproximação ocorrer nas cidades de pequeno porte do que nas grandes capitais.

Não se trata apenas de uma defesa e sim de uma constatação de que existe uma maior possibilidade da integração das EM com o sistema de saúde local, sistema esse que na capital passa por problemas, crises constantes e principalmente pelo fator concorrencial entre as diversas EM aglutinadas nas capitais.

Defendo que o ensino, as escolas e a formação sejam alicerçados nos princípios da excelência técnica, acompanhamento e incorporação das novas tecnologias e, sobretudo com crescente responsabilidade social, onde tanto os docentes, os gestores, o corpo administrativo e os alunos estejam convencidos da relevância social da profissão de educar e pesquisar e da assistência à saúde e principalmente quanto à parcela da liderança que a profissão médica exerce na implantação dos sistemas de saúde no mundo.

Quem comanda? Que transformação deve ser realizada? Existe uma única solução para a problemática? O problema é de abrangência nacional? Trata-se de uma polarização pública x privada? Capital x interior? Expansão x proibição de abertura de EM? A solução está no modelo pedagógico tradicional nas inovações curriculares?

A pesquisa evidenciou que a comunidade acadêmica, as escolas médicas e as instituições de ensino estão afastadas dos locais onde ocorreu a maioria dos atendimentos à saúde e, mais ainda, da atenção básica. Na mesma intensidade os gestores, os profissionais de saúde e autoridades que conduzem o SUS estão distantes das instituições de ensino.

A pesquisa evidenciou que os docentes, os discentes, os gestores educacionais e as EM estão distantes da atenção básica e das instituições que atendem a maioria da população.

Defendo que a aproximação das EM com a rede básica deve ser intensificada sem que isto simbolize o abandono da busca por aprimoramento técnico-científico, pois apesar dos problemas observados nos postos de saúde serem na maioria das vezes resolvidos na própria unidade, são esses que abrigam na quase totalidade uma complexidade originada no plano político, econômico e social.

Pode-se concluir que a costumeira polêmica público x privado, confere a esse último segmento a responsabilidade da maioria dos descaminhos do ensino da medicina. Embora continue a defender a principalidade do ensino público gratuito e de acesso para todos, não é possível respaldar argumentos nesta polarização, principalmente porque até 190 anos de existência o ensino médico era majoritariamente público e desde essa época os problemas já existiam, conforme evidenciou-se nos resultados do Projeto CINAEM.

Em junho de 2007 as entidades nacionais representativas dos médicos (CFM, AMB e FENAM), na Resolução do 11º. ENEM/2007, através da carta aos brasileiros, exigiram do Estado um rigor na formação e qualificação dos médicos.

Entendendo que existe um compromisso com o atendimento de qualidade à comunidade e que, diante do atual processo de expansão das EM:

> Hoje, o Brasil é o segundo país em números absolutos de faculdades de medicina, com 167 – superado apenas pela Índia, que tem 202 e uma população seis vezes maior que a nossa (ENEM 2007, Jornal o Globo).

Compartilho desta posição, porém sem associá-la aos costumeiros argumentos que polarizam público versus privado e capital versus interior, visto que diversas vezes se desenhou uma política para um conjunto de escolas médicas e no momento da sua aplicação já existia um outro coletivo de escolas. Por exemplo as diretrizes curriculares foram aprovadas em 2001 e logo após lançado o PROMED com 108 EM existentes no Brasil, e no momento em que se desenvolve o PROSAUDE este quantitativo era de 167 EM.

Concordo com Campos, quando diz:

> (...) Assim, é extremamente necessário e oportuno um papel indutor do SUS, em suas várias instâncias, para estimular as mudanças na formação profissional em saúde de acordo com seus interesses e necessidades. Isso vai possibilitar que se dê direcionalidade ao processo de mudança das escolas, facilitando que a formação profissional se aproxime do necessário para uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade (Campos et al., 2001).

Entendo que esta prerrogativa do SUS deveria se estender a uma maior participação no processo de regulação das EM do País.

Ao constatar que 76% das vagas ofertadas pelas EM são de instituições com autonomia universitária, torna-se necessário repensar estratégias para a implementação de políticas ampliando as alianças para além da comunidade acadêmica.

Acredito que este estudo não esgota minha preocupação com o tema e nem representa a ultima reflexão, quando se acha que o trabalho está pronto.

É hora de começar.

