

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Enio Marcio Maia Guerra

**PARADIGMAS DA FORMAÇÃO DO MÉDICO: ELEMENTOS PARA A
AVALIAÇÃO DA DOCÊNCIA NOS CURSOS DE MEDICINA**

**Sorocaba/SP
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Enio Marcio Maia Guerra

**PARADIGMAS DA FORMAÇÃO DO MÉDICO: ELEMENTOS PARA A
AVALIAÇÃO DA DOCÊNCIA NOS CURSOS DE MEDICINA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. José Dias Sobrinho.

**Sorocaba/SP
2009**

Ficha Catalográfica

G963p Guerra, Enio Marcio Maia
Paradigmas da formação do médico : elementos para a avaliação da docência nos cursos de medicina / Enio Marcio Maia Guerra. -- Sorocaba, SP, 2009.
122 f. ; il.

Orientador: Prof. Dr. José Dias Sobrinho.
Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba, Sorocaba, SP, 2009.
Inclui bibliografia.

1. Professores - Avaliação. 2. Ensino superior. 3. Escolas de medicina - Brasil. 4. Educação médica. 5. Aprendizagem baseada em problemas. 6. Flexner, Abraham, 1866-1959. I. Dias Sobrinho, José, orient. II. Universidade de Sorocaba. III. Título.

Enio Marcio Maia Guerra

**PARADIGMAS DA FORMAÇÃO DO MÉDICO: ELEMENTOS PARA A
AVALIAÇÃO DA DOCÊNCIA NOS CURSOS DE MEDICINA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba.

Aprovado em: 08 dez. 2009

BANCA EXAMINADORA:

Ass.: _____
Pres.: Prof. Dr. José Dias Sobrinho,
Universidade de Sorocaba

Ass.: _____
1º Exam.: Profª. Dra. Maria Helena Senger,
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo

Ass.: _____
2º Exam.: Prof. Dr. Pedro L. Goergen,
Universidade de Sorocaba

Às diletas pessoas que, em clara demonstração da infinita grandeza de seus corações e inenarrável paciência, me estimularam a perseverar e concluir o presente trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. José Dias Sobrinho, pela compreensão e respeito ao meu “tempo” e, sobretudo, por saber que esta atitude de risco seria assumida por pouquíssimas pessoas em sua posição. Dizer que é um grande educador, uma autoridade com reconhecimento mundial em avaliação, seria redundar na obviedade; ter tido a oportunidade de conviver de maneira mais estreita com um indivíduo sensível, preocupado com os que o cercam e, sobretudo, fraterno, seria muito mais adequado, mas ainda assim insuficiente. Agradeço-o, principalmente pelo fato de ter permitido que nosso tempo de convívio para a confecção desta dissertação fosse integralmente dedicado à amizade.

Ao Prof. Dr. Pedro Goergen por ser exatamente como é. Seu espírito vivaz, sua inteligência brilhante e sua capacidade natural de empatia, tornam-no uma pessoa muito cara a todos que tem oportunidade de conhecê-lo.

Ao Prof. Dr. Luis Percival Lemos Britto por seu entusiasmo em manter-nos direcionados para um mesmo objetivo, mas, sobretudo, por ter conseguido demonstrar a todos nós, e também à minha família, da forma mais alegre e prazerosa, a importância de ser um apaixonado naquilo que se propõe a fazer.

Ao Prof. Dr. Wilson Sandano pela acertada indicação inicial de rumo, em um momento onde a ignorância e a incerteza eram a minha tônica.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Educação Superior pelo tempo de convivência e de trocas, em particular a minha notívaga amiga, Marinete Martins; à Eliana Harder, pelo trabalho em conjunto; à Izonete Palmieri e à Gisele Moreira, por serem tão especiais como seres humanos e, também, ao Marcos Sodré, uma pessoa cujas boas qualidades são contagiantes.

Aos meus queridos amigos da Disciplina de Nefrologia, Fernando Antonio de Almeida, Cibele Isaac Saad Rodrigues, Ronaldo D’Ávila, Ricardo Augusto de Miranda Cadaval e Francisco Antonio Fernandes, que me ajudaram a dar conta desta dupla tarefa e que, por inúmeras vezes, assumiram minhas obrigações, da forma que só os amigos sabem fazer.

Ao Daniel e ao Thomas que suportaram de forma abnegada toda minha ausência, mesmo quando estava perto deles, e minhas eventuais (acho eu) rabugices, quando as coisas não iam tão bem. Só mesmo os bons filhos para lidar tão bem com tudo isso. Tenho o maior orgulho dos dois.

À minha esposa Silvia, a consideração e os agradecimentos mais especiais que posso lhe transmitir, pois tenho a plena consciência do desprendimento em relação às suas necessidades pessoais, para permitir-me completar este trabalho. Embora ela pudesse imaginar ter tido pouca participação, sempre esteve presente em cada etapa do mesmo.

“The only man who behaves sensibly is my tailor; he takes my measurements anew every time he sees me, while all the rest go on with their old measurements and expect me to fit them”

George Bernard Shaw

RESUMO

Desde sua origem há aproximadamente dez séculos, a Universidade vem sendo reconstruída em função das transformações da sociedade que a constitui. Essas mudanças se refletem diretamente sobre as práticas diárias de seus elementos formadores, os docentes. A cada processo transformador, novas atitudes e práticas são incorporadas à sua área de conhecimento específico, impondo-lhe a necessidade de absorvê-las, processá-las e transmiti-las. Em uma área específica do conhecimento, como a Medicina, estas mudanças estão ocorrendo com velocidade muito superior à capacidade de incorporação do aparelho formador. O paradigma dominante na formação médica, idealizado por Abraham Flexner, em 1910, fundamentado no rigor científico, na pesquisa, no padrão biologista, mecanicista e hospitalocêntrico, produziu várias gerações de médicos. Em grande número, estes profissionais, especialistas em sua área de atuação, foram introduzidos no ambiente acadêmico, como professores, em função da abertura maciça de novas escolas. Sem formação docente específica, passaram a ensinar como aprenderam – produzindo especialistas. Em meados da década de setenta do século passado, importantes conferências mundiais começam a transformar o chamado paradigma “flexneriano”. O foco volta-se para o atendimento primário e a promoção da saúde, dando origem ao chamado modelo da “integralidade” distinto, em praticamente todos os aspectos, do modelo tradicional. Os mecanismos avaliativos destes profissionais docentes, entretanto, continuam a se basear fundamentalmente em critérios bibliométricos e, mais grave, na equivocada concepção de atribuir maior valor ao pesquisador com maior produção científica, sem considerar aspectos locais. Para assegurar a eficiência, qualidade e resposta às necessidades sociais que permeiam os problemas de saúde, há a necessidade de se formar o docente no contexto educacional e sócio-econômico em que a saúde funciona. A formação qualitativa dos docentes passa a ser, assim, um assunto de ética pedagógica e social durante todas as décadas que perdurar sua carreira profissional. Em conclusão, os mecanismos avaliativos devem ser inéditos e originados depois de adequado processo de formação continuada por parte das instituições de ensino. Este deve indicar ao docente a importância de sua formação ética e humanística, contextualizando-o nas demandas da sociedade e possibilitando que o mesmo, através do espírito crítico e da autoavaliação, seja capaz de aprimorar o próprio processo de formação médica.

Palavras-chave: Professores – Avaliação. Ensino superior. Escolas de medicina – Brasil. Educação médica. Aprendizagem baseada em problemas. Flexner, Abraham, 1866-1959.

ABSTRACT

Since its beginnings about ten centuries ago, the University has been rebuilt according to the transformations of the society which originated it. These changes are directly reflected upon the daily practices of its formation elements, that is the faculty. Following every transformation process, new attitudes and practices are incorporated into the specific knowledge area, making necessary to absorb, process, and transmit them. In a specific area of knowledge, such as Medicine, these changes are occurring at an astonishing speed, above the incorporation capacity of the formation elements. The dominant paradigm in the medical formation was idealized by Abraham Flexner in 1910, established according to scientific criteria and research, in a biologist, mechanicist, and hospital teaching based pattern, produced and guided several medical generations. As a result of massive opening of new medical schools, a great number of these professionals with their specific major specialized formation were introduced into the academic environment as professors. With no specific pedagogical formation, these professionals began to teach as they have learned – producing specialists. From the middle seventies of the last century, important world conferences begin to change the so called “flexnerian” paradigm. The focus comes back to the primary care and health promotion, originating the “integrality” model, distinct from the traditional model in almost every aspect. However, the faculty evaluative mechanisms are nowadays entirely based on bibliometric indicators and more seriously, in the mistaken conception of attributing greater value to the researcher with greater scientific production, without considering local aspects. To assure the efficiency, quality and answer to the social needs that permeate the health problems, there is the necessity of forming a teacher in the educational and social economic context in which the health system works. The qualitative formation of a teaching staff is therefore linked to a matter of pedagogical and social ethics, persisting for all the decades that this professional career lasts. In conclusion, the evaluative mechanisms should be unpublished and originated after an appropriate process of continuous formation headed by the teaching institutions. This process should point out to the teacher the relevance of his ethical and humanistic formation, integrating him into the society demands and at the same time permitting him, through the critical spirit and self evaluation, to be capable of improving the medical formation process itself.

Keywords: Teacher – Evaluation. Higher education. Medical schools – Brazil. Medical education. Problem based learning. Flexner, Abraham, 1866-1959.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	A UNIVERSIDADE	17
3	A AVALIAÇÃO E O CONTEXTO SOCIAL	36
4	FLEXNER E A EDUCAÇÃO MÉDICA	48
5	TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL	70
6	AVALIAÇÃO DA DOCÊNCIA NA FACULDADE DE MEDICINA	88
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS	111

1 INTRODUÇÃO

Em tempos de contingências, nada mais apropriado que uma quebra de paradigma para reforçar nossas incertezas! É este um dos sentimentos dominantes entre os integrantes do corpo docente de uma Faculdade de Medicina, nestes tempos de transformações curriculares. Os professores, exibindo as mais diversas reações, se vêem defrontados com novas situações, novos saberes, novas atuações e desafiantes formas de avaliação que parecem questionar todo seu conhecimento historicamente construído.

Após o término da graduação, o médico passa a dedicar-se arduamente ao aperfeiçoamento na área de atuação que escolheu. Existe um grande esforço e interesse, por parte das corporações de especialidade e da própria sociedade, no sentido de que este profissional incorpore parâmetros de excelência em sua formação específica e se desenvolva científica e tecnicamente dentro dos melhores padrões possíveis. Com a divulgação deste cabedal de conhecimentos, através de congressos médicos, literatura especializada ou mesmo do objeto de sua ciência e arte – o paciente, ganha o reconhecimento entre seus pares e passa a ser incentivado e convocado a transmiti-los.

Com a premissa de que o domínio técnico-científico em determinada área de atuação teria o condão de qualificar estes profissionais como docentes médicos de excelência, as instituições formadoras os convidam para integrarem seus quadros. A partir de então, estes indivíduos passam a estabelecer sua identidade profissional como médico e como docente. Deve-se ressaltar que, em sua esmagadora maioria, estes excelentes médicos carecem de qualquer tipo de formação pedagógica que os habilite e capacite ao pleno exercício desta nova função.

Entretanto, este “novo” docente, tendo em mente o fato de que seus professores-modelo também tiveram esta mesma origem, começa a investir esforços na docência e, conseqüentemente, aprimorar suas aulas, demonstrações, relacionamento com seus alunos e recursos pedagógicos. Transcorridos alguns anos, adquire na prática docente, a mesma segurança que exhibe em sua atividade profissional.

Este modelo de formação do professor médico tem sua origem nos Estados Unidos, a partir de extenso trabalho de avaliação das escolas médicas americanas e canadenses, desenvolvido por Abraham Flexner, publicado em 1910. A partir de então, as recomendações deste relatório visando à transformação das faculdades de medicina, passam a ser incorporadas em todo o mundo, dando origem ao que foi denominado “paradigma flexneriano”. A ênfase deste modelo reside na incorporação do hospital como campo fundamental do ensino médico de graduação, no professor como centro do processo, na clara divisão entre as áreas básicas e clínicas e, finalmente, na visão biologista, tecnicista e especializada.

Apesar do predomínio deste modelo, nos anos sessenta as propostas de medicina integral começam a manifestar as primeiras reações ao paradigma flexneriano. Este movimento, ao expor a inadequação do ensino médico frente às necessidades de uma sociedade em rápida transformação, buscava suavizar as tensões e preservar a medicina liberal como instituição social. Esta foi uma década repleta de movimentos militantes e transformações sociais. Em nosso país, a assunção do governo pelos militares dá origem a política pródiga em relação à abertura de novas escolas médicas.

Nos Estados Unidos da América, o ano de 1965 pode ser considerado um divisor de águas no que tange à profissionalização da avaliação que se aproveitou da crença liberal segundo a qual “os diversos problemas e dificuldades de grupos humanos, corretamente identificados e iluminados pelas ciências sociais, poderiam ser resolvidos através de adequadas políticas alimentadas por generosas inversões de dinheiro.” (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 43)

Dez anos depois, surge nova proposta – a medicina comunitária – a qual introduz uma redefinição geral do ensino, no sentido de formar o médico generalista ou de família. A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, em Alma-Ata, em 1978, lança o conceito de “Saúde para todos”, convocando todos os países a revisar os seus sistemas de saúde, tornando-os acessíveis à população, como direito básico do cidadão. Esta também é a década de advento do neoliberalismo, que traz em seu ideário, entre outros, o conceito de que as instituições de ensino superior são caras e desconectadas das necessidades da sociedade. As universidades deveriam, portanto, seguir o modelo empresarial de sucesso. O Estado desenvolve fortes mecanismos de avaliação – Estado Avaliador.

Durante todo este tempo, mesmo existindo algumas instituições que buscaram a adequação a estes novos modelos de transformações em face das exigências sociais, as escolas médicas predominantemente continuaram focadas na formação do especialista, ferrenhamente ligadas ao paradigma educacional tradicional, onde a qualidade do médico estaria tradicionalmente atrelada ao seu preparo como especialista.

A comunidade docente da medicina se vê, portanto, submetida a várias tentativas e experiências educacionais transformistas, com suas resultantes inovações metodológicas e as necessárias imposições de um processo regular de capacitação em avaliação educacional. Um marco histórico para o início das mudanças mais recentes nas faculdades de medicina foi a constituição, em 1991, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), um colegiado que reunia 11 entidades¹ representativas dos professores universitários, da profissão médica e de estudantes de medicina do país. A Comissão identificou quatro dimensões estratégicas para a transformação da educação médica no país: a docência, a gestão acadêmica, o processo ensino-aprendizagem e a avaliação.

O projeto foi constituído por três fases: primeira fase – trabalhou com 76 escolas médicas do Brasil as quais, através de respostas a um questionário auto-aplicado, revelaram seu desempenho frente a um “padrão desejado”; segunda fase – trabalhou com 48 escolas embasadas pelas constatações da primeira fase, resultando na construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para avaliação da educação médica; terceira fase – que objetivava as transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, compreendida em seu sentido amplo, abarcando a totalidade do processo de formação médica, sem perder de vista o contínuo processo de avaliação das escolas.

Sob os reflexos desta terceira fase que resultou na publicação do Relatório Geral dos resultados da “Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997), no

¹ A CINAEM foi composta pelas seguintes entidades: Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior (ANDES-SN), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), em virtude de existirem, à época, no eixo Rio - São Paulo, 32 das 80 escolas médicas do País.

segundo semestre de 2001, a direção geral do Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo nomeou uma Comissão de Reforma Curricular, com o objetivo de elaborar uma proposta de alteração do projeto pedagógico do curso.

Contudo, em 2001, o Conselho Nacional de Educação institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina, visando contemplar uma melhor adequação do ensino médico à realidade brasileira e, no final deste mesmo ano, ocorre importante mudança no cenário nacional. O governo federal lança o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, conhecido como PROMED², desenvolvido numa parceria entre o Ministério da Saúde e o da Educação com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Com esse programa, o estado passou a disponibilizar recursos financeiros da ordem de R\$ 1.200.000,00, para cada Instituição de Ensino Superior que adequasse sua proposta de formação às diretrizes da medicina comunitária.

A Comissão de Reforma Curricular elaborou um pré-projeto que foi aprovado por todas as instâncias acadêmicas do CCMB e da Universidade. “Cumpridas todas as etapas, culminou-se com sua seleção entre as escolas contempladas, com o mérito de ter recebido a pontuação de 95,8 entre os 100 pontos possíveis.”³ Dentre as dezenove instituições escolhidas na primeira seleção, dez eram federais, quatro estaduais e cinco particulares.

A Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP ou PBL (*Problem Based Learning*) surge no cenário educacional inicialmente na Universidade McMaster, no Canadá, no fim da década de 60, como uma metodologia de ensino/aprendizagem voltada para o paciente, para a população e tendo como foco central, o aluno. O início dos anos 70 mostra a rápida difusão desta inovadora pedagogia, adotada pela Universidade Maastricht, na Holanda, Universidades de Harvard e Cornell, nos Estados Unidos, dentre outras mais de 60 escolas ou universidades, inclusive no Brasil: Faculdade de Medicina de Marília (1997), Universidade Estadual de Londrina (1998), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1999) e, finalmente iniciada em 2006, no Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Das

² Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_forma08.pdf>. Acesso em 18 dez. 2008.

³ Proposta de Alteração do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas do Centro de Ciências Médicas e Biológicas (CCMB). Disponível em: <http://www.sorocaba.pucsp.br/intranet/noticias/projeto_reforma_301105.doc>. Acesso em 18 dez. 2008.

176 faculdades de Medicina do país, aproximadamente 25% adotam atualmente a ABP como metodologia de ensino.