Referências Bibliográficas

ABEM, 1970. Ensino Médico no Brasil, dados preliminares, serie de documentos. Mimeo, 32 p.

ALMEIDA, Glória. **Ciência J**, n. 13. Jan/Fev, 2000. Disponível em: http://www.ajc.pt/cienciaj/n13/estórias.php3.

ALMEIDA, M.A. **Educação Médica e Saúde: Possibilidades de Mudança.** Editora UEL — ABEM, Londrina, Rio de Janeiro,1999.

ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: Alguns antecedentes históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.25, n. 2, maio/ago, 2001.

AMARAL, Jorge Luiz. **Avaliação e Transformação das Escolas Médicas: uma experiência, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS**. UERJ/IMS, 2002, 113 p. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/index.asp?opcao=bibliotecalivrosonline.

APDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, 2006. Disponível em: http://procdados.epm.br/dpd/ spdm/index.htm.

AQUINO, Tânia Mittelman (2003). **A Revolta da Vacina — Vacinando Contra a Varíola**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Ciência Moderna, 2003. 128p.

ARAÚJO, Guido Correa V. Avaliação universitária: o exame final. Jornal **Diário de Pernambuco**. Recife: 19 de abril de 1995.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DOCENTES DE ENSINO SUPERIOR. **Caderno ANDES**, junho. Editora Fórum Propaganda. Distrito Federal, 1996.

AZEVEDO, Fernando. **A Cultura Brasileira: Introdução ao Estudo da Cultura do Brasil.** 6 ed. Rio de Janeiro/Brasília: Editora da UnB e editora da UFRJ, 1996.

BAER, Leonard D.; RICKETTS, Thomas C.; KONRAD, Thomas R.; MICK, Stephen S. Do international medical graduates reduce rural physician shortages? **Medical Care** 36(11):1534-1544, November, 1998.

BAMBRA, Clare; FOX, Debbie; SCOTT-SAMUEL, Alex. Towards a politics of health **Health Promotion International Advance,** 20: 187-193, 2005.

BARR, D.; FENTON, L.; EDWARDS, D. Politics and health. **Q J Med,** 97:61-62, 2004.

BAUDELOT, Christian e ESTABLET, Roger (1972), **L' École capitaliste en France**, Paris, Maspero.

BNDES (2002). **Um banco de idéias 50 anos refletindo o Brasil**. 1. ed. Livro anos 50. MONTEIRO FILHA, D. C; MONDDENESI, R. L. (Org.). Rio de Janeiro, RJ, 2002.16p. Disponível em: www.bndes.gov.br/ conhecimento/ livro-ideias/ livro-00.pdf. Acesso em: 20 de janeiro de 2007.

BOLEN, C. A new paradigma for medical schools: a century after Flexner"s report. **Bulletin of the World Health Organization**, 80 (7): 592-3, 2002.

BOELEN, C.; HECK, J. E. 1995. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: **World Health Organization, Who document WHO/ HRH/ 95**.7unpublished document available on request from Department of Health Systems, World Health Organization, 1211, Geneva 27, Switzerland.

BOELEN, Charles, and BOYER, Markley, H. **A View of the World's Medical Schools — Defining New Roles,** 84 p. 2001. Disponível em: http: //www.the-networktufh.org/download.asp?file=med_schools.pdf.

BORRELL BENTZ, Rosa Maria. **La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa** — OPS — 2005. Buenos Aires.

BOSI, Alfredo. O tempo e os tempos. In: NOVAES, Adauto (org.). **Tempo e história**. São Paulo: Companhia das Letras: Secretaria Municipal de Cultura, 1992.

BOULET, J.; BEDE, C.; McKINLEY, D.; NORCINI, J. An overview of the world's medical schools. **Med. Teach**, feb, v. 29, n.1: 20-6, 2007.

BRASIL. Decreto 5.839/2006 — Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde - CNS e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** 11/7/ 2006. Brasília: Imprensa Nacional.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 — Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 20/09/90. Brasília: Imprensa Nacional.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria interministerial Nº 2.101 de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial da União** n. 212, Seção I, p. 111, de 4 de novembro de 2005. Brasília: Imprensa Nacional.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde – A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília-DF. 162 p.: IL- Série F. **Comunicação e Educação em Saúde**, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p: 175, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000 10 0014&lng=en&nrm=isso. Acesso em 20 de março de 2007.

CAMPELLO, Ana Margarida de Mello Barreto, 2005. A "CEFETIZAÇÃO" das escolas técnicas federais: Um percurso do ensino médio-técnico ao ensino superior. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação. Universidade Federal Fluminense.