Algumas características diferenciam esta abordagem inovadora da tradicional pedagogia. A aprendizagem adquire uma característica mais centrada no aluno, na independência e na autogestão da aprendizagem; os estudantes aprendem o que realmente precisam saber (aprendizagem para a aplicação prática na vida diária); as discussões e solução de problemas ocorrem em grupos pequenos de alunos, tendo o professor um papel facilitador da discussão; exige ampla gama de conhecimentos para se obter a solução.

Fazendo analogia a Masetto (2008, p. 9), o tradicional professor da Faculdade de Medicina é “um profissional médico na atividade docente” ou, em outras palavras, é um médico com “aptidão” para ensinar e que “vira” professor. Geralmente carece de qualificações específicas sobre o processo de ensino-aprendizagem e tem vínculo institucional em tempo parcial. (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 94-95) Entretanto, a autoridade do saber confere ao professor o poder no interior da sala de aula e este o exibe a cada aula magistral proferida. A educação médica se torna refém da forma escolar. É um profissional raramente contestado e, em inúmeras situações, endeusado.

Com a adoção da nova metodologia, parcela significativa de professores subitamente se vê confrontada com novas necessidades de participação e inclusão no processo, sendo impelidos a abandonar práticas comodamente estáveis e metodologias extremamente arraigadas. Há até mesmo a gênese de sentimento reducionista em face da perda do “título” – não mais professor e sim tutor. A insegurança assoma e colide com os esforços dos alunos que, por razões naturais, exibem maiores facilidades adaptativas.

Esta situação, à semelhança de qualquer outra guinada radical do rumo pacífica e solidamente implantado anteriormente, provoca exuberantes reações, quer do corpo discente, quer docente.

Temos, nesta condição, uma fase geradora de conflitos e estes se tornam mais evidentes quando os lados são incitados à avaliação recíproca obrigatória. O professor que ainda não conseguiu se livrar dos hábitos tradicionais é confrontado pelo aluno que encontra, nesta metodologia, campo fértil para salvaguarda de sua livre manifestação e o deixa praticamente à vontade para se expressar e, não raras

vezes, criticar seu desempenho docente. Este reage, atribuindo a esta postura conotação amplamente negativa.

A consequência mais imediata é o distanciamento do professor e a manifesta intenção que o aluno expressa, no sentido da imediata substituição daquele.

Este embate é de difícil superação se não analisada à luz de uma radical mudança de paradigmas, principalmente direcionada ao principal campo de conflito entre as partes – a avaliação.

Uma afirmativa frequentemente citada é que na área da educação, a qualidade do ensino está diretamente relacionada à qualidade dos professores. Esta qualidade é mensurada através da utilização de inúmeros instrumentos de avaliação docente, desde a auto-avaliação, até juízos emitidos pelos órgãos diretivos da Instituição, passando por avaliações dos alunos e de seus pares. Estas formas avaliativas mesclam parâmetros qualitativos e quantitativos. Sob a ótica qualitativa, o docente é avaliado em suas competências e habilidades relativas à transmissão de conhecimentos, enquanto que os parâmetros quantitativos mensuram sua capacidade de produção científica.

Exatamente nesse ponto residem nossas inquietações e indagações. Se o docente com formação flexneriana é um especialista por excelência ou, em outras palavras, um executor do conhecimento, como poderá ser adequadamente avaliado pelo corpo discente através de instrumentos que se destinam a mensurar a transmissão de conhecimentos? O órgão diretivo de uma instituição que não propicia capacitação própria e formal e ao docente, voltada ao aprimoramento de sua competência pedagógica pode, com isenção, avaliar este professor? O corpo docente, vivenciando a mesma situação, teria independência para emitir juízo de valor sobre um de seus integrantes? Ainda, em não vislumbrando outra situação, poderia o próprio interessado apresentar outro julgamento que não o de adequação, ou excelência, sem dispor de parâmetro comparativo do que se constituiria no ideal? Finalmente, como utilizar parâmetros avaliativos estruturados a partir da ótica do ensino tradicional, flexneriano, para avaliar docentes em meio a uma transformação curricular?

O presente ensaio enceta tentativa de análise sobre as inevitáveis mudanças dos métodos de avaliação docente, em decorrência das mudanças dos paradigmas pedagógicos, consequentes a radical modificação curricular implantada pela Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Temos,

ainda, a pretensão de analisar a avaliação como instrumento que pode contribuir para promover mudança desta situação conflituosa, através do envolvimento do professor e seus pares, do aluno e dos órgãos diretivos da Faculdade de Medicina, no sentido de adaptar e viabilizar instrumentos participativos e de construção coletiva, direcionados à avaliação docente.

Uma justificativa simplista cinge-se ao fato de que se todos os envolvidos participam, há maior possibilidade de que, a partir deste envolvimento, sobrevenha maior compreensão das limitações temporais, resistências e pontos de conflito que cada um dos elementos possa apresentar. Desta compreensão, necessariamente, ocorrerá convergência para a solução do impasse.

A dissertação está organizada em duas partes. A primeira, composta pelos dois primeiros capítulos, onde buscamos situar o campo de trabalho do docente médico – a universidade, aqui entendida em contexto amplo, abrangendo as instituições de ensino superior em medicina; as influências conjunturais externas e os fatores de transformação social que influenciaram a avaliação e, finalmente, o percurso da avaliação institucional no Brasil. Nos três últimos capítulos, com foco mais estreito na área médica, analisamos as influências de Abraham Flexner sobre a reformulação dos currículos em medicina; o crescimento das escolas médicas em nosso país e finalizamos com as mudanças dos enfoques de avaliação frente à transmutação do paradigma flexneriano, tradicional, para o paradigma da integralidade, inovador, avançado.

2 A UNIVERSIDADE

Para qualquer ocidental é extremamente difícil pensar sua sociedade, imaginá-la ou concebê-la à margem de algumas instituições; uma delas é a universidade. Em torno desta instituição, em sua finalidade mais genuína, ocorreram as grandes revoluções científicas, culturais e políticas. As ciências, a filosofia, a arte, a política, a religião são, em seu significado mais profundo, termos intimamente ligados com a universidade.

Como as catedrais e o parlamento, as universidades são um produto da Idade Média. Os gregos e os romanos, por mais estranho que possa parecer, não tinham universidades no sentido com o qual esta palavra tem sido utilizada nos últimos sete ou oito séculos. Eles possuíam educação superior, mas os termos não são sinônimos. (HASKINS, 1923, p. 3)

Até o século XI, “a situação da escola no Ocidente era muito medíocre, discreta herança originada há mais de dois séculos dos limitados esforços dos carolíngios.” (MIALIARET, 1981, *apud* ROSSATO, 2005, p. 15) A educação superior na Europa era ministrada apenas nas escolas dos mosteiros, ou nas escolas dos templos e das catedrais, visando formar os quadros de administradores da própria Igreja Católica. “A direção da escola era entregue a um mestre (*magister scholarum, scholasticus*) - donde o nome posterior de ‘Escolástica’ - que poderia ser assistido por outros mestres designados por ele.” (ROSSATO, 2005, p. 16) Às escolas monásticas vieram-se juntar, em determinados centros, as novas escolas particulares. “Nelas, os mestres instalavam-se por conta própria e, contando apenas com sua reputação, ensinavam aqueles que pudessem pagar para matricular-se em suas escolas. Na França, sobretudo as Artes Liberais, foram professadas dessa forma.” (CHARLE; VERGER, 1996, p. 14)

Charle e Verger (1996, p. 20), esclarecem que o declínio destes centros escolares ativos, a partir da segunda metade do século XII, e a passagem para as universidades do século XIII não pode ser apresentada como simples necessidade de renovação em decorrência do desenvolvimento geral do Ocidente, ou como uma vitória das forças emergentes em detrimento de estruturas tradicionais.

Indubitavelmente todos esses fatores interferiram, mas é preciso acrescentar-lhes, certamente, uma tomada de consciência mais aguda das necessidades “profissionais” do ensino. Poder-se-ia dizer que teria sido para fazer frente a um determinado número de disfunções surgidas nas escolas existentes e às críticas por elas suscitadas que a solução universitária foi constituída. Algumas escolas [...] periclitavam. As outras mal dominavam seu próprio crescimento. As autoridades eclesiásticas tradicionais estavam ultrapassadas. A massa dos estudantes tornava-se uma ameaça para a ordem pública. Os mestres, cada vez mais numerosos entravam abertamente em concorrência. [...] Pode-se pensar que foi [...] para controlar essa situação um tanto anárquica que os mestres estabelecidos se associaram com o objetivo de limitar a proliferação das escolas e de impor a todos um regime de estudos bem-definido, baseado na hierarquia das disciplinas, na leitura sistemática das autoridades obrigatórias, na proibição da leitura dos livros perigosos e finalizando com um sistema coerente de exames e diplomas.

Ao analisarmos as origens das Universidades na Idade Média, dois fatos históricos se destacam. O primeiro relaciona-se aos conflitos políticos entre os poderes laicos e eclesiásticos. A disputa pelo poder entre a realeza e o papado, que reivindicavam o governo da sociedade, influenciou sobremaneira o surgimento das universidades. Estes poderes editaram leis e bulas para instituí-las, proteger e intervir, tanto no ensino como nas relações entre estudantes e mestres e entre estes e a comunidade. O segundo vincula-se à disseminação do pensamento aristotélico no Ocidente. (OLIVEIRA, 2007)

“As primeiras universidades nasceram como corporações que reuniam, como nas demais, portanto, num trabalho comum, mestres e aprendizes, no caso, alunos e professores.” (ROSSATO, 2005, p. 18) Existe consenso em que a primeira universidade a atingir plenamente este estatuto seja a de Bolonha, criada em 1088. Esta instituição ficou caracterizada como universidade dos estudantes, pela sua iniciativa de se organizarem em grandes nações. Quanto ao poder dos estudantes em Bolonha, Kerr (1982, p. 31 *apud* MARBACK NETO, 2007, p. 23), complementa:

Suas corporações dirigiram a universidade e dominaram mestres; lá os estudantes eram mais severos com os mestres do que estes jamais o foram com os alunos. O modelo de Bolonha causou impacto em Salamanca, na Espanha em geral e, em seguida, na América Latina, onde os estudantes até hoje são encontrados nos mais altos conselhos dirigentes.

A Universidade de Paris foi outra considerada como uma das primeiras, e até hoje é um dos modelos para outras instituições. Foi constituída oficialmente pelo imperador e pelo papa Gregório IX em 1231, através da bula *Parens Scientiarum Universitas*. Documentos anteriores, entretanto, comprovam que a universidade, de fato, já se organizara ao longo do século XII. (ROSSATO, 2005) E antes que a “universidade” fosse seguramente estabelecida em Paris, existiram fundações educacionais que adotavam o modelo de Bolonha e de Paris, em Oxford, Cambridge, Nápoles e Toulouse, e que foram consideradas como sendo essencialmente o mesmo tipo de instituição e referidas pela denominação comum de *studium generale*. Na baixa Idade Média, o termo *universitas*, que originariamente denominava qualquer guilda ou corporação legalmente definida, passou a ser utilizado específica e exclusivamente para esta nova instituição.

Pode-se afirmar que a missão de ensino destas primeiras universidades medievais incorporava tanto a educação liberal para os não-graduados quanto a educação profissional aos graduados. “Os métodos escolásticos constituíam o estado-da-arte tanto para o ensino quanto para a pesquisa. Por exemplo, Roger Bacon tanto ministrava aulas quanto realizava experimentos científicos.” (SCOTT, 2006, p. 4)

Ferruolo (1985, p. 3-4) explicita as três características básicas que diferenciavam esta nova instituição educacional de outros tipos de escolas:

Primeira, era uma corporação autônoma e permanente. Como uma associação formal, possuidora de significativo grau de autonomia legal e direito a se autogovernar, a corporação exercia controle sobre seus membros e poderia elaborar e impor seus próprios estatutos. Neste sentido, a universidade era semelhante a qualquer outra guilda medieval ou *communia*. Nesta função específica, a universidade era uma comunidade comprometida com o estudo, um *studium*. Era uma associação de pessoas de diversas classes sociais provenientes de ampla área geográfica (a habilidade para atrair estudantes além da região local foi o que primeiro classificou uma escola ou *studium* como geral ou *generale*), estudando assuntos variados em níveis variáveis de especialização e somente unidos pelo fato de estarem todos envolvidos na busca do conhecimento no mesmo lugar e ao mesmo tempo. (...) A segunda característica básica da universidade era a ênfase no compartilhamento e na transmissão do saber. A identidade profissional da universidade consistia em ensinar ou ser ensinado. A terceira característica, em contraste com outras escolas, a universidade não se especializou estritamente em sua constituição ou em suas metas. Precocemente em sua história, a universidade tinha por finalidade subsumir a especialização das disciplinas acadêmicas e a divisão de faculdades dentro de uma estrutura institucional mais ampla, definida por metas e propósitos educacionais comuns. Não era necessário oferecer

instrução em todos os assuntos conhecidos, mas o ensino era necessário em pelo menos uma das faculdades superiores de teologia, direito (canônico, romano ou civil), medicina, assim como nas artes liberais. Este é o conceito essencial de universidade que prevalece no presente.

No século XV, a palavra universidade passou a designar uma comunidade de mestres e alunos, reconhecida pela autoridade civil ou eclesiástica, subordinada a um princípio que seria básico para o futuro da instituição: o da *autonomia universitária*. Esta autonomia – o autogoverno universitário – nasceu de um movimento corporativo de autodefesa. As universidades tinham liberdade de atuação desde que não pregassem o ateísmo ou heresias. O ensino era totalmente financiado pelos alunos, que pagavam taxas aos professores e podiam se transferir para outras escolas, se ficassem insatisfeitos.

Entre o século XI e XVI surgiu a constelação das grandes universidades européias: Bolonha (1088), Paris (entre 1150 e 1170), Salamanca (1218), Pádua (1222), Nápoles (1224), Oxford (1249), Cambridge (1284), Lisboa (1290), Pisa (1343), Praga (1348), Viena (1365), Heidelberg (1386), Barcelona (1477), Copenhague (1479), Sevilha (1505) e muitas outras, nas principais cidades européias.

Fato extremamente relevante para o Brasil foi o processo de criação da universidade portuguesa. Em face de situar-se geograficamente na extrema periferia da Europa Ocidental, Portugal tinha dificuldades em experimentar as transformações sociais que a Europa do século XII atravessava, quais sejam o renascimento urbano e o renascimento cultural. As influências do urbanismo, “como condição responsável pela solidariedade que ligou a evolução da vida cultural às transformações da vida social” (TOMÉ, 2008, p. 171), não foram incorporadas por Portugal que, desgarrado do sistema, continuava um país agrário, com vida econômica tipicamente rural. Houve necessidade de Portugal passar por uma “europeização”, promovida por D. Diniz, sexto monarca português, que fundou, em 1290, a Universidade de Lisboa. Esta foi posteriormente transferida para Coimbra (1308) e, depois, novamente para Lisboa, fixando-se enfim, em Coimbra.

“A universidade em Portugal, além de pouco influenciar nas questões nacionais, também desenvolvia suas atividades com algumas deficiências desde sua criação, como por exemplo: o número reduzido de professores, o que levou D.

Fernando a trazê-los de outros locais da Europa.” (MARBACK NETO, 2007, p. 25) Por outro lado, prossegue este autor, “o valor das rendas da universidade era pequeno; poucos eram os funcionários; não existia biblioteca. Por esses motivos, acredita-se que ela não gozava de boa reputação acadêmica. Menciona-se inclusive que somente em 1503 ela passou a ter estatutos completos.” (MARBACK NETO, 2007, p. 26)

Rossato (2005), ao descrever o crescimento numérico das universidades, aponta os três fenômenos fundamentais do século XIV e seguintes: a) diminuição da influência da Igreja, que conduziria posteriormente à laicização da universidade; b) novos papéis da sociedade local, com o crescimento do poder laico, representado pelos soberanos, príncipes e comunas; c) regionalização com crescimento do poder local, que acabou por destruir a tradição da *peregrinatio accademica*.

Até o final do século XV a universidade estava presente em praticamente toda a Europa e seu número aumentava incessantemente. Começa a ocorrer a expansão desta instituição para fora deste continente, notadamente para o Oriente e, pouco após, para a América, graças ao processo de colonização. Ao mesmo tempo em que estas descobertas propiciaram o aumento numérico das universidades, as novas concepções advindas da revolução intelectual e a Reforma Protestante fizeram sentir seus reflexos sobre esta instituição, que passa a vivenciar uma verdadeira crise de identidade, com o desaparecimento da autonomia universitária e do monopólio do saber. A influência do humanismo e dos colégios provoca modificações adaptativas na universidade, porém com perda inicial da qualidade e do reconhecimento social. No século XVII, no dizer de Rossato (2005, p. 52-53):

As universidades mais importantes nesse momento estavam surgindo fora da Europa. Nesse período, apresentavam um quadro caracterizado pela desorganização dos estudos, abreviação dos cursos, absenteísmo dos professores e uma certa retomada das ortodoxias; as seitas e dissidências eram menos toleradas. Em Cambridge, por exemplo, gradativamente os puritanos foram afastados; por outro lado, a diminuição de chances de emprego civis e religiosos, a retomada dos ofícios desestimularam muitos estudantes.

A universidade européia conservou essencialmente a estrutura medieval até o século XVII. A partir daí, a influência da Revolução Científica se fez sentir cada vez

mais forte, até que finalmente, no século XIX, ocorreria o que se pode denominar uma verdadeira Revolução Universitária, a partir da qual esta instituição passa a ser o local por excelência de realização de pesquisa científica. (BARRETO; FILGUEIRAS, 2007, p. 1781) Rossato (2005, p. 81) acrescenta o importante papel desempenhado também pela Revolução Francesa, que antecede a Revolução Industrial, “mas suas consequências se prolongaram nos anos oitocentos. Esses dois eventos, a seu modo, marcaram profundamente a evolução da universidade.” O primeiro por abolir estas instituições, considerando-as instrumento da aristocracia e por propiciar, posteriormente o desenvolvimento do modelo de universidade denominado napoleônico, sob influência do Estado; o segundo por implementar e criar o modelo de universidade de pesquisa.

Esses dois modelos, o francês e o alemão, exerceram fortes influências na formação do modelo universitário brasileiro, à semelhança do que ocorreu no resto do mundo. Posteriormente, o modelo americano se tornaria praticamente hegemônico.

A sociedade francesa do final do século XVIII dividia-se em três segmentos. Dois deles, o clero e a nobreza, exerciam grande influência na vida política e econômica, enquanto que o chamado terceiro Estado, composto pelos burgueses, camponeses sem terra e “*sans-culottes*”, era representado apenas no sistema político. O processo revolucionário teve origem em 17 de junho de 1789 quando, por ordem do rei Luis XVI, o terceiro estado foi expulso da assembleia nacional e, em represália, se proclamou em 09 de julho, “Assembleia Nacional Constituinte”. Os choques entre o povo e o rei resultaram na tomada da Bastilha, a prisão do estado, no dia 14 deste mesmo mês. Com o acirramento dos ânimos, em 14 de junho de 1791, a Assembleia vota a lei *Le Chapelier* que proibia os sindicatos de trabalhadores e as greves. Em janeiro de 1793, Luis XVI e Maria Antonieta foram guilhotinados e, precisamente na Convenção de 15 de setembro deste ano, a França suprimiu as universidades e todos os estabelecimentos de ensino superior, com os argumentos que elas guardavam valores e práticas reacionárias, tais como o elitismo, o corporativismo e um forte caráter religioso.

Originando-se a partir de uma tábua rasa, o ensino superior francês da primeira metade do século XIX, só seria restaurado treze anos mais tarde. “Após as primeiras vitórias contra o inimigo externo da Revolução Francesa de 1789 e tendo assumido o poder político supremo no Estado republicano, Napoleão empreendeu

uma ampla e diversificada obra de reforma institucional, visando à consolidação do regime burguês.” (CUNHA, 2007a, p. 16) Em 10 de maio de 1806, Napoleão fundou a Universidade da França ou Universidade Imperial, embasada fundamentalmente: 1) na lógica do estado e voltada a atender seus interesses e suas peculiaridades, assumindo a tarefa de solidificar a hegemonia burguesa, frente às demais classes sociais, através da formação de uma nova sociedade e do aparelhamento do estado, visando garantir seu bom funcionamento; 2) na laicidade, que rompeu e excluiu as Igrejas do exercício do poder político e/ou administrativo nas universidades, submetendo-as a um único mestre; 3) promoção das escolas de medicina, direito, teologia e ciências e letras, a faculdades profissionais isoladas, submetidas a uma rígida regulamentação profissional, modelo esse que exerceu notável influência no ensino superior brasileiro desde o século XIX e, 4) no monopólio do diploma, requisito necessário para o exercício profissional, posteriormente adotado na maioria dos países por ocasião da implantação de suas universidades.

Segundo Trindade (2000, p. 124), “o novo modelo se instituiu pelo poder do governo de nomear professores, assistido por um conselho central, fazendo da educação um monopólio. A Universidade napoleônica e suas Academias se estendem aos Países Baixos e à Itália.”

Existem duas motivações para a fundação da universidade de Berlim. As universidades alemãs foram muito afetadas pelos acontecimentos ligados ao domínio napoleônico no início do século XIX. Bonaparte venceu as tropas prussianas, em 14 de outubro de 1806, na batalha de Iena e ocupou Berlim. Em seguida, derrotou os russos na batalha de Friedland, obrigando o czar Alexandre I a assinar o Tratado de Tilsitt. A Prússia perde sua parte da Polônia e as províncias situadas a oeste do rio Elba, inclusive Halle, onde se situava uma de suas principais universidades. A derrota origina a preocupação com a modernização intelectual das elites da Alemanha, que se torna um dos principais fatores motivacionais do orgulho germânico. A outra motivação tinha origem nos aristocratas e intelectuais do Iluminismo, que lançaram as idéias para a construção de uma nova e vibrante universidade, em reação à estagnação acadêmica reinante entre as instituições existentes na Alemanha. Frerry, Pesron e Renaut (1979 *apud* CUNHA, 2007a, p. 17), afirmam:

Assim, de 1802 a 1816, os maiores filósofos do idealismo escreveram sobre a idéia de universidade e sua realização. Hegel, Schelling, Fichte, Schleiermacher e Humboldt produziram em poucos anos o que é, talvez, a mais densa reflexão sobre a instituição universitária, desde sua criação no século XIII até os dias de hoje.

Servindo por apenas 16 meses como ministro da educação Prussiana, entre 1809 e 1810, Wilhelm von Humboldt empreendeu profundas e duradouras reformas para a educação secundária e superior. Em 1810 é criada a Universidade de Berlim, com a fusão da Academia Real da Prússia. Em contraposição e em reação ao modelo napoleônico, Humboldt concebia a universidade como uma instituição onde se poderia aprender a criar novos conhecimentos científicos ao invés de se aprender somente como praticar uma profissão.

Os três ideais de Humboldt, inicialmente aplicados na Universidade de Berlim, posteriormente atingiram todas as universidades de língua alemã e, finalmente, se espalharam por todo o mundo. Primeiro, o princípio da unicidade entre o ensino e a pesquisa. O propósito da pesquisa é para sua própria causa, ou seja, o desenvolvimento da ciência. Segundo, o desenvolvimento do princípio da liberdade acadêmica, consistindo do *Lernfreiheit* (o conceito da “liberdade para aprender”), que permitia aos estudantes seguirem qualquer curso de estudos, e *Lehrfreiheit* (o conceito da “liberdade para ensinar”), que permitia aos docentes, liberdade de investigação com respeito a suas linhas de pesquisa e ensino, princípio este protegido pelo estado. Terceiro, o princípio da centralização das artes e ciências, compreendendo “astronomia, biologia, botânica, química, clássicos, geologia, história, matemática, filologia, filosofia, física e ciência política”, destacou a posição da faculdade de artes liberais tradicionais (faculdade de filosofia, ciências e letras) situando-a no mesmo patamar das faculdades de teologia, direito e medicina. (SCOTT, 2006)

O papel do estado consistia em prover os recursos financeiros, e sua autoridade se limitava à nomeação dos professores. E o estado exerceu este papel, pois a Universidade de Berlim representava nacionalmente a cultura literária, histórica e filosófica.

Na história geral da educação superior, o sistema universitário alemão da metade para o final do século XIX foi o exemplo proeminente para o rigor acadêmico e a pesquisa, amparado por uma base institucional, compreendendo institutos com

laboratórios para as ciências naturais e livrarias especializadas para ciências e letras. Foi notável o elevado nível da pesquisa universitária alemã nessa época e, em algumas áreas, como a medicina, a química e a física, atingiu a liderança mundial.

Em 1895, a educação superior alemã consistia de vinte e duas universidades com 28.328 estudantes e 2.535 docentes. Berlim era a maior universidade com 365 docentes e 7.322 alunos. A faculdade de medicina detinha o maior número de matrículas (8.684) e teologia o menor (4.705), com número intermediário de matrículas em direito e filosofia (cerca de 7.000 cada). (FINCHER, 1996, p. 8)

Fácil entender, portanto, porque “as ‘universidades de pesquisa’, que têm alto prestígio em vários países do mundo, inclusive nos Estados Unidos, se inspiraram no modelo humboldtiano.” (TRINDADE, 2000, p. 124) Durante o transcorrer do século XIX, cerca de 9.000 estudantes americanos se matricularam nas universidades alemãs.

Fincher (1996, p. 9) elucida as preferências dos estudantes americanos pelas universidades alemãs e o papel destas no que viria a ser a mais importante característica do sistema universitário norte-americano durante todo o século XX, a pesquisa:

Os americanos não retornaram da Alemanha, entretanto, com elevado apreço à educação moral e preocupação religiosa. Eles não aprenderam humildade nas universidades alemãs, e não retornaram com profundos conhecimentos do bom gosto. Em outras palavras, eles retornaram disciplinados e com recursos intelectuais enriquecidos, mas não com características disciplinadas e refinadas.

Ainda, os Americanos foram atraídos para as universidades Alemãs (ao invés das universidades Inglesas ou Francesas) por razões como as que seguem: (a) Oxford e Cambridge não estavam interessadas em educar professores, oferecendo poucas oportunidades para os estudos avançados; (b) a pesquisa e o conhecimento tinham costumes diferentes na Inglaterra, sendo mais frequentemente uma responsabilidade individual que um compromisso institucional; e (c) a educação superior na Inglaterra era essencialmente conservadora e inteiramente secundária às instituições sociais da Família, Estado e Igreja.

As universidades Francesas eram pouco atrativas, pois: (d) o Francês não respeitava a educação como o Americano o fazia; (e) as bibliotecas não eram bem equipadas; (f) a graduação se limitava à Universidade de Paris e, (g) a educação superior na França era considerada muito séria e muito extensa requerendo, portanto, vários anos para a obtenção de um diploma. Outros pontos importantes para explicar o desdém Americano em relação às universidades francesas era a receptividade do estudante Francês aos visitantes americanos e a reputação nacional de ateísmo.

“Aquilo que se convencionou denominar modelo universitário alemão sofre, paradoxalmente, uma crise no momento em que os outros sistemas europeus ou americanos, [...] possam inspirar-se, em parte, nele para se modernizar.” (CHARLE; VERGER, 1996, p. 106) Esta crise, tanto de crescimento, quanto de vocação, tem três fatores em sua explicação (CHARLE; VERGER, 1996):

- 1) Crise de crescimento: o enriquecimento da burguesia e das classes médias pela expansão industrial e urbana do *Reich* origina a procura por estudos superiores, como meio de ascensão social. Os contingentes estudantis que permaneceram entre 12 e 13 mil de 1830 até meados de década de 1860, quintuplicaram em 1914 (61 mil). Houve desequilíbrio nas opções de carreira, predominando a escolha para os cursos de Direito, Medicina, Ciências e Letras.
- 2) Crise de vocação: com o grande afluxo de estudantes buscando rentabilizar sua formação, o ideal de Humboldt de formar pessoas ilustres provenientes da alta burguesia ou da nobreza, é desviado para o utilitarismo e para a especialização e o Estado alemão passa a criar carreiras ligadas às necessidades da sociedade industrial. Os docentes passam a ser mais jovens e especializados e a autonomia universitária sofre abalos devido à crescente intervenção e dependência do Estado para as nomeações e custeio das despesas de pesquisas. A universidade passa a ser referida como *Grossbetrieb* (grande empresa).
- 3) Crise do período entre as duas guerras mundiais: o crescimento dos estudantes, o advento do nazismo favorecido por estes mesmo estudantes voltados para o pragmatismo e a eficiência técnica, em oposição aos professores com os ideais antigos, resultaram na “caça aos indesejáveis”. Quase um terço do corpo docente é afetado, incluídos aí os eruditos de primeira linha (20 laureados com o Prêmio Nobel).

Atualmente, número de estudantes universitários na Alemanha se aproxima de 1,98 milhões. Metade destes (48%) são mulheres. As instituições de ensino superior somam 376 estabelecimentos, incluindo 102 universidades, 170

universidades de ciências aplicadas e 69 colégios privados.⁴ Presentemente, a Alemanha possui 36 Escolas Médicas⁵, com cerca de 80.000 estudantes, sendo somente uma privada: UWH – Witten Herdecke University, fundada em 1981. Esta instituição possui cinco faculdades e 934 estudantes, um terço destes constituído por estudantes de medicina. Em sua origem, o currículo médico foi considerado inovador, pois os estudantes tinham que submeter-se a estudos gerais, incluindo filosofia. O aprendizado baseado em problemas e o ensino prático eram prioritários. (TUFFS, 2005)

Desde 1995 este movimento de alteração curricular se expande e as universidades alemãs atravessam grandes reformas, com a finalidade de aprimoramento da qualidade do treinamento de seus estudantes de Medicina, incluindo o aprendizado baseado em problemas e a problematização. Nesse sentido, reduziram o ingresso de alunos ingressantes de 10.500 para 8.000 por ano, uma medida francamente impopular, pois a constituição garante o direito de escolha da profissão a todos os que são aprovados nos exames finais da escola secundária. (KARCHER, 1995)

Cunha (2007a, p. 18) salienta que “o ensino superior brasileiro incorporou tanto os produtos da política educacional napoleônica quanto os da reação alemã à invasão francesa, esta depois daquela.” O bloqueio continental imposto por Napoleão à Inglaterra resultou na mudança da sede do reino de Portugal para a Colônia, em 1808. No Brasil, Dom João VI não criou nenhuma universidade, somente faculdades isoladas, tendência esta que pode ser, talvez, a primeira e principal idéia francesa adotada no ensino superior durante todo o período monárquico. “A independência política, em 1822, não implicou em mudança de formato do ensino superior nem tampouco em uma ampliação ou diversificação do sistema. Os novos dirigentes não vislumbraram qualquer vantagem na criação de universidades.” (SAMPAIO, 1991, p. 3) Cunha (2007b, p. 124) relata que “ainda em 1882, no Congresso de Educação, o Conselheiro Almeida investiu contra a idéia de se criar a universidade, armado com os seguintes argumentos”:

⁴ Disponível em: <<http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/en/WillkommeninD/LernenUndArbeiten/Studium/FactsAboutHigherEdu.html>>. Acesso em 03 nov. 2009

⁵ Disponível em: <<http://bvmd.de/verein/>>. Acesso em 03 nov. 2009

A universidade é uma coisa obsoleta e o Brasil, como país novo, não pode querer voltar atrás para construir a universidade, deve manter suas escolas especiais, porque o ensino tem de entrar na fase de especialização profunda; a velha universidade não pode ser restabelecida (*apud* Teixeira, 1968, p. 25)

Conforme Marback Neto (2007, p. 71) “o Brasil foi um dos últimos países do mundo (excetuando-se os africanos) a implantar a instituição universitária”. A influência do ideário positivista, no período da chamada República Velha ou Primeira República (1889-1930), foi um fator que contribuiu, sobremaneira, para o atraso na criação de universidades no Brasil. “Contrários à ingerência oficial na educação - pelo menos enquanto não se instaurasse o estado positivo - os positivistas formavam uma forte corrente de oposição aos projetos de implantação de uma universidade no Brasil.” (SAMPAIO, 1991, p. 6) Também durante este período surgiram as escolas superiores empreendidas por particulares, livres da dependência estatal, de orientação técnica profissionalizante. “Entre 1889 e 1918, 56 novas escolas de ensino superior, na sua maioria privadas, são criadas no país.” (SAMPAIO, 1991, p. 7) Finalmente, em 1920, foi criada a Universidade do Rio de Janeiro por decreto do presidente Epitácio Pessoa, através da fusão de escolas isoladas – Medicina, Direito e Escola Politécnica. A segunda Universidade foi criada pelo presidente de Minas Gerais, Antonio Carlos de Andrade, em 1927.

A criação do Ministério da Educação, chefiado por Francisco Campos, durante o governo provisório de Getúlio Vargas, em 1930, iniciou uma política educacional autoritária através da “Reforma Francisco Campos”. Sampaio (1991, p. 10) cita que esta reforma estabelecia:

Que o ensino superior deveria ser ministrado na universidade, a partir da criação de uma faculdade de Educação, Ciências e Letras. No que diz respeito à organização do sistema, a reforma previa duas modalidades de ensino superior: o sistema universitário (oficial, mantido pelo governo federal ou estadual, ou livre, mantido por particulares) e o instituto isolado.

Marback Neto (2007, p. 86) esclarece que “tal legislação, bem detalhista, reforçava o caráter centralizador, visto que cabia ao governo federal autorizar e legislar sobre todas as questões no âmbito do ensino superior.”

No final do período Vargas (1930) foram criadas a Universidade de São Paulo (1934), as Faculdades Católicas do Rio de Janeiro (1940), e a Universidade do Distrito Federal (1935), assimilada pela Universidade do Brasil (1939). “A criação da primeira Universidade Católica assinala a falência do pacto entre Estado e Igreja, estabelecido a partir de 1931, e que leva a Igreja a buscar seus próprios caminhos.” (SAMPAIO, 1991, p. 13)

A Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) foi fundada em 13 de agosto de 1946 a partir da junção da Faculdade de Filosofia e Letras de São Bento com a Faculdade Paulista de Direito. A PUC-SP foi reconhecida como universidade no dia 22 de agosto do mesmo ano. Em 1947 recebeu do Papa Pio XII o título de Pontifícia.

Marback Neto (2007, p. 91) salienta que:

O ensino superior oficial era pago, mediante taxas de inscrição no vestibular, de matrículas e outras, desde o século XIX. Somente com a Constituição de 1946 passou a ser gratuito e, apesar de algumas instituições ainda demorarem a cumprir essa determinação, o Estado de São Paulo usou de sua autonomia e estabeleceu a gratuidade do ensino em todos os níveis para todas as camadas da população.

Um paradoxo a ser salientado refere-se à autonomia universitária: as universidades públicas brasileiras (com exceção das paulistas) não gozarão deste atributo inerente à própria idéia de universidade desde a Idade Média e que faz parte da tradição latino-americana desde a “Reforma de Córdoba” de 1918. A autonomia universitária sempre foi na América Latina uma aspiração permanente da comunidade acadêmica, inclusive fazia parte das principais reivindicações do movimento da “Reforma Universitária” no Brasil da década de 60.