CAMPOS, Anna Maria. *Accountability*: quando poderemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, fev/ abr. 1990.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, José Roberto; FEUERWERKER, Laura; SENA, Roseni Rosangela de; CAMPOS, João José Batista; CORDEIRO, Hésio; CORDONI JR, Luís, 2001. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica***,* 53, v.25, n. 2: 53-9, 2001.

CEBES. A questão democrática na saúde. **Saúde em Debate**, v. 9, p. 47-48, 1980.

CHAUÍ, Marilena. **Escritos sobre a Universidade**. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

CHAULET, Pierre. Learning about tuberculosis in medical schools. Editorial. **Int J Tuberc Lung Dis**, 11(6): 592, 2007.

CIAVATTA, Maria A. (1990). **O Trabalho como Princípio Educativo: Uma Investigação Teórico-Metodológica (1930-1960).** Rio de Janeiro, 1990. Tese de doutorado em Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1990.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO (2001). Boletim da CINAEM**, Ano II, n. 3, abril de 2001.**

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Avaliação do ensino médico no Brasil – Relatório da 1ª Fase: estudo epidemiológico de desenho ecológico. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 16 (1/3): 1-100, jan/dez, 1992.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 16 (1/3): 48, 1992.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997** (Brasília), 1997.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira: projeto CINAEM III. Fase Relatório 1999-2000**. Pelotas: UFPel, 2000.

COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA **A Questão dos Recursos Humanos e a Reforma Sanitária**. Documento III. Brasília, 1987.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 3: 1963: Brasília: DF. Anais/ 3ª Conferência Nacional de Saúde – MS. 1992, 246p.

CORADINI, Odaci Luiz. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a crise da medicina no Rio Grande do Sul. **História, Ciências, Saúde e Manguinhos**. jul.-out. v. IV (2):265-286, 1997.

CORBIN, J.; STRAUSS, A. Grounded theory research: procedures, canons and evaluative criteria. **Qualitative Sociology**, 1: 3-21, 1990.

CRESWELL, John. **Qualitative Inquiry and Research Design**. Research design: qualitative e quantitative approaches. Thousands Oaks, Ca: Sage Publications, 1994.

CUNHA, Euclides. **Os sertões**. Ed. Francisco Alves, P. de Azevedo. Rio de Janeiro. 1940, 645p.

CUNHA, Luiz Antônio. Nova reforma do ensino superior: A lógica reconstruída. **Cadernos de Pesquisa** – Fundação Carlos Chagas. Jul., n.11, Rio de Janeiro, 1997.

CUNHA, Luiz Antônio. O ensino superior no octênio FHC. **Educ. soc., Campinas**, v. 24, n.82:37-61, abril 2003. Disponivel em: http:// www. cedes. unicamp.br.

CUNHA, Rival Venâncio. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção pelo vírus dengue em áreas endêmicas do Brasil**. Tese de doutorado. Instituto Oswaldo Cruz ─ Fiocruz. Rio de Janeiro, 1997.

CUNHA, Luiz Antônio. Educação profissional na América Latina: Brasil, Argentina e Chile. In: FAUSTO, Airto; PRONK, Marcela; YANNOULAS, Silva C.. (Org.) **Políticas públicas de trabalho e renda na América Latina e no Caribe**, Brasília, FLACSO-Brasil/ Editorial Abaeté, 2003.

DAL POZ, Mário Roberto. **Entre o prescrito e o realizado: Estudo sobre a implantação do SUS no Estado do Rio de Janeiro e sua repercussão na política de recursos humanos em nível municipal.** Rio de Janeiro: Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, 1996. Tese de doutorado. Curso de Pós-graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1996.

DAL POZ, Mário Roberto, KINFU Yohannes, DRÄGER, Sigrid, KUNJUMEN, Teena. **Counting health workers: definitions, data, methods and global results.** Department of Human Resources for Health Evidence and Information for Policy World Health Organization-Geneva, March 2006. Diponivel em: http://www.who.int/hrh/documents/counting health workers.

DIRETORIA EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA. **Anais do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina**, 1986.

EDLER, Flávio Coelho. Educação médica no Brasil no século XX. **Boletim da ABEM**, v. XXVIII, n. 2, abr/Jun. Rio de Janeiro, 2000.