No caso brasileiro, a fundação da Universidade de São Paulo, apesar do peso considerável dos professores franceses nas suas primeiras décadas de funcionamento, no âmbito da organização institucional, pode-se afirmar que sua concepção foi baseada no modelo alemão. A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras desempenhou papel estratégico, análogo ao das faculdades de filosofia nas universidades alemãs. (PAULA, 2002)

A modernização do ensino superior brasileiro na direção do modelo norte-americano teve início em 1945 com o convênio firmado entre o Ministério da Agricultura e a *Inter-American Foundation Incorporation* (IAEF), visando o aperfeiçoamento do ensino das técnicas agrícolas. Ao acordo, firmado no ano seguinte, para o treinamento de professores do ensino industrial nos Estados Unidos, visando a futura criação da Escola Técnica de Curitiba, seguiram-se vários outros, para equipamento das 33 escolas técnicas espalhadas pelo país. A partir de 1949, em seu discurso de posse, o presidente norte-americano Harry S. Truman conclama o país para um novo e corajoso programa, disponibilizando os benefícios dos avanços científicos e o progresso industrial americano, para a melhoria e crescimento das nações subdesenvolvidas. O resultante programa de governo, Ponto Quatro, assim denominado pois este era o quarto ponto de seu discurso, resultou na distribuição de milhares de dólares em assistência técnica e científica, bem como no envio de centenas de especialistas americanos para a América Latina, Ásia, Oriente Médio e nações Africanas.

Como consequência deste programa, o Brasil firma dois acordos: o Básico de Cooperação Técnica, em 1950, e o de Serviços Técnicos Especiais, em 1953. As universidades passaram a receber professores norte-americanos, objetivando atuar na elaboração e revisão de currículos, na preparação de material didático mais avançado e variado e no aperfeiçoamento dos trabalhos práticos de campo e de pesquisa.

No final da década de 50, predominava no Brasil o modelo híbrido - o da formação para profissões tradicionais e o de pesquisa dos anos 30. No entendimento de Sampaio (1991, p. 14) este modelo, resultado de um compromisso entre concepções antagônicas, já dava sinais de tensão:

Nos trinta anos que se seguiram à criação das primeiras universidades a sociedade mudou rapidamente e se ampliaram extraordinariamente os setores médios próprios de uma formação social, industrial e urbana. As demandas dessas camadas em ascensão foram, inicialmente, pela ampliação do ensino público de grau médio. A satisfação dessa necessidade, ainda que limitada a setores relativamente restritos da sociedade, criou uma nova clientela para o ensino superior. O desenvolvimento das burocracias estatais e das empresas de grande porte abriu um novo mercado de trabalho, disputado pelas classes médias. O diploma de ensino superior constituía uma garantia de acesso a esse mercado. Era a demanda por ensino, e até mesmo pelo diploma que impulsionava as demandas por transformações da década de 60.

“Com a transferência da capital, do Rio de Janeiro para Brasília foi criada, em 1961, a Universidade de Brasília, cujos principais objetivos eram o desenvolvimento de uma cultura e de uma tecnologia nacionais ligadas ao projeto desenvolvimentista.” (OLIEN, 2002, p. 38) Sua concepção diferia das demais universidades, pois não teve origem a partir da aglutinação de faculdades pré-existentes. Seguindo o modelo norte-americano, organizou-se na forma de fundação e os departamentos substituíram as cátedras.

A presença norte-americana na educação superior brasileira é usualmente associada aos acordos estabelecidos depois de 1964, entre o governo brasileiro e o americano, firmados, respectivamente, pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a *United Agency for International Development* (USAID), posteriormente denominados de Acordos MEC-USAID. Cunha (2007b, p. 156) relata que, em 1964, desembarca em nosso país, um grupo de quatro americanos - *Higher Education Team* - para “descobrir meios para adequar a assistência ao ensino superior à estratégia geral da USAID e opinar sobre a conveniência de se organizar um programa especificamente voltado para o ensino superior, como já havia para outras áreas.”

O diagnóstico foi sombrio, na medida em que apontou um ensino superior deficiente em termos qualitativos e quantitativos. Mesmo com o golpe de Estado de 1º de abril de 1964, a USAID permaneceu, possivelmente, como o principal instrumento de atuação do Departamento de Estado norte-americano, no Brasil, com consultores infiltrados em todos os níveis de governo. Os planos desta agência incluíam, dentre outros, no mínimo, seis anos de educação primária, gratuita e obrigatória, para toda a população em idade escolar; educação de adultos, visando à inclusão social de 50 milhões de analfabetos; reforma do ensino secundário, possibilitando que o estudante possa ter continuidade em sua formação vocacional ou profissional; qualificação da mão-de-obra para fazer frente às necessidades exigidas pelo desenvolvimento industrial; reforma, ampliação e aprimoramento do ensino superior, com aumento substancial do número de matrículas; ampliação da pesquisa científica, com formação e qualificação de cientistas e professores de ciências; intensificação do intercâmbio entre estudantes, professores e pesquisadores, otimizando os meios de formação e de pesquisa; desenvolvimento

das bibliotecas públicas e escolares; reorientação da estrutura, conteúdos e métodos de educação em todos os níveis, compatibilizando-os aos novos saberes e exigências de desenvolvimento social e econômico. (ARAPIRACA, 1982)

“Em 1964, a universidade brasileira foi paradoxalmente destruída e, ao mesmo tempo, fundada. Destruída pela aposentadoria forçada de centenas de professores, exilados ou expulsos pela ditadura recém-instalada, que pôs fim também à liberdade de cátedra.” (BUARQUE, 2003, p. 21-22) Prossegue este autor, analisando a participação da USAID no maiúsculo salto quantitativo das universidades brasileiras entre 1964 e 1985:

Essas transformações consolidaram-se em 1968, e foram tornadas possíveis pela reforma empreendida pelos militares, com o apoio da USAID. [...] Essa reforma não foi orquestrada por intelectuais franceses, mas sim pelos financiamentos americanos, sob o patrocínio do autoritarismo militar da ditadura. A moderna universidade brasileira é filha do regime militar e da tecnocracia norte-americana. Sob esse patrocínio e essa tutela, a universidade brasileira, entre 1964 e 1985, conseguiu dar um enorme salto quantitativo e qualitativo, talvez o maior salto já ocorrido em qualquer país do mundo, na área da educação superior. Era como se quiséssemos recuperar, embora sem liberdade, os quinhentos anos que havíamos perdido. Ocorreu um notável aumento no número de instituições, e também no número de alunos e professores, principalmente em relação aos professores com pós-graduação (mestrado e doutorado). Em 1985, já havia, no Brasil, 37.629 professores universitários com graus de mestre e doutor. (BUARQUE, 2003, p. 22)

Não obstante os inúmeros e continuados protestos contra a assistência técnica e a tutela da USAID, tanto por parte das diversas associações de docentes universitários, quanto por parte da União Nacional e da União Estadual de Estudantes, relata Cunha (2007b, p. 218):

A partir de 1969, estando fora Atcon e o MEC-Usaid, fechados os canais de participação política ostensiva, os consultores tiveram seu caminho aplainado e vieram em numerosas levas. Até que secasse a fonte dos recursos, em 1973, conseguiram orientar os dirigentes universitários brasileiros para a reestruturação administrativa e pedagógica das instituições de ensino superior de acordo com o modelo vigente nos Estados Unidos, conforme havia sugerido, dez anos antes, o Higher Education Team.

Rossato (2005, p. 146) acrescenta que “a expressiva expansão do ensino do 1º e 2º graus aumentou rapidamente o número dos potenciais candidatos à universidade.” Segundo a teoria do capital humano, a educação passou a ser vista como a principal forma de ascensão social e, prossegue o autor: “a universidade revelou-se, então, como um dos caminhos de saída da crise para a classe média, duramente atingida pelo arrocho e pela concentração de renda.”

O período compreendido entre 1968 e 1996, ocasião da promulgação da mais recente Lei de Diretrizes e Bases⁶, grande parte do qual sob regime de ditadura militar, assistiu a política de implantação e expansão do setor privado universitário, com ênfase na relação deste com o mercado de trabalho. De acordo com Marback Neto (2007, p. 106), “o ensino passou a ser visto como um ‘negócio’; tinha, portanto, um custo e um retorno previsto de capital.”

“Como o governo enfrentou a questão educacional? Pode-se responder em uma única frase: expandindo rapidamente o ensino superior e transferindo-o massivamente para o setor particular, ou seja, promovendo e estimulando a privatização do ensino superior.” (ROSSATO, 2005, p. 146)

O governo Costa e Silva, percebendo que as medidas policiais não eram suficientes para conter a onda de protestos e o elevado número de excedentes, tratou de criar, através do Decreto nº 62.937, de 02 de julho de 1968, o Grupo de Trabalho encarregado de estudar, em caráter de urgência, as medidas que deveriam ser tomadas para resolver a “crise da Universidade”. O relatório final deste grupo, exarado um mês após, serviu de base para a edição da Lei nº 5.540/68, que fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média. Fávero (2006, p. 34), assinala que:

Entre as medidas propostas pela Reforma, com o intuito de aumentar a eficiência e a produtividade da universidade, sobressaem: o sistema departamental, o vestibular unificado, o ciclo básico, o sistema de créditos e a matrícula por disciplina, bem como a carreira do magistério e a pós-graduação.

⁶ Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, ano cxxxiv, nº 248, 23 dez, 1996, p. 27833-27841.

Cunha (2007b, p. 286) esclarece “que não houve tempo para que outras análises críticas do Relatório e da Lei 5.540 fossem feitas, já que a lei foi promulgada a 28 de novembro, apenas 15 dias antes do ato institucional 5”. O padrão da Universidade vinculado ao modelo empresarial norte-americano demonstrado nos acordos MEC-USAID objetivando a eficiência e a produtividade acaba sendo gerador de um aumento burocrático a cada departamento, o que canalizou a utilização das verbas arrecadadas para a manutenção dessa burocracia.

O que se constatou nos anos seguintes foi o espantoso crescimento do ensino superior, observado pelo acentuado aumento do número de matrículas (1360%, entre 1961 e 1980), refletindo o expressivo aumento do Produto Interno Bruto, durante o chamado “milagre brasileiro”. O artigo 2º da Lei 5.540/68 estabelecia que: “O ensino superior, indissociável da pesquisa, será ministrado em universidades e, excepcionalmente, em estabelecimentos isolados, organizados como instituições de direito público ou privado.” O ensino superior, para fazer frente a este crescimento, estruturou-se em estabelecimentos isolados, e não em universidades. A exceção tornou-se a regra.

Com esta digressão sobre a evolução temporal da universidade no mundo, até sua instalação definitiva no Brasil em 1920, bem como alguns fatores situacionais intrincados, objetivamos demonstrar os determinantes histórico-críticos locais e mais recentes, que pressionaram esta instituição a mudanças, em nosso país. De uma estrutura catedrática arcaica, imobilizada e “vitalícia”, a universidade, subitamente, se vê às voltas com as exigências impostas por organismos multilaterais financiadores, que a impelem no sentido da “qualidade total”, da gestão competitiva, da postura empresarial, da auto-sustentação econômica e da “flexibilização” curricular. Abordaremos novamente este assunto no Capítulo – Trajetória dos Cursos de Medicina no Brasil. A pressão por mudanças e, principalmente, por uma universidade com qualidade, passa pelos seus diferentes segmentos. “Na atividade de ensino, a pressão pela contínua atualização do saber exige o investimento da universidade na formação permanente de seu corpo docente, e a livre-iniciativa do professor na mesma direção.” (MARBACK NETO, 2007, p. 141)

Chaui (2003, p. 7) evidencia os impactos destas transformações que conduziram a heteronomia da universidade autônoma e às transformações impostas à atividade docente:

Nela, a docência é entendida como transmissão rápida de conhecimentos, consignados em manuais de fácil leitura para os estudantes, de preferência ricos em ilustrações e com duplicata em CD-ROM. O recrutamento de professores é feito sem levar em consideração se dominam ou não o campo de conhecimentos de sua disciplina e as relações entre ela e outras afins – o professor é contratado ou por ser um pesquisador promissor que se dedica a algo muito especializado, ou porque, não tendo vocação para pesquisa, aceita ser escorchado e arrojado por contratos de trabalho temporários e precários – ou melhor, “flexíveis”. A docência é pensada como habilitação rápida para graduados, que precisam entrar rapidamente num mercado de trabalho do qual serão expulsos em poucos anos, pois se tornam, em pouco tempo, jovens obsoletos e descartáveis; ou como correia de transmissão entre pesquisadores e treino para novos pesquisadores. Transmissão e adestramento. Desapareceu, portanto, a marca essencial da docência: a formação.

Deparamo-nos, aqui, com um dos importantes determinantes do processo de avaliação do docente, as condições impostas por seu local de trabalho, bem como as transformações do mesmo. A estes fatores os docentes foram obrigados a se adaptar, muito frequentemente sem nenhum tipo de capacitação específica, a não ser a ditada pela necessidade. Acresça-se a isso as exigências decorrentes dos processos avaliativos e teremos um panorama efervescente no tocante ao comportamento docente em relação à avaliação.

3 A AVALIAÇÃO E O CONTEXTO SOCIAL

Os mais antigos testes escritos conhecidos foram administrados na China, pela dinastia Xia, por volta de 2200 a.C. Diferindo da maioria das outras sociedades dessa época, a escolha dos funcionários do governo era baseada em desempenho, mérito, e não entre aqueles integrantes do meio da aristocracia. Cada funcionário era testado a cada três anos e promovido ou despedido em função de seus resultados. No começo da dinastia Chan (1115 a.C.) procedimentos formais foram desenvolvidos para examinar candidatos promissores. As necessidades especiais para as quais os testes foram projetados originaram critérios especiais. Exigiu-se que candidatos exibissem proficiência nas "cinco artes básicas": música, arquearia, equitação, escrita e aritmética. Além disso, candidatos tinham que mostrar conhecimento prático dos ritos e cerimônias de vida pública. Duas áreas de avaliação foram caracterizadas: proficiência e conhecimento. Gradativamente estes instrumentos de avaliação foram se tornando mais elaborados. Em 165 a.C., cinco "artes básicas" adicionais foram exigidas: geografia do império, lei civil, assuntos militares, agricultura e finanças. (HASHWAY, 1998)

Constando no capítulo sétimo do livro de Juízes, a Bíblia (1987, p. 181-182) relata uma fascinante passagem relativa à seleção pessoal. Tendo recebido a garantia que Deus intencionava utilizá-lo para libertar Israel, Gedeão reuniu um exército de 32.000 homens para combater os madianitas, próximo a uma fonte chamada Harad. O Senhor disse-lhe que seu exército era muito numeroso e, portanto, os israelitas poderiam negar-lhe os méritos da vitória. Na primeira etapa do processo de seleção, de fundamental validade aparente, todos aqueles que admitiram medo ou timidez foram dispensados. Restaram 10.000 soldados. Deus, entretanto, desejava um pequeno grupo selecionado a dedo, visto que os resultados da segunda etapa do processo foram ainda mais dramáticos. Gedeão foi instruído a conduzir seus aspirantes de soldado à beira da lagoa. Aqueles que passaram no teste comportamental de beber a água lançando-a com as mãos à boca, sem dobrar os joelhos – trezentos homens – foram os selecionados por Deus para dar cabo de uma vitória marcante. Poucas páginas à frente, no mesmo livro (Juízes, 12), constata-se o registro menos usual de um teste de seleção com resultados

absolutamente dicotômicos – vida ou morte. Para determinar a veracidade ou falsidade da identidade tribal de um efraimita, os soldados de Jefté simplesmente solicitavam ao suspeito que pronunciasse a palavra Shibolet, que significa uma espiga. No caso do indivíduo não ser capaz de pronunciar-la corretamente, verbalizando Sibolet, o mesmo era preso e imediatamente degolado. Foram vitimados 42.000 Efrateus por fracassarem no teste decisivo, naquela ocasião.

Presentemente, os indivíduos já não são avaliados por sua proficiência em arco-e-flecha e equitação, como fizeram 4000 anos atrás os imperadores chineses, e também não correm o risco de perderem suas vidas, como na antiguidade da nação de Israel, pois a seleção não é um processo produtivo; por si mesmo, não produz qualificação. Uma sociedade que reputa seriamente a produtividade de seu sistema educacional deveria manter a educação, a avaliação e a seleção em adequado equilíbrio.

Na Idade Média, existiam duas maneiras para estabelecer a avaliação de desempenho na Europa: a primeira utilizada para certificar os membros das corporações (guildas), que trabalhavam com suas mãos, e a segunda para avaliar os “cavalheiros” que estudaram as sete artes liberais (gramática, lógica, música, retórica, aritmética, geometria e astronomia). Após 1250, as guildas tornaram-se muito proeminentes e importantes na economia europeia. No século XIV eram organizações com muito poder, geralmente autorizadas pelo governo local, mas muitas vezes operando sob uma carta real. O sistema das guildas era hierárquico, consistindo de três níveis: aprendizes, operários e mestres. Os aprendizes geralmente eram treinados por seu mestre nos segredos da arte corporativa, até que se tornassem suficientemente hábeis para serem operários e, subsequentemente, mestres. Para tal, deveriam servir durante certo tempo como aprendizes e, posteriormente, serem submetidos a um exame (a chamada obra-prima), que era ao mesmo tempo simples e prático. O processo de criação da “obra-prima” poderia ser considerado uma “avaliação de competência e habilidade”. (RUGIU, 1998)

No final do século XII, as Universidades de Paris e Bolonha foram as primeiras a introduzir “exames” como os conhecemos. Os primeiros exames consistiam em disputas teológicas orais em Latim. O desempenho era avaliado qualitativamente, e os estudantes simplesmente recebiam ou não a aprovação. A popularidade dos exames orais durante a Idade Média era, em parte, resultante da escassez e do elevado custo do papel. Os exames escritos, embora raros, podiam

ser encontrados na Europa do século XIV e, no século XVI, os Jesuítas utilizavam-nos em suas escolas. O Capítulo 7 do *Ratio Studiorum* (1586) detalha que a promoção dos estudantes nas escolas Jesuíticas compreendia duas partes: a primeira, uma composição escrita em Latim; a segunda, um exame oral em gramática, sintaxe e estilo sobre o que o candidato havia escrito. (MADAUS; O'DWYER, 1999)

Dias Sobrinho (2002, p. 36) assinala que estas “avaliações”, embora tendo caráter público, não guardam nenhuma relação com os modernos concursos, que foram se aperfeiçoando a partir da estruturação organizacional das escolas:

A institucionalização da educação corresponde a um importante aumento de complexidade da sociedade. A partir do século XVIII, a avaliação começa a ser praticada de maneira mais estruturada e constante. Especialmente na França, coincidindo com a criação das escolas modernas, a avaliação começou a adquirir forte significado político e a produzir efeitos sociais de grande importância. Por isso e também por seu caráter público a exigir objetividade e transparência, ela começou a ser feita através de testes escritos.

Entre 1747 e 1750, a Universidade Cambridge converteu os exames orais de matemática em provas escritas padronizadas, quando ficou patente que estes não constituíam metodologia adequada para avaliação do grau de conhecimento na matéria. As avaliações embasadas em julgamento qualitativo, dependente do examinador, eram caracterizadas pela subjetividade e parcialidade, resultando em problemas para a instituição. Uma inovação introduzida em 1792, por William Farish, atribuindo notas quantitativas para a avaliação resolveu o problema, permitindo classificar os examinados sendo considerada como o movimento pioneiro no campo da psicométrica. De fato, Farish revolucionou os exames com uma inovação que desempenha importante papel na história da avaliação de programas até os dias atuais. (MADAUS; STUFFLEBEAM, 2000)

Em 1845, Horace Mann substituiu o exame oral nas Escolas Públicas de Boston, por uma prova escrita. Mann defendia que a avaliação escrita permitia que os examinadores aplicassem idêntico conjunto de questões simultaneamente, sob condições semelhantes, em muito menos tempo, para um corpo rapidamente crescente de estudantes e, além disso, produzindo resultados comparáveis. No

início do século XIX, a nova metodologia de avaliação contribuiu com a tendência das universidades substituírem a informação geral pela transmissão de informação especializada. (MADAUS; O'DWYER, 1999)

Mann acreditava que a divulgação dos resultados destas provas escritas em cada escola isolada e no conjunto delas, demonstraria que os estudantes responderiam questões comuns (de memorização) com muito mais desenvoltura que aquelas que envolvessem raciocínio. Este resultado evidenciaria explicitamente que, na primeira situação, o mérito seria dos estudantes, na hipótese seguinte, o demérito seria do professor. Todos os erros crassos nas disciplinas básicas seriam resultantes do ensino imperfeito, uma vez que os alunos não aprenderiam tais assuntos de maneira instintiva. (MADAUS; RACZEK; CLARKE, 1997)

As idéias e posições políticas desta abordagem são decididamente contemporâneas: tornar público os resultados de desempenho de cada escola; atribuir a professores e administradores a responsabilidade pelos maus resultados e, por último, utilização de princípios taxonômicos de Bloom, através da distinção entre a aquisição de habilidades de baixa e alta ordem de complexidade hierárquica nos currículos e avaliações.

O final do século XVIII e o início do século XIX, notadamente as alterações graduais que ocorreram entre 1760 e 1850, foram rotulados como “revolucionárias”. Este período, que ficou conhecido como a era da Revolução Industrial, foi marcado por profundas transformações tecnológicas, econômicas e sócio-estruturais da sociedade. A política governamental de não-intervenção (*laissez-faire*) na economia, defendida pelo filósofo e economista Adam Smith, permitiu o florescimento e a dinamização da ordem capitalista. A ausência de mecanismos reguladores permitiu que os proprietários industriais encetassem todos os esforços visando auferir maiores lucros, sem levar em consideração a segurança e o bem estar de seus trabalhadores. Novas classes sociais se originaram, “produzindo com isso a afirmação de significados sociais e hierarquias de poder, ligados aos lugares ocupados nas estruturas dos serviços e da produção”. (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 36) A implacável perseguição ao dinheiro provoca outra importante alteração social: a ruptura da unidade familiar, visto que os trabalhadores, e em especial as mulheres e crianças, trabalhavam mais de dezoito horas diárias, praticamente inexistindo o contato familiar.

No entanto, nem todas as transformações sociais tiveram conotação tão negativa. Algumas classes se beneficiaram dos imensos lucros que estavam sendo obtidos e, por volta de 1820, muitos trabalhadores estavam percebendo melhores salários. O governo, pouco tempo após, foi obrigado a intervir de modo a por um fim na exploração da mão de obra infantil e outras práticas inaceitáveis. Dias Sobrinho (2002, p. 36), esclarece o importante papel que a avaliação desempenhou neste cenário:

A avaliação teve, então, notável apelo e demanda, tanto para distribuir socialmente os indivíduos quanto para selecionar para o serviço público e postos de trabalho, sempre baseada na noção de mérito individual. Sua importância como instrumento para o estabelecimento e mobilidade das classes de alunos a consolidou como a mais evidente forma de organização da escola moderna.

Tyack (1974, p. 29) corrobora essa afirmativa, ressaltando que “a moderna comunidade industrial não pode existir sem a livre educação popular, conduzida em um sistema progressivo, do primeiro grau até a universidade.” A escolarização era necessária, pois capacitava pessoas para as novas exigências de padronização e conformidade requeridas pelo capitalismo industrial. A escola era o meio crítico de transformação da cultura pré-industrial – valores e atitudes, hábitos de trabalho, orientação de tempo e, até mesmo, recreação – na formação dos cidadãos de uma sociedade mais moderna. Este modelo “industrial” foi bem assimilado por muitos pedagogos, como afirma mais à frente, Tyack (1974, p. 41): “Como o gerente de uma tecelagem, o superintendente de escolas poderia supervisionar os empregados, manter a empresa tecnicamente competitiva, e monitorar a uniformidade e qualidade do produto.” Os exames escritos, a partir de então, tornaram-se importantes para os supervisores monitorarem a produção e atribuir a responsabilidade final a estudantes e educadores.

O rápido progresso científico e social na Europa durante o século XIX conduziu ao desenvolvimento de várias técnicas de avaliação, principalmente no campo do diagnóstico médico do doente mental. A evolução do intelecto humano interessou particularmente Sir Francis Galton, primo de Charles Darwin que, em 1869, publicou “Gênio hereditário: uma investigação em suas leis e conseqüências”.

Galton estudou a genealogia das famílias dos cientistas famosos de sua época e concluiu que a genialidade, de origem genética, era encontrada nestas famílias. No final do século XIX existia, portanto, uma visão científica bem difundida, de acordo com a filosofia e a política britânica que a teoria evolucionista de Darwin poderia ser aplicada ao homem, e que o inglês, branco, de classe média estaria no topo da árvore evolutiva humana. Esta teoria hierárquica conferiu aos macacos, aos “selvagens”, aos povos das colônias, aos Irlandeses e às classes trabalhadoras inglesas, uma situação de inferioridade, justificando a posição social do grupo dominante. (RUST; GOLOMBOK, 1999, p. 5) Credita-se a Galton o estabelecimento das bases da psicometria, embora suas tentativas para determinação da inteligência tenham fracassado.

Em 1904, um grupo de especialistas em psicologia infantil, “*La Société Libre pour l’Etude Psychologique de l’Enfant*”, foi nomeado pelo governo francês para constituir uma comissão, cuja finalidade consistia na criação de um mecanismo que identificasse a criança retardada nas escolas de modo que estes pudessem receber educação especial. Alfred Binet, um membro ativo deste grupo, trabalhando em conjunto com Theodore Simon, desenvolveu a escala mental que foi historicamente conhecida como Escala Binet-Simon, no ano de 1905. O propósito desta escala consistia em comparar as habilidades mentais de crianças, em relação a seus colegas normais e, conseqüentemente, determinar a alocação desta no sistema educacional.

Enquanto Binet desenvolvia sua escala mental, os líderes civis e educacionais nos Estados Unidos estavam encarando o problema de compatibilização das necessidades populacionais cada vez mais diversificadas, com a satisfação destas. Isso conduziu à formação de uma sociedade baseada na meritocracia, sublinhando os ideais da classe branca superior – WASP.⁷ Em 1908, Henry H. Goddard, diretor de pesquisa em uma escola de New Jersey, Estados Unidos, concluiu que o teste de Binet poderia ser um instrumento muito útil para comprovação da superioridade da raça branca e seleção de estudantes para sua instituição. Após traduzir a Escala de Binet-Simon para o inglês, defendeu a aplicação da mesma em larga escala e passou a classificar as pessoas como normais, idiotas ou imbecis. Diferentemente

⁷ WASP é a sigla que em inglês significa "Branco, Anglo-Saxão e Protestante" (**W**hite, **A**nglo-**S**axon and **P**rotestant).

de Binet, Goddard considerou a inteligência como uma entidade isolada, fixa e inata, que poderia ser determinada.

Enquanto Goddard enaltecia o valor e a utilização de um único registro para determinação do quociente de inteligência (QI), Lewis M. Terman, um psicólogo americano, trabalhou na revisão da Escala Binet-Simon e a padronizou aplicando-a numa grande amostra populacional. Seu produto final, publicado em 1916, foi denominado “*Stanford Revision of the Binet-Simon Scale*” (também conhecida como Escala Stanford-Binet) e tornou-se o teste de inteligência padrão nos Estados Unidos durante várias décadas. Originalmente criado para identificação de crianças que necessitavam atenção especial, transformou-se em um componente integral e de longo alcance na estrutura educacional americana, por projetar a idéia que este instrumento traria maior eficiência às escolas.

No final da primeira década do século XX, os exames escritos que se constituíram no principal modo de avaliação do século anterior, começaram a ser importantemente questionados. Esta mudança era, de um lado, uma resposta a estudos que demonstravam que as notas conferidas às questões não deveriam ser consideradas fidedignas e, por outro, a resposta ao movimento crescente da necessidade da aplicação de técnicas de administração científica para a educação. Este movimento, uma consequência natural do livro seminal de Frederick Taylor, “Os Princípios da Administração Científica”, de 1917, requeria que grande número de estudantes fosse avaliado para que se pudesse aferir a eficiência de um distrito escolar. Isso foi possível após a introdução por Frederick Kelly, em 1914, do teste de múltipla escolha. (MADAUS; O'DWYER, 1999)

O desenvolvimento dos testes durante a Primeira Guerra Mundial agregou importantes contribuições ao estudo científico da educação, particularmente após a entrada dos Estados Unidos neste conflito, em 1917. Kaufman e Lichtenberger (2005) esclarecem:

Os psicólogos observaram com muita clareza as aplicações dos testes de inteligência para a seleção de oficiais e a alocação de soldados nas diversas funções, à parte de sua utilização original para a identificação daqueles mentalmente ineptos. Sob a liderança de Robert Yerkes, os mais proeminentes psicólogos da época traduziram os testes de Binet para o formato grupal. Arthur Otis, aluno de Terman, liderou o grupo de criação que desenvolveu o Exame Alfa do Exército (*Army Alpha*), que consistia essencialmente no teste Stanford-Binet para grupos, e o Exame Beta do

Exército (*Army Beta*), um novo teste de grupos composto por tarefas não verbais.

Nunca um teste foi padronizado e validado em amostra populacional tão grande: 1.726.996 soldados foram testados. (KAUFMAN; LICHTENBERGER, 2005, p. 5) “O aperfeiçoamento dos instrumentos de medição ocupou o centro de interesses dos estudiosos do começo do século passado, adquirindo grande ênfase na década de 1920.” (DIAS SOBRINHO, 2003, p. 17) O foco principal eram os testes, as escalas de classificação, os instrumentos técnicos.

O tema da avaliação educacional despertou o interesse de educadores e pesquisadores a partir dos anos 30 do século XX, com os estudos de Ralph Tyler. Sua influência foi particularmente importante no campo dos testes, onde ele transformou a idéia de medição em um conceito mais amplo que ele denominou *avaliação*. Neste campo, Tyler estabeleceu novas direções e importantes diretrizes para legisladores e líderes educacionais. A expressão “avaliação educacional” foi de sua autoria, em 1934. Dias Sobrinho (2003, p. 18), define esse momento:

Os objetivos educacionais constituem nesse momento o centro da avaliação. Se antes ela se limitava basicamente a procedimentos técnicos de quantificação de aprendizagens ou de descrição do rendimento dos alunos, em seguida se preocupou com a gestão científica e com o desenvolvimento curricular e de instituições, tendo em vista os objetivos previamente formulados.

Após 1930, a psicometria passa a ser substituída pela edumetria⁸, que visa medir a aquisição dos programas. Em 1943, o sociólogo norte-americano Robert Merton estabelece os fundamentos dos métodos de quantificação e de impacto da produção científica – bibliometria.

Os trinta anos que se seguiram ao final da II Guerra Mundial (1945-1973) iniciaram uma expansão capitalista sem precedentes, influenciadas pela doutrina econômica de John Maynard Keynes. A concomitância de (quase) pleno emprego, baixas taxas de juros e inflação, além da garantia de acesso aos serviços de saúde, educação e proteção social aos trabalhadores, moldam as bases do Estado-

⁸ Estudo quantitativo das variáveis relativas à aprendizagem individual ou coletiva.

providência. A avaliação passa a incorporar profissionais do campo social, como antropólogos, filósofos, sociólogos, administradores e economistas, adotando abordagens qualitativas que tem por finalidade a validação e a compreensão dos programas sociais e educativos. Em função deste otimismo, pouco interesse foi dado à prestação de contas dos fundos destinados ao custeio da educação; por conseguinte, a denominação da avaliação deste período de tempo: Idade da Inocência. (MADAUS; STUFFLEBEAM, 1984, p. 657)

No início dos anos 50 do século passado, durante a Idade da Inocência, a visão de Tyler sobre avaliação foi rapidamente adotada. Bloom, Engelhart, Furst, Hill e Krathwohl, em 1956, conferiram avanços objetivos aos testes quando publicaram a obra intitulada “Taxonomia dos Objetivos Educacionais”. Os autores ressaltaram que no interior do domínio cognitivo existiam vários tipos de objetivos de aprendizagem, os quais poderiam ser classificados de acordo com o tipo de comportamento do estudante e que havia uma relação hierárquica entre os vários tipos de resultados. Além disso, os autores indicaram que os testes deveriam ser projetados para medir cada tipo de resultado. (HOGAN, 2007, p. 5)

As crescentes exigências que pesam sobre o Estado-Providência fazem com que as despesas públicas aumentem muito além da capacidade que o mesmo possui para financiá-la. Isso acarreta uma crise fiscal permanente e, simultaneamente, necessidade de novo enfoque na avaliação, conduzindo-a para a profissionalização. Neste sentido, o ano de 1965 pode ser considerado um divisor de águas e, *“de modo particular, pode-se ressaltar a importância que nessa altura os avaliadores passaram a dar à participação, à negociação e aos métodos qualitativos”* (DIAS SOBRINHO, 2002, p. 41).

Em 1973, com o preço do barril de petróleo experimentando alta inédita de 400% em pouco mais de 12 meses, instala-se notável recessão econômica com elevação da inflação e desemprego massivo. Os princípios *keynesianos* são questionados assim como a idéia de que dinheiro farto e bem empregado daria resposta definitiva aos problemas sociais e produziria a felicidade geral da nação.

A partir dos anos setenta emerge, então, com grande vigor nos países mais desenvolvidos, com destaque para os de expressão anglo-saxônica, sinais de ruptura com o século liberal (1870-1970), caracterizado pela hegemonia das idéias iluministas. O *reaganismo* e o *thatcherismo* constituem o expoente máximo desse movimento anti-social, que veio a ser designado por alguns autores como o produto

de uma nova aliança no cenário político internacional entre os neoliberais e os neoconservadores, agrupados em torno da designação de “Nova Direita”.

As políticas públicas decorrentes desta neopolítica vinculam-se e se ancoram na questão da avaliação, com a concepção do “Estado Avaliador”. Ou seja, há predomínio de uma lógica de mercado, com transposição para o domínio público de modelos de gestão privada com ênfase nos resultados ou produtos; forte controle e fiscalização, com avaliações específicas como exames nacionais, avaliação institucional, ou outros tipos de avaliação externa; racionalidade orçamentária, que condiciona o investimento aos interesses privados, com notável incremento deste setor, notadamente no nível superior e, finalmente, desenvolvimento de modelos de avaliação com prestação de contas aos Governos e aos clientes, ligados à competitividade e quantificação de resultados (*rankings*).

Em outras palavras, o Estado abandona o controle do tipo burocrático que normalmente utilizava e avança para um controle que é feito a partir dos processos de avaliação, como bem observa Dias Sobrinho (2002, p. 24), citando a característica postural dessa forma de atuação política:

A agenda oficial define a tríplice aliança avaliação – autonomia – melhoria do ensino (qualidade), como o eixo de suas políticas para a educação superior. O Estado aumenta sua função avaliadora. A autonomia aumenta a eficiência e a *accountability*.⁹ A melhoria do ensino vem pela gestão eficiente, que propicia a ampliação dos recursos humanos e equipamentos das instituições. Isso cria uma nova relação entre a Universidade e o Estado.

Organismos internacionais, notadamente Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Banco Interamericano de Desenvolvimento, e a OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico, ao fim da década de oitenta, adotam discursos e posições agressivas como os principais difusores da necessidade de realizar avaliação da educação. Como realça Dias Sobrinho (2002, p. 51):

⁹ É entendida como a capacidade de prestar contas e de assumir a responsabilidade sobre seus atos e uso de recursos.