EDLER, Flávio Coelho; FONSECA, Maria Raquel Fróes. Ensino médico nas conferências populares da Glória (1873-1880). Boletim da ABEM, **v. XXIX, n. 5, set/dez. Rio de Janeiro, 2001.**

ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS; as dimensões técnica e político-institucional.** Tese doutorado. USP, 1996.

ENRIQUEZ CLAVERO, José O. Educación superior: tendencias y desafíos. **Educ. méd.** Barcelona, v. 9, n. 1:6-10, 2006. Disponível em: http://wwwscielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-1813200 6000 100003&lng=es&nrm=iso>.

ESCAYOLA MARANGES, Ana María; VILA GANGOLELLS, Montserrat. A las puertas del cambio en la formación universitaria. **Educ. méd.**, Barcelona, v. 8, n. 2: 69-75, 2005. Disponível em: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S1575-18132005000200004 &lng= es& nrm=iso. Acesso em: 02 Jan 2007.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **Universidade & Poder: Análise Crítica/Fundamentos Históricos: 1930-45.** Rio de Janeiro: Editora Achiamé, 1980.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Faculdade Nacional de Filosofia: o projeto possível. **Série Estudos Proedes/UFRJ**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 1-30, 1994.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. Autonomia Universitária no Brasil: Uma Utopia? **Education Policy analysis Archives**, v. 7, n.24, ago, 1999. Disponível em: http://olam.ed.asu. edu/epaa/.

FERREIRA, José Roberto, A ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde. **Boletim da ABEM,** v. XXIX, n. 2:10-11, mar./abr, 2001.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0 - Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa – 3ª ed., 1ª. Impressão. Editora Positivo, 2004.

FIOCRUZ. História. Disponível em: www.dichistoriasaude.coc fiocruz. br/ iah/P/ verbetes/ escancimerj. Htm,2006.

FLEURY, Sônia. Saúde e democracia: a luta do CEBES. In: Sônia Fleury (org): **A Questão Democrática na Saúde**. São Paulo: 1997. Lemos Editorial & Gráficos Ltda. São Paulo/SP.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A source guide to the history of medical teaching in Rio de Janeiro (1808-1907). **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.2, n.1:126-130,1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701995000200009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan 2007.

FONSECA, Maria Raquel Fróes. Educação médica no Brasil no século XX**. Boletim da ABEM**, v. XXVIII, n. 2, abr/Jun., 2000.

FRAGA FILHO, Clementino. Introdução. **Boletim da ABEM**, v. XXIX, n. 1, jan/fev, 2001, p.13.

FRAGA FILHO, Clementino; ROSA, Alice Reis. **Temas de educação médica** (Série de Monografias de Ensino Superior). Rio de Janeiro: MEC. Secretaria de Ensino Superior**,** 1980, 182 p.

FURTADO, Celso. Brasil: da república oligárquica ao estado militar. In**: Brasil: Tempos Modernos.** Editora Paz e Terra**,** 3ª ed., 1997.

GALLO, Edmundo. Dispositivos inovadores para as escolas médicas: oportunidades do ambiente externo. In: CINAEM. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira: Projeto CINAEM III Fase. Relatório 1999-2000**. Pelotas, RS: UFPel, 2000.

GONÇALVES FILHO, Ernesto Lima. As Santas Casas e o desenvolvimento do ensino médico no Brasil. **Boletim da ABEM**, v. XXVIII, n.3, jul/ago, Rio de Janeiro, 2000.

GRAMSCI, Antonio. Cuadernos de la Cárcel, 2 **(1930-1932), p. 164. Ediciones Era** / **Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 1999.**

GREENBERG, J. O.; GREENBERG, H. More phisisciasn are not the answer. **Am J Cardiol**, 15.

HOLANDA, Adriano. Questões sobre pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica. ***Aná. psicológica***. [online] jul. v.24, n.3, p.363-372, 2006. Disponíve em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/ scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0870-82312006000300010& lng= pt& nrm= isso.ISSN 0870-8231

HORTON, Richard; GILMORE, Ian; DICKSON, Niall; DEWER, Steve; SHEPHERD, Susan. Do doctors have a future? **The Lancet,** v. 369 Apr 28: 1405 -6, 2007.

LEITE, D. B. C. Avaliação e tensões de estado, universidade e sociedade na América Latina. **Avaliação/Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior - RAIES,** ano 2, v.2, n.1 (3) - mar, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de DST e AIDS. http://www.aids.gov.br/.