Por sua vez, quando a avaliação está afeta aos ministérios de Finanças, a racionalidade econômica abafa a lógica política. (...) O fenômeno bastante complexo da avaliação, que requer uma multiplicidade de enfoques e metodologias, conhecimentos e sensibilidades aplicáveis à área, vem se reduzindo, em geral, nessas instâncias interministeriais, econômicas e legislativas, nacionais e internacionais, a medidas de caráter econômico e de impactos de investimentos financeiros ou ainda de racionalização orçamentária. À psicometria e à bibliometria, acrescenta-se agora a econometria.¹⁰

A prática da avaliação institucional como instrumento de reforma do Estado e da Educação Superior, é relativamente recente nas universidades brasileiras e ocorre coincidentemente com a expansão neoliberal e em pleno regime militar, com a política de avaliação da Pós-graduação. Desde 1977 a CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior avalia todos os cursos de mestrado e doutorado do país, plagiando as características do modelo americano de credenciamento: avaliação externa, compulsória, setorial, padronizada e comparativa. Embora o modelo contemple alguns aspectos qualitativos, prevalece a concepção produtivista e a metodologia quantitativista – bibliometria.

As primeiras idéias de avaliação com ênfase na Graduação surgem em 1982, com a propositura da ANDES – Associação Nacional de Docentes, de avaliação institucional. Em 1983, o MEC – Ministério da Educação e Cultura institui o PARU – Programa de Avaliação de Reforma Universitária, praticamente desativado no ano seguinte por falta de apoio do próprio MEC.

Em 1986, nova iniciativa do MEC, que institui o GERES – Grupo Executivo para a Reformulação do Ensino Superior, que propõe “Uma Nova Política para a Educação Superior”, no qual constavam sugestões como a abertura para a privatização, diversidade e autonomia vinculada ao desempenho. Isto desencadeou várias discussões acadêmicas tanto pela ANDES, como pelo CRUB – Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, gerando projetos substitutivos; e como resultado nasceram três propostas: uma governamental – avaliação com a participação da comunidade – outra da ANDES, centrada em mecanismos democráticos, transparentes e legítimos de avaliação sistemática de atividades, e a do CRUB, unindo autonomia e avaliação. (OLIVEIRA et al, 2005)

¹⁰ Um conjunto de idéias fundadas no valor econômico e de instrumentos capazes de medir a viabilidade econômica de um projeto, bem como os impactos econômicos de um programa executado.

Em 1993, durante o mandato do Presidente Itamar Franco, duas importantes Entidades – ABRUEM – Associação Brasileira dos Reitores das Universidades Estaduais e Municipais e a ANDIFES – Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais do Ensino Superior – com tradição de resistência à avaliação se reúnem e criam o PAIUB – Programa de Avaliação Institucional das Universidades Brasileiras, coordenado pela SESu – Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação. Bertolin (2004, p. 69) assinala:

O programa de adesão voluntária pelas instituições de ensino superior previa três etapas: auto-avaliação, realizada por cada instituição através de sua comunidade interna; avaliação externa, realizada por pares acadêmicos e representantes da sociedade; e re-avaliação, realizada pela instituição que revisa criticamente os caminhos percorridos. A matriz conceitual e teórico-metodológica do Paiub apresenta semelhanças com os modelos de avaliação produzidos a partir de meados dos anos 1960 nos EUA [...].

Mas esta iniciativa, democrática, logo perde o apoio oficial do MEC e, a partir de 1995, durante o governo do Presidente Fernando Henrique, é substituída pelo ENC – Exame Nacional de Cursos, mais conhecido como “Provão”. Em 2001 através de um decreto, o PAIUB foi completamente desconsiderado pelo MEC como programa de avaliação. (BERTOLIN, 2004)

As sucessivas críticas exteriorizaram a falta de transparência e a objetividade desta forma de avaliação que culminaram com o advento de uma necessidade secundária, o aprimoramento da própria sistemática de avaliação e ampliação das competências do INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004, o SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, englobando todos os aspectos que giram em torno desses três eixos: o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente, as instalações e vários outros aspectos.

4 FLEXNER E A EDUCAÇÃO MÉDICA

Para melhor compreensão do papel histórico desempenhado por Abraham Flexner e da resultante condição atual da educação médica, a análise deve ser iniciada pelo ponto de onde esta última procedeu. Com esse intuito, uma breve revisão da história da educação médica nos Estados Unidos da América (EUA), pode trazer subsídios para o entendimento da presente situação.

No século XVII e XVIII, os médicos americanos eram cirurgiões e também farmacêuticos. Como havia, por parte da população, escassa vigilância sobre os equívocos e os erros, qualquer um poderia praticar a 'medicina' e se apropriar do título de 'doutor'. Os sacerdotes freqüentemente desempenhavam papel de médico, bem como homens e mulheres provenientes das camadas mais pobres da população. Para garantir um salário que permitisse a subsistência, os doutores não podiam se limitar à prática médica, mas também se engajavam em outras atividades como a venda de café e a confecção de vestidos para senhoras. (BAUM; AXTELL, 2005. p. 22)

Após 1800, conforme Rutkow (1999, p. 453):

Em uma tentativa para aprimorar o nível formal da educação médica na América, faculdades de medicina foram criadas em todo lugar que parecesse ter densidade populacional suficiente para ampará-las financeiramente. Em 1810, sete escolas médicas (...) proporcionavam cursos. O número total de estudantes cursando-as era de aproximadamente 650, dos quais 406 frequentavam a Universidade de Pensilvânia.

Entre 1765 e 1930, mais de 400 escolas médicas foram fundadas nos Estados Unidos. Muitas foram fechadas em curto espaço de tempo, mas o número de escolas em funcionamento continuou a crescer até o início do século XX, atingindo 164 em 1901.

No final do século XIX, havia três maneiras para se tornar um médico na América. (BAUM; AXTELL, 2004, p. 22) A primeira consistia no aprendizado com um médico experiente, o sistema mais antigo de treinamento disponível. Um médico que

sentisse a necessidade de um assistente poderia encontrá-lo oferecendo a posição de aprendiz a um “jovem promissor”.

O treinamento era discutível em termos de mérito educacional. O aprendiz tinha acesso à biblioteca do mestre, mas havia pouca, ou nenhuma, atividade de aulas formais neste tipo de relação. Um aprendiz “[...] executava pequenas atividades médicas para seu mestre, lavava a vidraria, manipulava os emplastos e os curativos e, finalmente, conforme seu período de aprendizagem chegava próximo ao termo, tomava parte na prática diária de seu preceptor”. (FLEXNER, 1910, p. 21)

O segundo método de treinamento disponível para os estudantes consistia no sistema escolar privado, ou com fins lucrativos. Estas escolas pertenciam e eram dirigidas por qualquer grupo de médicos praticantes que se interessassem por ser proprietário de uma faculdade. Frequentemente, mas não obrigatoriamente, mantinham filiação com instituições maiores que permitiam a estas pequenas escolas conferirem os graus em seu nome.

A duração do ensino nestas escolas, no ano de 1870, era surpreendentemente curto, como descreve Ludmerer (2000, p. 25):

Dois períodos de aulas de 16 semanas, o segundo termo repetindo o conteúdo do primeiro, constituíam a norma. À medida que o conhecimento médico crescia exponencialmente, o tempo necessário para o estudo da medicina passou a ser ampliado. Cursos de 16 semanas passaram para nove meses, cursos de 2 anos evoluíram para currículos de 3 anos que, posteriormente, passaram a ser de 4 anos. No início de 1900, a estrutura básica da graduação médica atual – 2 anos de instrução em ciências básicas seguidos por 2 anos de internato clínico – estava estabelecida.

“Como os professores necessitavam atender seus pacientes para obter o sustento, o conteúdo do ensino era ministrado através de aulas, o mais eficiente método de ensino disponível.” (BAUM; AXTELL, 2005, p. 23) Estas aulas ocorriam diariamente, por cinco a seis horas, cinco dias por semana, totalizando aproximadamente 500 horas por semestre. (PAPA; HARASYM, 1999, p. 154) O currículo padrão consistia de sete matérias (anatomia, fisiologia e patologia; terapêutica e farmácia; jurisprudência médica; teoria e prática da medicina; princípios e prática da cirurgia; obstetrícia e doenças das mulheres e crianças).

Todo corpo discente era reunido no grande anfiteatro, onde ouviam sentados, uma aula após a outra, com esta rotina perdurando desde meados de outubro até o início de março. Seguindo-se um segundo ano desta existência monótona, com idêntico conteúdo ao primeiro, o estudante tornava-se elegível para receber o grau de médico. Outras exigências específicas variavam de uma escola para outra, mas geralmente requeriam a elaboração de uma “tese” cujo tema estava ligado à ciência da medicina. (RUTKOW, 2008, p. 453)

“Não havia nenhuma consideração sobre pesquisa científica ou outras matérias não-práticas.” (RUTKOW, 1999, p. 453) Estas escolas eram tão pobremente regulamentadas que muitas comissões estaduais recusavam-se a aceitar seus estudantes tão deficientemente formados.

A última maneira, e também a menos comum, de se tornar um médico era através do sistema de Universidades. Este sistema foi inicialmente destinado a suplementar o sistema de aprendizes. A primeira destas escolas na América do Norte foi a Universidade da Pensilvânia, fundada em 1765, por Benjamin Franklin. Seguiram-se a Faculdade Real (atual Universidade Colúmbia), em 1767 e a Universidade de Harvard, em 1782. Não obstante estas Universidades terem agregado às aulas a experiência clínica, foi somente em 1893 que a Universidade Johns Hopkins abriu pioneiramente seu próprio hospital para o ensino clínico. Mesmo para estes estabelecimentos, com corpo de docentes mais qualificados, os critérios de admissão continuavam muito variáveis e, inicialmente, a educação médica era igualmente curta: 16 semanas de aulas, repetidas durante o termo seguinte. O custo da instrução na Universidade John Hopkins era de US\$ 200.00, em 1907. (BAUM; AXTELL, 2005, p. 23)

A publicação dos livros médicos iniciou-se em meados de 1850. Estes representaram um avanço significativo na educação médica por duas razões, conforme assinalam Papa e Harasym (1999, p. 155):

Primeiro, os livros poderiam proporcionar uma apresentação mais atual e cuidadosamente organizada do conhecimento médico, que aquela oferecida pelo corpo docente, geralmente constituído por médicos generalistas. Segundo, os livros poderiam aprimorar o aprendizado dos estudantes por permitir-lhe o desenvolvimento da autoconfiança (i.e., menor dependência da presença em sala de aula e das anotações de cadernos).

Entretanto, não existia a essa época, nenhuma exigência estatal para a obtenção de licença médica. A exiguidade do conhecimento médico, os benefícios questionáveis da instrução oferecida, a grande heterogeneidade das experiências educacionais e a falta de rigor na concessão das licenças para o exercício profissional constituíram os principais fatores motivadores para a formação da Associação Médica Americana (AMA – *American Medical Association*), que ocorreu em 1847. “Os médicos americanos, na passagem para o século XX, exibiam grandes variações em seus conhecimentos, filosofia terapêutica e aptidões para a cura dos enfermos.” (BECK, 2004, p. 2139) Um dos mandatos da AMA consistia no aprimoramento dos programas de treinamento e estabelecimento das competências médicas.

Durante toda a metade do século XIX, a Associação Médica Americana pugnou pela padronização da educação médica na América. Estes esforços foram grandemente infrutíferos, pois as tradições políticas americanas desencorajavam a regulação nacional de profissões e, também, porque o público americano e muitos dos profissionais médicos não estavam convencidos da significativa superioridade de uma das formas de educação médica sobre a outra. O médico educador John Shaw Billings declarou, em 1891:

A grande massa populacional – a maioria dos eleitores de todos os partidos, e também as mulheres que não são eleitoras – sabe pouco e se importa menos com os detalhes da educação profissional, ou sobre os padrões de qualificação atingidos por aqueles sobre os quais se depositam maior ou menor confiança para o cuidado de suas almas, de suas propriedades ou de seus corpos. O sentimento popular é que em um país livre, cada um deveria ter o direito de seguir qualquer ocupação que goste e aplicar estes conhecimentos para qualquer propósito e em qualquer um que lhe escolha, e que cada parte arque com as conseqüências. (BILLINGS, 1891, p. 1)

A Guerra Civil¹¹ americana expôs claramente a inadequação do treinamento médico, quando estes mal treinados profissionais foram confrontados com a necessidade de cuidados que os feridos requeriam. Nos anos que se seguiram, o

¹¹ A Guerra Civil Americana (também conhecida como Guerra de Secessão) ocorreu nos [Estados Unidos da América](#) entre [1861](#) e [1865](#).

aprimoramento da educação pré-médica (com a criação das escolas secundárias públicas) coincidiu com uma onda reformista na educação médica. Algumas das escolas não pertencentes ao grupo de elite, reconhecendo os perigos da imposição de padrões crescentes unilateralmente, empreenderam coletivamente uma reforma.

Em 1876, representantes de 22 escolas “regulares” (não sectárias) se encontraram na Filadélfia “para considerar todos os aspectos relacionados à reforma no trabalho médico universitário”. Fundando a Associação das Faculdades Médicas Americanas (*AMCA – American Medical College Association*), o grupo estabeleceu o credenciamento dos associados, e acordou em confeccionar listas das escolas médicas cujos diplomas seriam “reconhecidos” (todas as escolas-membro) ou “não reconhecidos” (não-membros que não preenchiam os padrões da Associação). (MILLER; WEISS, 2008, p. 353)

Entretanto, o principal avanço reformista da Associação baseava-se na condição que as escolas integrantes deveriam acrescer à grade curricular de dois períodos, mais um de igual duração. As pressões competitivas das Faculdades de “elite” (Harvard, Pensilvânia, Michigan, dentre outras), que já adotavam cursos com duração de três anos, e a própria hesitação dos associados em aplicar aquilo que haviam acordado resultaram em paralisação das atividades da Associação por vários anos. (LUDMERER, 1999, p. 14)

Foi somente em 1890 que a Associação se reestruturou, sob o nome definitivo de *AAMC – Association of American Medical Colleges*, tendo como bandeira a implantação em todo o país do currículo de três anos de duração. Em 1893, 96 % das escolas preenchiam esse requisito. Nova determinação desta entidade, para a adoção do currículo de quatro anos, resultou em aceitação quase integral por parte das escolas médicas americanas, na virada do século. (BAKER, 1984, p. 178)

Na virada para o século XX, vários progressos ocorreram na ciência e na medicina, que aumentaram o empenho para regulação na educação médica. Nos últimos trinta anos do século XIX, bacteriologistas e patologistas esclareceram as origens de muitas doenças e seus mecanismos de disseminação; a medicina finalmente era capaz de identificar as causas das doenças mais comuns. Avanços na química e biologia também foram importantes para o desenvolvimento de um número limitado de vacinas. Estas novas descobertas, entretanto, estavam mais

ligadas ao campo do diagnóstico, não conseguindo originar benefícios imediatos para tratamentos efetivos. Os médicos ainda eram impotentes para tratar a maioria das doenças. Mais significativamente, estas descobertas despertaram a comunidade científica para as possibilidades da pesquisa clínica. Esse fato foi imediatamente incorporado pelas escolas médicas e estas novas informações, por sua vez, foram somadas à crescente carga de conhecimentos que os estudantes deveriam absorver. Já não era possível para as escolas médicas acomodarem estes novos saberes nos currículos vigentes de dois ou três anos. Além disso, muitas das pequenas escolas privadas não possuíam espaço e equipamentos necessários para o aprendizado deste novo material. Dessa forma, várias escolas continuavam formando estudantes de maneira absolutamente inadequada. (TREBER, 2004)

Hamowy (1979, p. 73) justifica a crescente pressão que os Estados, a AAMC e a AMA faziam para que houvesse regulamentação sobre a prática médica:

Com a possibilidade de livre acesso à profissão e com a educação médica oferecida a preço muito baixo e prontamente disponível, um grande número de homens ingressou nesta prática. De fato, em 1860, os dados do censo indicavam que o país possuía cerca de 55.000 médicos, ou 175 por 100.000 habitantes, certamente o maior número de doutores *per capita* que qualquer nação no mundo.

Durante o encontro anual da AMA de 1867, adotou-se uma nova estratégia de reforma, onde os membros da Associação, em seus estados respectivos, encorajariam a aprovação de legislação visando à criação de comissões de licenciamento – sem a representação das escolas médicas – para examinar todos os candidatos licenciados, graduados ou não. Hamowy (1979, pp. 103-104) relata o processo de aceitação por parte dos estados americanos:

Entre os anos de 1875 a 1900, os princípios fundamentais foram estabelecidos. As assembleias legislativas e as cortes de justiça aceitaram o princípio de que as leis da prática médica constituíam extensão legítima e saudável dos poderes de fiscalização dos estados. Comissões examinadoras médicas, em todos os casos compostas por profissionais médicos que desempenharam papel ativo para garantir sua criação, existiam em praticamente todos os estados e territórios; e comissões de saúde pública, integradas pelos indivíduos mais representativos da

medicina organizada, poderiam contar com este apoio para pressionar pela existência de normativas mais rígidas para o licenciamento.

Expandindo seu papel como “instrumento de exposição pública”, a AMA cria, em 1904, seu Conselho em Educação Médica (CME – *Council on Medical Education*), composto por representantes de cinco escolas médicas da elite, para coordenar e desenvolver reformas na educação médica. Miller e Weiss (2008, p. 359) assinalam suas ações iniciais:

Em 1906, o CME iniciou uma ambiciosa turnê de inspeção em todas as escolas médicas dos Estados Unidos, geralmente acompanhada pelos representantes estaduais das comissões de licenciamento. Muito embora as avaliações iniciais do Conselho: “A” (aceitável), “B” (duvidosa) ou “C” (inaceitável) tivessem sido disponibilizadas somente para as escolas avaliadas e para as comissões estaduais, ocorreram várias manifestações contrárias às inspeções e o receio de que a exposição pública pudesse resultar no imediato fechamento de algumas escolas.

Em 1907, a Associação Médica Americana se viu forçada a fechar cerca de 40 destas escolas (RAE, 2001, p. 1860) após o término do processo de “ranqueamento”. Em 1908, o CME solicita e obtém o compromisso da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*¹² para conduzir nova inspeção em todas as escolas médicas norte americanas. “Todos os dados acumulados das inspeções prévias da AMA foram disponibilizados para a Carnegie Foundation”. (HUDSON, 1992, p. 7) “As duas organizações concordaram em ocultar esta estreita cooperação de modo que o ‘Boletim Carnegie Número Quatro’ pudesse ter o ‘peso de um relatório independente proveniente de uma corporação imparcial’.” (MILLER; WEISS, 2008, p. 361)

¹² Fundada por Andrew Carnegie, em 1905 e legalizada por um ato do Congresso em 1906, a Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino é um centro de pesquisa de política independente, cujas atividades principais resultaram na publicação de relatórios sobre todos os níveis de educação. A Fundação Carnegie foi uma líder nos esforços para prover ajuda federal para a educação superior. Disponível em: <<http://www.carnegiefoundation.org/index.asp>>. Acessado em 18 dez. 2008.

Isso ocorreu, pois muitos médicos e escolas médicas estavam irritados pelo fato de suas instituições estarem sob pressão ou terem sido fechadas como resultado das inspeções do Conselho. Um relato de 1982 do Conselho de Educação Médica, para “A Casa dos Delegados” resume a situação: “A classificação das escolas [em 1907], mesmo sem a publicação dos resultados individuais, produziu considerável quantidade de ressentimento direcionado para esta atividade da AMA, e estimulou o Conselho a procurar a assistência da *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* para que esta desenvolva novos esforços para aprimoramento da qualidade da educação médica.” (Future Directions for Medical Education, A Report of The Council on Medical Education, Adopted June 15, 1982, by The House of Delegates of the American Medical Association, 9g. 58.) [OLAKANMI]¹³

A Fundação Carnegie, com “mandato para fazer e executar tudo que fosse necessário para encorajar, apoiar e dignificar a profissão de professor e a causa da educação superior”, sempre defendeu a qualidade e a padronização na educação superior. Portanto, esta solicitação para o estudo da educação médica era compatível com sua missão. Henry Pritchett, o primeiro Presidente da Fundação Carnegie, encarregou Abraham Flexner, professor secundário e reformador educacional, não médico, para desenvolver o projeto. (ROSE, 2003, p. 4)

A história de vida de Abraham Flexner revela alguns pontos importantes para a compreensão de seus ideais relacionados à educação superior. Flexner nasceu em 13 de novembro de 1866, de um casal de judeus alemães imigrantes, em Louisville, Kentucky. Entre seus oito irmãos, Simon Flexner, o mais velho, colou grau em uma faculdade privada de Medicina em Louisville, em menos de um ano, sem nunca ter dissecado um cadáver ou atendido um paciente. Interessando-se por pesquisa científica, por indicação de Abraham, procurou o primeiro reitor da Universidade Johns Hopkins, William Welch, em 1889, e lá permaneceu durante dez anos, até se tornar bacteriologista e patologista. Em 1902, Welch o indicou para a presidência do recém-criado Instituto Rockefeller para Pesquisa Médica. (BERLINER, 1975, p. 588) Outro irmão, Jacob, sustentou financeiramente Abraham Flexner na Universidade Johns Hopkins quando seus pais faliram. (DORNAN, 2005, P. 92)

A decisão de Jacob em mandar Flexner para a Johns Hopkins foi fundamental para moldar seus ideais para uma moderna universidade, apesar de ter

¹³ OLAKANMI, Ololade. **The AMA, NMA, and the Flexner Report of 1910**. Prepared by Ololade Olakanmi. For the Writing Group on the History of African Americans and the Medical Profession. Disponível em: < <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/369/flexner.pdf>>. Acessado em 18 dez. 2008.

permanecido apenas dois anos nesta Universidade. Em 1886, Flexner retorna para sua cidade e, após curto período como professor, tem a oportunidade de dirigir sua própria escola preparatória. Apesar do sucesso financeiro e do elevado número de graduados que conseguiram acesso a renomadas Universidades, incluindo Harvard, Flexner decide fechá-la após quinze anos. Antes de dirigir-se para a Europa, para fazer carreira em educação, matricula-se em Harvard, onde cursa Psicologia e Filosofia durante um ano. Apesar de não ter gostado destes cursos, utilizou sua experiência como estudante de graduação para criticar a educação superior americana. Em 1908, após residir dois anos na Alemanha, publicou “A Faculdade Americana”, que foi um fracasso comercial e não recebeu críticas favoráveis. (IWABUCHI, 2004, p. 141-142)

Sua designação para reforma ocorreu:

Flexner, tendo tomado conhecimento de um projeto envolvendo a reforma da educação médica através da Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino (CFAT), contatou o Presidente Ira Remsen da Universidade Johns Hopkins e solicitou-lhe uma carta de apresentação para Henry S. Pritchett, Presidente da CFAT. A intenção inicial de Flexner e seus esforços para participar da reforma da educação médica tiveram sucesso. O Relatório Flexner, oficialmente “Bulletin Number Four”, da CFAT, é lembrado como um marco na história da educação médica nos Estados Unidos. (IWABUCHI, 2004, p. 141-142)

“Parece provável”, conforme Berliner (1975, p. 588):

Que dado as palavras depreciativas de Flexner sobre sua própria obra, foi seu irmão Simon que mostrou o livro para o Presidente Pritchett da Fundação Carnegie e, talvez, tenha mesmo sugerido para Abraham candidatar-se para o trabalho junto ao mesmo. Parece estranho, baseando-se na experiência moderna, que uma fundação pudesse contratar uma pessoa com tão pouca prática, tanto em educação superior quanto na condução de inquéritos, para realizar um trabalho desta magnitude, sem algum fator facilitador.

A parceria entre a Fundação Carnegie e Abraham Flexner representa a primeira grande colaboração entre educadores e médicos para a causa da educação médica. Apesar de Flexner não ter nenhum embasamento em medicina, ele foi bem

recebido na maioria das escolas médicas, tendo livre acesso aos registros e recursos. Os administradores e corpos docentes admitiam-lhe abertamente as deficiências das escolas, aparentemente motivados pela expectativa de que Flexner estivesse na posição de direcionar a ajuda da Fundação Carnegie para as escolas necessitadas e, muito particularmente, para poderem se qualificar a obterem fundos estatais. (MILLER; WEISS, 2008, p. 361)

Flexner visitou todas as 155 escolas médicas americanas e canadenses no período de 18 meses, avaliando-as em cinco fatores: requisitos de admissão, número e qualificação do corpo docente, montante das dotações e custo da instrução, qualidade dos laboratórios e disponibilidade de um hospital de treinamento. Em 1910, ele publica seu relatório de 363 páginas – *Medical Education in the United States and Canada* – também conhecido como Relatório Flexner, demonstrando que, embora a maioria das escolas médicas americanas alegasse aderir aos princípios científicos e progressivos da educação médica, somente a minoria delas possuía os recursos financeiros, laboratórios, instalações hospitalares e corpo docente altamente qualificado para utilizá-los nesta exigente forma de educação. (BECK, 2004, p. 2139)

O Relatório não recomendava a correção das deficiências, senão simplesmente o fechamento da maioria das escolas. As escolas privadas eram acusadas por empregar pouco capital em suas instalações e pelos baixos requisitos de admissão; escolas confessionais eram atacadas por suas orientações não-científicas; escolas para mulheres e a maioria das escolas para negros eram citadas como deficientes e supérfluas. Flexner justificava sua recomendação para manter abertas apenas 31 das 148 escolas médicas nos Estado Unidos, em nome do interesse público. (MILLER; WEISS, 2008, p. 362-363) Não foi surpresa que seus achados tenham refletido as constatações do estudo de 1906, do Conselho em Educação Médica.

Algumas alterações essenciais no sistema médico americano decorreram da publicação de Flexner: primeiro, “entre 7 e 22 por cento das escolas médicas cerraram suas portas ou se fundiram como consequência direta do Relatório.” (HIATT; STOCKTON, 2003, p. 37) Em 1927 existiam somente 71 faculdades nos Estados Unidos e, em 2005, ainda existem apenas 126 faculdades, apesar do aumento populacional neste intervalo de tempo. Prosseguem Baum e Axtell (2004, p. 23-24)

Segundo, as escolas médicas privadas e o sistema de aprendiz desapareceram decorridos menos de duas décadas do Relatório. Terceiro, o modelo germânico que mescla biociência com trabalho clínico e o processo raciocínio “científico” tornou-se solidamente estabelecido como o modelo curricular dominante. Finalmente, houve a intenção de que os educadores médicos conquistassem a situação de docentes de período integral, tendo a maior parte de suas cargas horárias (até recentemente) ocupadas pelo ensino e pesquisa, ao invés do cuidado clínico. Esta conversão do primariamente clínico para o primariamente docente não conseguiu ser implantada até a metade do século. A era pós-Flexner também viu um dramático aumento na vigilância da educação e práticas médicas.

Enquanto Flexner ainda estava trabalhando na Fundação Carnegie, Frederick T. Gates, conselheiro de John D. Rockefeller e diretor da Comissão Geral de Educação do *Rockefeller Institute for Medical Research*¹⁴, perguntou o que Flexner faria para reorganizar a educação médica na América se dispusesse de um milhão de dólares para gastar. Flexner respondeu que empregaria a verba na Universidade Johns Hopkins, com o propósito de criar um corpo docente de tempo integral, especialista nos diversos ramos da clínica. Com permissão da Fundação Carnegie, Flexner passou três semanas na Johns Hopkins, gerando uma proposta de reorganização de toda “base universitária” em período integral, para as clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica, com custo estimado de 1,5 milhão de dólares. A Comissão Geral de Educação destinou a verba em 1913. Dois anos após a publicação do Relatório, Flexner aceita o convite da Fundação Rockefeller para integrar a Comissão. (MEITES, 1995, p. 631)

Enquanto exerceu sólida influência na educação Americana, a carreira de Flexner pode ser dividida em três fases: (a) entre 1908-1912 com a Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, em New York, (b) entre 1913-1928 com a Comissão Geral de Educação, também na cidade de New York e, (c) entre 1930-1939 com o Instituto para Estudos Avançados, em Princeton, NJ, em seus “anos de aposentadoria”. Foi nos dois primeiros

¹⁴ Sob a cuidadosa supervisão de Fred Gates, John D. Rockefeller prepara-se metódica e conscientemente para assumir o controle da educação americana e, particularmente, da educação médica americana. O processo teve início em 1901, com a criação do *Rockefeller Institute for Medical Research*. Ele incluiu em sua junta de conselheiros vários nomes “médicos” politicamente orientados como os doutores L. Emmett Holt, Christian A. Herter, T. Mitchell Pruden, Hermann M. Briggs, William H. Welch, Theobald Smith, e Simon Flexner. Disponível em: <<http://d.scribd.com/docs/ycqzj0zox5svibz6qjf.pdf>>, p. 262. Acesso em 18 dez. 2008.

estágios de sua carreira que Flexner provocou os impactos mais duradouros sobre a educação médica. Na primeira etapa ao definir precisamente os problemas e as soluções lógicas que poderiam existir. Entretanto, os problemas não poderiam ser resolvidos sem a real assistência financeira para universidades selecionadas para servirem de exemplo para as demais; esta assistência era a missão do Conselho Geral de Educação. (MEITES, 1995, p. 630-631)

Atuando na Comissão Geral de Educação, Flexner garantiu considerável controle sobre a dotação de fundos para as escolas médicas. Com algumas exceções, a Comissão condicionou a liberação das verbas – primeiramente para as escolas de “elite” – à substituição dos preceptores clínicos com tempo parcial de dedicação e que, tradicionalmente, suplementavam seus salários com a concomitante prática clínica, por docentes de tempo integral e ativos em pesquisa. Desta forma, Flexner era capaz de avançar em sua visão de faculdades médicas como instituições fundamentadas no modelo de universidade, dedicadas tanto à criação quanto à disseminação do conhecimento, aos moldes germânicos, baseado na ciência. (MILLER; WEISS, 2008, p. 363).

O Relatório de Flexner foi alvo de inúmeras críticas. Hiatt (1999, p. 20) assinala que a principal crítica ao campo de pesquisa de Flexner foi que ele destinou a cada escola uma vistoria superficial. Ele iniciou seu trabalho em janeiro de 1909 e o completou após dezesseis meses, em abril de 1910 (o relatório foi publicado em junho de 1910). Durante vários meses ele visitou apenas poucas escolas o que, excluindo-se os finais de semana, lhe daria cerca de 180 dias de trabalho para o levantamento de 149 escolas, ou 1,2 dias em média, para viajar e avaliar cada uma delas. Sua motivação pode ter sido tendenciosamente influenciada pelos interesses das três entidades ligadas ao Relatório (veja Quadro 1. Influências sobre o Relatório Flexner, abaixo): Associação Médica Americana, Comissão Geral de Educação da Fundação Rockefeller e Fundação Carnegie. Berliner (1975, p. 589) se refere a esse ponto:

O elemento chave que distinguiu o Relatório Flexner das miríades de outros “relatórios” e estudos é o fato de que a aplicação das recomendações do Relatório foi apoiada financeiramente por um grande número de fundações. Até 1934, as nove maiores fundações deram mais de US\$ 154 milhões para a reforma da educação médica nas linhas flexnerianas. Somente o *Rockefeller General Education Board* deu quase US\$ 66 milhões a apenas nove faculdades nesse período. O Relatório teria sido engavetado e há

muito tempo esquecido não fosse essa infusão massiva de suporte financeiro para as suas recomendações.

Quadro 1. Influências sobre o Relatório Flexner

Desejos da Associação Médica Americana, por volta de 1900	Comissão Geral de Educação da Fundação Rockefeller	Empenho da Fundação Carnegie
Diminuição no número de médicos	Apoio aos especialistas	Contra as instituições privadas
Melhorar a qualidade e a reputação dos médicos	Promoção da pesquisa	
Suprimir a homeopatia e outros ramos não-científicos	Grandes investimentos em companhias farmacêuticas alopáticas	

Uma maneira de avaliar os efeitos do Relatório Flexner consiste em comparar suas sete principais recomendações com o que realmente ocorreu na educação médica. (HUDSON, 1999, p. 8-13) Duas das sete recomendações podem ser tratadas conjuntamente. A primeira era o corte no número de médicos mal treinados, e a segunda era a redução no número de escolas médicas de 155 para 31.

Redução de nossas 155 escolas médicas para 31 não privaria de uma escola médica nenhuma de nossas regiões que hoje são capazes de mantê-la. Não iria haver nenhuma ameaça de escassez de médicos até que o desenvolvimento do país necessite mais que 3500 médicos anualmente, o que quer dizer, por uma geração ou duas, pelo menos. (FLEXNER, 1910, p. 154)

O ideal de Flexner com 31 escolas médicas nunca foi atingido, mas enquanto em 1905 existiam 161 escolas, formando 5.400 graduados, as 81 escolas funcionando em 1922 graduaram menos que 3.000. O número de médicos diminuiu conseqüentemente, de 168 por 100.000 habitantes em 1905, um nível claramente excessivo, para 137 por 100.000 habitantes em 1920, número que era apenas suficiente e que deixou muitas cidades pequenas sem um médico. Estas circunstâncias induziram a Associação Médica Americana a retroceder em suas

objeções prévias e o crescimento recomeçou. Desta vez, entretanto, a estratégia foi de aumentar o tamanho das turmas, manobra essa que foi utilizada por mais duas vezes, antes do término do século. Com isso, o número de graduados retornou para 5.400, como em 1906, porém a população estava aumentando em ritmo superior. Em 1930, o número de médicos por 100.000 habitantes era 125. Estes dados não demonstram que as recomendações de Flexner estavam erradas. Melhores médicos eram necessários, não necessariamente menos. Para Flexner, a maneira de aumentar a qualidade era diminuindo números. (COOPER, 2003, p. 73)

A próxima alegação de Flexner era que a educação pré-médica deveria consistir de dois anos de ensino especializado com especial ênfase em ciências. No entender de Flexner, o nível de compreensão científica requerido não era passível de obtenção somente no curso secundário. Ele compreendia que as ciências básicas da escola médica, anatomia, fisiologia e, o que agora denominamos bioquímica, necessitavam sólido embasamento em biologia, química e física, que os ingressantes, na realidade, não possuíam. No capítulo III de seu Relatório, “As Bases Atuais da Educação Médica”, Flexner detalha a situação prevalente:

As 155 escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá dividem-se em três situações: a primeira, aquelas que requerem dois ou mais anos de preparo para ingresso além do secundário; a segunda, aquelas que exigem para a graduação um período de quatro anos de escola secundária, ou seu equivalente; a terceira, aquelas que solicitam pouco ou nada mais que os fundamentos ou a recordação da educação escolar básica. Na primeira divisão incluem-se dezesseis instituições; seis outras, atualmente exigindo um ano, passarão a requerer dois anos em 1910. [...] Nossa segunda divisão constitui o real problema: cerca de cinquenta instituições, cujos critérios de entrada se aproximam da graduação do curso secundário, entram aqui. [...] Ainda temos que nos ocupar das escolas na terceira situação, que são mais numerosas no sul, mas existem em quase todos os “centros” médicos, que não fazem nenhuma, ou mínimas exigências prévias para ingresso em seus cursos e, mais significativo, não há nenhum tipo de exame e as credenciais exibidas não são conferidas. Não existe nenhuma proteção contra a fraude ou falsificação. (FLEXNER, 1910, p. 28, 29, 36)

Na visão de Flexner, mesmo este avanço não seria suficiente por muito tempo. O papel do médico estava mudando da cura de pacientes individuais, para uma ênfase maior socialmente orientada na prevenção. Para isso, os médicos necessitariam mais que uma sólida base de conhecimento científico; eles necessitariam ser pessoas educadas em sentido mais amplo. O avanço na

educação pré-médica foi bastante lento. Em 1925, Flexner observou que somente a minoria das escolas exigia três ou mais anos de cursos preparatórios.