JONES, G.I.; DeWitt, D.E; CROSS; M. Medical students' perceptions of barriers to training at a rural clinical school. **Rural and Remote Health** 7: 685. (Online), 2007. Disponível em: http://www.rrh.org.au

KINGDON. In: VIANA, Ana Luiza. Abordagem metodológica em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**: Rio de Janeiro, mar/abr, 1996.

KOIFMAN, Lílian. **O ensino médico no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa** — Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de Doutora em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

LAMPERT, Jadete Barbosa. Currículo de graduação e o contexto da formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v.25, n. 1:7-19, jan./abr, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Health policy in the 1990s: inter-governmental relations and the Basic Operational Norms. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2:269-291, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?Script =sci_Arttext &pid =S1413-81232001000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2007.

IMED. Mapping the World's Medical Schools Number of Operating Medical Schools. Disponível em: http://www.faimer.org/ resources/ mapping. html. Acesso em: 18 de maio de 2007.

INEP — Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. http://www.inep.gov.br/

IPEA — Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Relatório técnico em 21 de julho de 2006.

MAIA, George Doyle. **Biografia de uma Faculdade: História e Estórias da Faculdade de Medicina da Praia Vermelha**, 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu,1996.

MARCONDES, E. Comissão de Ensino Médico — Ministério da Educação. **Pediatria São Paulo** 8:71-2, 1986. Disponível em: www.pediatriasaopaulo. usp/ upload/ pdf.

MARTINS, C.B. A formação de um sistema de ensino superior de massa. Rev. Bras. Ci. Soc., v. 17, n. 48. São Paulo, fev. 2002.

MEDICI, André Cezar, 1994. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP.

NATH, Lalit M.; NARAIN, Jai P. World the role of medical schools in tuberculosis control. **Health Organization Regional Office for South-East Asia New Delhi.** World Health Organization, nov 2002, 13 p.

NEVES, Clarissa Eckert Baeta. A estrutura e o funcionamento do ensino superior no Brasil. In: Soares, M. S. A.. (org.). **A Educação Superior no Brasil**. 1 ed. Brasília: Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2002, v.3:43-69. Disponível em: http://www.crarn.org.br/html.

OPAS – http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração do Milênio. Nova Iorque, 2004. Cimeira do Milênio. ONU, 2004, 20 p. Disponível em: http://www.nos podemos .org.br/objetivos.htm.

PAIM, Jairnilson. S. As políticas de saúde e a conjuntura atual. **Saúde em Debate**, n. 15/16, p.8-15, 1984.

PIERANTONI, Célia Regina. **Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas**. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social, 2000.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS, Marise Nogueira. **Educação Profissional em Saúde.** 1. ed. Rio de Janeiro: Editora EPSJV/Fiocruz, 2006.

PETZEL-ERLE, M. L. O papel crescente da genética e da biologia e da medicina e saúde pública para todas as populações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(1): 37-39, 2002.

PUC/SÃO PAULO. http://www.sorocaba.pucsp.br/atn/

RABINOWITZ, Howard K; DIAMOND, James J; MARKHAM, Fred W.; PAYNTER; Nina P. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. **JAMA**; 286: 1041-1048, 2001.

REGO, Sérgio. Educação médica no Brasil no século XX**. Boletim da ABEM,** v. XXVIII, n. 2, abr/jun, 2000.

RIBEIRO, Maria Luisa S. **História da Educação Brasileira**. **A Organização Escolar**. 4. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1982.

ROLFE, I. E.; PEARSON, S. A.; O'CONNELL, D. L.; DICKINSON. J. A. Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. **Aust N Z J Med.** Oct; (5):512-7,1995. Disponível em: http://www. ncbi.nlm. nih. gov/entrez/query.fcgi?cmd= Retrieve&db=PubMed&listuids=8588774 & dopt=Abstract.

ROMANELLI, Otaíza Oliveira**. História da Educação no Brasil (1930/1973).** 4. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1983.

ROSA, Alice Reis. Entrevista**. Boletim da ABEM,** v. XXIX, n. 1, jan./fev. Rio de Janeiro, 2001.

ROSA, Alice Reis; FRAGA FILHO, Clementino; PONTES, José de Paula Lopes. **Ensino Médico: Atualidade de uma experiência***.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.

ROSENBLATT, R. A; WHITCOMB, M. E.; CULLEN, T. J.; LISHNER, D. M. and HART, L. G. Which medical schools produce rural physicians? **JAMA,** v. 268, n. 12, sep. 23, 1992.

SAVIANI, Dermeval (2000). **A Nova Lei da Educação: Trajetória, Limites e Perspectivas**. 6ª ed. Campinas, SP: Autores Associados.

SOCIEDADE BRASILEIRA da HISTÓRIA da MEDICINA, 2006. Disponível em http:// www.sbhm.org.br/index.asp?p=institucional&codigo=61.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro (1977). **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1977. 2v.

SANTOS, Nelson Rodrigues (1980). A luta pela reforma curricular. **Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica.** Rio de Janeiro.

SCHWARTZMAN, S.; BOMENY, H. M. B.; COSTA, V. M. R. **Tempos de Capanema.** 2. ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra e Fundação Getulio Vargas, 2000, 405 p.

SIQUEIRA, Benedictus P**. Boletim da ABEM,** v. XXIX. n.5, set/dez, 2001.

SILVEIRA, Linneu. História, 1980. Disponível em: http://www.sorocaba. pucsp. br/ atn. Acesso em 12 de fevereiro de 2007.

SIMÕES, Ozéas Luiz Mainenti (2000). **Saúde da família: limites e potencialidades de uma estratégia**. Dissertação de Mestrado. IMS/UERJ 2000.

SOUZA, Paulo Renato. Descentralizar e fiscalizar. Artigo publicado no **Jornal do Brasil**, 01/06/2000, Rio de Janeiro.

SOUZA, Otelino. **Médicos em Greve**. Editora Aroeira, 1982.

SUCAM-Superintendência de Campanhas em Saúde Pública (Brasil), 1989. Resumo dos principais caracteres morfológicos diferenciais do *Aedes aegypti* e do *Aedes albopictus*. Brasília, 20 p.

TAPAJÓS, Ricardo. Introducing the arts into medical curricula. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.10, p.27-36, 2002.

TEIXEIRA, Anísio. Educação e o mundo moderno**. 2. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional,1997.**

TEMPORÃO, J. G. e GADELHA, C.G. A saúde em novo modelo de desenvolvimento. Artigo publicado no jornal Folha de S.Paulo, em 27/05/07.

TRAJMAN, A.; CORREIA, N.; VENTURI, M.; KRITSKI, A.; RUFFINO-NETTO, A.; SCATENA VILLA, T.C,; AMARAL, J. L. Tuberculosis teaching in Brazilian medical schools. **Int J Tuberc Lung Dis**. 2007 Jun; 11(6): 703-5.

VALENTE, Ivan. **Plano Nacional de Educação**. Rio de Janeiro. Editora DP&A, 2001.

VELHO, Gilberto. Ciências sociais e biografia individual. **Revista Estudos Históricos** Tema: Bens Culturais. Revista Estudos Históricos, n.38, 2006. Disponível em: http://www.cpdoc.fgv.br/revista/asp/dsp_edicao.

VERAS, Renato Peixoto (1981). **A ABEM e as Transformações da Prática Médica no Brasil.** Dissertação de mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro / Instituto de Medicina Social.

VIANA, Ana Luiza. Abordagem metodológica em políticas públicas. **Revista de Administração Pública**: Rio de Janeiro, mar/abr, 1996.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, USP, 2003. Disponível em http: //www.fmrp. usp.br/portal/historia. Acesso em: 30 de janeiro de 2007.

WETZEL, Ursula. **Processo de downsizing em empresas privatizadas: a percepção dos participantes.** Tese de Doutorado em Administração. Pós-graduação em Administração do Instituto de Administração da UFRJ, 2000.

WHO, Global tuberculosis control surveillance, planning, financing. WHO report 2005. **Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005). Disponível em: http://www.who.int /tb /publications/global_report.**

_____ . **Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing.** WHO report 2007**. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2007.376). Disponível em:http://www.who.int/tb/publications/global_report/2007/ pdf/full.pdf**

WIKIPÉDIA: http://pt.wikipedia.org/wiki/Pragmatismo.

WILKINSON, David; LAVEN, Gillian; PRATT, Nicole; BEILBY, Justin. Impact of undergraduate and postgraduate rural training, and medical school entry criteria on rural practice among Australian general practitioners: national study of 2414 doctors. **Medical Education** 37(9), 809–814, 2003. doi:10.1046/j.1365-2923.2003.01596.

WOJTCZAK, Andrzej. Medical education in a globalizing world. **Educación Médica**; 9(2): 98-99, 2006.