Flexner também alegava que os médicos deveriam ser cientistas em termos de tratar cada nova situação clínica como um exercício de investigação científica. Isto conduziu a um dos mais sérios erros de interpretação do Relatório Flexner: a noção de que pesquisa e ciência eram mais importantes que a prática médica. Em seu entender, a ciência deve apoiar o trato com o paciente e o novo conhecimento deve acompanhar esta abordagem. Isso não significa que cada médico deve ser um pesquisador no sentido literal da palavra. A pesquisa não deve ocorrer em detrimento da prática médica. Para Flexner, investigação e prática eram “uma em espírito, método e objeto”. (FLEXNER, 1910, p. 56) Neste ponto, o ideal de Flexner foi praticamente atingido. Gradualmente o trabalho médico, amparado pela objetividade da metodologia laboratorial, assumiu a natureza da investigação científica (“*think much, publish little*”¹⁵). Entretanto, à medida que os médicos atingiam o ideal de Flexner de fazer de cada nova consulta um exercício de investigação científica, os médicos negligenciaram o antigo princípio de encarar o paciente como um indivíduo. Esta transgressão vem a ser uma das principais razões de declínio do prestígio profissional nos dias atuais.

A quinta sugestão de Flexner consistia no engajamento da maioria do corpo docente em atividades de pesquisa. Ele afirmava que a pesquisa era obrigatória para todos os professores, pois somente esta manteria o nível dos docentes, mas ao mesmo tempo, estava consciente sobre o que era possível naquele momento. Logo ele passaria a afirmar que não seria possível que cada professor, em cada escola seja um cientista verdadeiramente produtivo. Há espaço para o homem de outro tipo, o não-produtivo, professor com amplos conhecimentos, à semelhança do anterior, receptivo, possuidor de senso crítico e positivo interesse. Apesar de haver alterado seus conceitos, a idéia de que todos os acadêmicos médicos devem ser pesquisadores, de áreas básicas ou clínicas, tornou-se dominante. Uma imagem que sempre provocava risos nos encontros médicos dos anos sessenta mostrava Cristo na cruz, tendo abaixo a seguinte legenda: “*Ele foi um grande médico e*

¹⁵ “Pense muito, publique pouco”. Para Flexner, a pesquisa não era um fim em sua própria razão; era importante, pois induzia um melhor cuidado ao paciente e ao ensino.

professor, mas Ele nunca publicou.” Era a florescência da cultura do “*publish or perish*”¹⁶ que chega até os dias atuais.

Defendendo um currículo de quatro anos, sendo os dois primeiros destinados às ciências de laboratório (ciências básicas) e os dois últimos à prática clínica em hospitais e serviços clínicos, Flexner acentuou a polarização já existente na profissão médica entre o especialista e o generalista, e a tendência de aprovação para os feitos e o *status* do especialista, em contrapartida ao generalista. O favorecimento para o especialista estava concorde com os interesses tanto da Associação Médica Americana quanto da Comissão Geral de Educação, como cita Hiatt (1999, p. 24):

A Associação Médica Americana, representando o corpo de cientistas das escolas médicas e a elite médica, defendia a ampliação dos padrões da educação médica para um patamar que justificasse os investimentos de seus membros em sua própria educação profissional. Sob a mesma ótica, [...] a Comissão Geral de Educação da Fundação Rockefeller adotou muitas das recomendações de Flexner com a criação e o financiamento de institutos de pesquisa, onde o ensino era somente consequência da investigação científica e que desconsiderava as necessidades usuais dos médicos. Sob a influência de Rockefeller, o propósito primário da educação médica, no sentido de formar profissionais voltados à saúde coletiva, foi relegado a um segundo plano em relação à pesquisa.

A sexta recomendação de Flexner consistia na necessidade das escolas médicas possuírem “hospitais universitários”. (EBERT, 1992, p. 738) O aprendizado clínico seria dividido entre o ambulatório e as enfermarias hospitalares, sendo o ensino clínico no primeiro destinado àqueles portadores de doenças que não requeressem hospitalização. Entre estes dois locais, a preferência de Flexner claramente recaía sobre o segundo:

Aqui, o estudante [...] deve obter a história clínica, realizar o exame físico, fazer o trabalho microscópico e outras atividades laboratoriais, propor um diagnóstico e sugerir o tratamento. Para estes propósitos ele deve ter acesso franqueado às enfermarias. Seus “leitos” estão sob sua contínua observação desde o dia que seu “paciente” é admitido até o dia de sua alta ou, em caso de morte, ele e o preceptor verdadeiramente responsável pela condução do caso, juntam-se aos demais e se dirigem à sala de necropsia

¹⁶ “Publique ou pereça”. Reflete a transformação radical nos hospitais de ensino, a partir de 1960, onde a imposição da pesquisa suplanta o ensino.

para contribuir com suas experiências para o exame. (FLEXNER, 1910, p. 96-97)

“O estudante nunca poderá ser considerado parte da organização, em um hospital onde sua presença é apenas tolerada.” Pinzon (2008, p. 35) analisa a transformação que, segundo Flexner, os estudantes de medicina teriam que sofrer, passando de observadores passivos a participantes ativos. A única forma que eles poderiam aprender sobre como cuidar de seus pacientes seria fazendo:

Deve-se estimular o aprendizado ativo, hoje em dia chamado de construtivismo, moldado e aplicado por Jean Piaget e Lev Semenovich Vigotsky, respectivamente; deve-se gerar estratégias pedagógicas originais e inovadoras segundo o contexto da profissão; deve-se gerar estudantes capazes de analisar as diferentes situações que os rodeiam e com capacidade de oferecer soluções viáveis, práticas, lógicas e concretas.

A grande maioria das escolas médicas do século XIX carecia de genuína relação de trabalho com um hospital, o que impedia as oportunidades de aprendizado à beira do leito. Mesmo existindo tal associação, não havia garantia de que o estudante tivesse acesso ao paciente. Durante as duas primeiras décadas do século XX poucas escolas conseguiram construir seus próprios hospitais, mas após, observou-se expressivo crescimento no número destes estabelecimentos. Alguns foram construídos com verbas públicas, mas a maioria se originou da nova simbiose entre as escolas médicas e hospitais públicos e privados já existentes.

A última recomendação de Flexner consistia na necessidade de maior rigor na concessão das licenças médicas pelos estados.

Os conselhos estaduais são os instrumentos através dos quais a reconstrução da educação médica será executada. Para eles, o graduado em medicina se dirige para solicitar sua licença para a prática médica. Sua autoridade pode ser exercida tanto direta quanto indiretamente. Eles podem rejeitar um candidato após seu exame – uma medida indireta de descrédito para a escola que concedeu o grau de médico ao estudante. Um pequeno percentual de recusas poderia ser creditado ao acaso; uma grande proporção deveria colocar sob grande suspeição qualquer instituição. Um método mais direto e salutar torna-se, portanto, necessário para tratar com tais escolas. Nestas circunstâncias, o conselho deveria sumariamente se recusar a considerar a solicitação do postulante pelo fato de sua educação

médica não se assentar sob normas adequadas de treinamento ou este foi recebido sob condições que impedem sua escrupulosa aplicação: o peso desta recusa deveria recair estrondosamente sobre a escola que o encaminhou. Nenhuma instituição pode sobreviver ao dia em que é, assim, publicamente estigmatizada como fraca, imprópria ou de má reputação. Para o propósito, entretanto, de preservar as vítimas cujo cruel desapontamento irá destruir estas escolas, os braços dos conselhos estaduais deveriam, presentemente, ir além da rejeição dos indivíduos, para a efetiva interdição destas instituições notoriamente incompetentes. A lei que protege o público contra o médico inepto deveria igualmente proteger o estudante contra as escolas inadequadas. (FLEXNER, 1910, p. 167)

Flexner bem percebeu como as forças sociais e econômicas de sua época moviam a nação, na direção de uma sociedade metropolitana industrializada e definiu que a universidade, o estudante e a faculdade de medicina devem concentrar-se no paciente e nas políticas de saúde, no contexto de sua visão social e humanística da medicina. Ao desafiar a educação médica a se voltar para o exame de seus valores, sua estrutura e seus propósitos, difundiu o papel da universidade como uma “corporação de serviço público”, em um nível superior de abstração intelectual, mais que em um propósito prático de ofício.

A medicina é basicamente um sistema educativo, e a qualidade da educação médica é uma responsabilidade social. Esta foi a essência de sua mensagem. Sua insistência em um corpo de professores integralmente dedicados à docência, ao serviço e à investigação, representa uma filosofia educativa que mantém plena vigência nesta época de grandes e preocupantes mudanças na organização dos sistemas de saúde. (PATIÑO, 1998)

Não obstante o fato das observações e ações sugeridas por Flexner estarem adiante do pensamento corrente, suas recomendações para a “reconstrução” da educação médica foram aplicadas em quase todas as faculdades americanas e, subsequentemente, em quase todo o mundo. “As escolas de medicina da América Latina”, relata Ghersi (2003, p. 132):

à semelhança da comunidade internacional, também sofreram a influência decisiva da reforma provocada por Flexner, nos Estados Unidos. Efetivamente, os planos de estudo das escolas médicas latinoamericanas que haviam adotado como exemplos o modelo francês e o alemão [...], receberam de maneira determinante os efeitos da aludida reforma. Pode-se dizer que “boa parte das mudanças que ocorreram na educação médica da América Latina, foram baseadas no modelo flexneriano.

Os grandes esforços que se seguiram à publicação do Relatório Flexner, proporcionaram inegáveis avanços na qualidade da medicina e na excelência dos graduados, a ponto de se imaginar que estes avanços iriam se perpetuar. Ocorreram, entretanto, profundas mudanças na qualidade da educação oferecida aos estudantes de medicina, tornando-a muito distante das aspirações e necessidades da população.

O início da degeneração na educação médica americana pode ser identificado nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial. “Até então, a escola médica era exatamente o que seu nome significava: uma instituição educacional dedicada à preparação de jovens para a prática da medicina.” (ABRAHAMSON, 1996, p. 343)

Tanto a administração quanto o corpo docente estavam profundamente empenhados e comprometidos em tempo integral com a formação e o treinamento dos estudantes de medicina:

Esperava-se que os integrantes do corpo docente fossem *professores* e que participassem no planejamento educacional, no preparo do material didático, no aconselhamento dos estudantes, na avaliação de seus desempenhos, no processo de admissão – em outras palavras, todas aquelas tarefas comumente associadas com a posição de ensino. Além disso, em função do fato da maioria das escolas médicas serem parte de universidades, esperava-se que os docentes fossem “acadêmicos” e fizessem alguma pesquisa e, de fato, até mesmo publicassem seus resultados – se eles fossem significativos. Os docentes pertencentes ao corpo clínico deveriam adotar comportamento semelhante no tocante às atribuições de ensino e, também, proporcionar cuidados aos pacientes ambulatoriais ou internados nos hospitais de ensino de suas escolas médicas. (ABRAHAMSON, 1996, p. 344)

Em outras palavras, o integrante do corpo docente era um professor, do qual se esperava que produzisse alguma pesquisa. Nos anos que se seguiram ao término da Segunda Guerra Mundial ocorreu substancial dotação de recursos às escolas médicas americanas, através do Instituto Nacional de Saúde (NIH) e outras agências federais. Estes fundos destinavam-se à pesquisa e não à educação dos estudantes de medicina. Abrahamson (1996, p. 345), analisa esta nova geração de professores (primeiro, pesquisadores, depois professores), “que passaram a deter o

controle de todos os aspectos acadêmicos da escola médica, incluindo o currículo, aprovações e a própria prática docente.”:

Então, estes integrantes do corpo docente, cujos interesses e principais preocupações estavam voltados para os novos “conhecimentos” (isto é, as dotações de fundos) assumiram o controle da tomada de decisões no que diz respeito à educação de estudantes médicos. O tempo gasto por um docente com o ensino foi visto como interferência com o tempo necessário para as atividades de investigação (busca de dotações de fundos).

Boelen (2002, p. 592) analisa os reflexos que o Relatório Flexner provocou quase um século após sua publicação:

Quase um século depois do Relatório, podemos questionar se o paradigma Flexneriano ainda é relevante para fazer frente aos desafios atuais. Será que ele prepara suficientemente as escolas médicas, para que estas respondam adequadamente às necessidades da sociedade e as condições dos sistemas de saúde? Evidentemente, o Relatório estimulou gerações de educadores médicos a projetar currículos médicos baseados em uma melhor compreensão das bases científicas da vida e da doença. Entretanto, é preciso admitir que seu alvo deva ser consideravelmente ampliado se necessitamos melhor compreensão dos determinantes básicos da saúde, e se esperamos que as escolas médicas e a educação médica em geral, desempenhem papel proativo no desenvolvimento da saúde. A ênfase no modelo biomédico e centrado no hospital contribuiu para a definição reducionista de muitos programas educacionais médicos. Como resultado, existe pouco espaço para as dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde e para o melhor uso do grande espectro de recursos da saúde, além da medicina e dos médicos [...] o que poderia permitir que as escolas médicas cumprissem melhor sua missão de atingir as necessidades de saúde da população.

É curioso que transcorridos apenas quinze anos da publicação de seu relatório, Flexner foi forçado a acreditar que o currículo médico dominou os aspectos científicos da medicina, excluindo os aspectos sociais e humanísticos. Ele escreveu em 1925: “a medicina científica na América, jovem, vigorosa e positivista está, nos dias de hoje, tristemente deficiente em suas bases culturais e filosóficas.” (COOKE, 2006, p. 1341)

Rocha (2003, p. 144), resume as transformações decorrentes da adoção das recomendações emanadas por Flexner:

Com os progressos médicos alcançados no ensino, na pesquisa e na prática, consolidou-se o paradigma até hoje vigente. O principal elemento desse modelo é o “curativismo” e, entre os demais elementos, “o mecanicismo”, que tal como acontece na mecânica clássica, uma causa atuando num corpo sempre produz um efeito. Temos ainda as noções de “unicausalidade”, em que uma causa produz (corresponde a) um efeito; o “biologicismo”, que conduz ao entendimento de que a doença e seu processo de cura sempre ocorrem no nível biológico (ontem, celular e hoje, ao nível molecular); “o individualismo”, em que o objeto das ações em saúde é o indivíduo, tratado por outro indivíduo, excluindo-se, portanto, dessa ação o contexto ambiental, social e histórico; e, por fim, como último elemento desse paradigma, a “especialização” (op. citados, 1989).

A progressiva adoção da especialização e a crescente importância dada à pesquisa relegaram o ensino a um plano secundário. E não seria o ensino a função primordial da faculdade de medicina? Não podemos deixar de considerar a importância das matérias clínicas, do currículo, da pesquisa, das instalações físicas e outras partes integrantes de uma escola médica, entretanto, se o ensino é tão tecnicamente deficiente e reprovado, fracassando em sua missão de ensinar os estudantes, de que valem todos estes requisitos? De fato, em algumas faculdades, a pesquisa tem sido tão veementemente enfatizada que o ensino está recuando de forma apologética para o plano secundário, ao invés de tomar seu lugar ao lado desta. Candidatos a cargos em centros médicos alardeiam seus trabalhos publicados, mas praticamente sussurram sobre seus talentos para o ensino. Além disto, são frequentemente selecionados e promovidos devido a seus trabalhos de pesquisa que foram amplamente reconhecidos. Esta é uma forma de publicidade que as faculdades de medicina particularmente apreciam e a “bibliometria”¹⁷ acaba

¹⁷ Bibliometria ou índice de citação científica é uma avaliação quantitativa dos periódicos, biomédicos ou outros. Depende, sobretudo, da análise das citações que permitem o cálculo de diferentes índices caracterizando e classificando revistas (número de artigos publicados, frequência das citações, impacto, interesse...). As aplicações de bibliometria podem variar da administração de coleções de biblioteca para a avaliação da significação de uma revisão em sua própria área de especialidade. Por extensão, os índices bibliométricos são utilizados algumas vezes para avaliar a importância de uma matéria na literatura, o lugar de uma nação no contexto desta matéria, a significância de determinadas opiniões ou a qualidade da pesquisa. Os limites intrínsecos da bibliometria são tão vastos que esta última proposta deveria ser utilizada com especial cautela. Com efeito, vários equívocos podem afetar mecanicamente o valor de diferentes índices e, particularmente, o fato de um artigo aparecer em uma revisão prestigiosa não deveria prejudicar suas qualidades como a relevância do questionamento, validade da metodologia utilizada ou a precisão dos resultados. Para isto, o estudo das citações é insuficiente e alguns critérios qualitativos ou semiquantitativos relativos ao conteúdo do artigo deveriam ser utilizados (leitura crítica, análise seqüencial, etc). Bibliometry of biomedical periodicals. Similowski T, Derenne JP. *Rev Mal Respir*, v. 12, n. 6, p. 543-550, 1995.

assumindo papel fundamental nas avaliações promovidas pelos organismos estatais.

Infelizmente, nem sempre o estudante de medicina se beneficia destes trabalhos. O estudante está na faculdade para aprender e para ser ensinado. Se o professor é um bom pesquisador, melhor. O que não se pode olvidar, entretanto, é que a função precípua de um professor na escola médica é o ensino. A pesquisa não necessita ser bloqueada, ela pode ser utilizada como medida adicional no ensino do estudante de medicina. Com interpretações equivocadas ou não, o modelo flexneriano, porém, deu origem à cultura de superação do ensino, pela pesquisa. Os docentes médicos de nosso país são, em sua grande maioria, formados por esta forma de ensino, que teve determinante influência na definição da legislação brasileira que estabeleceu a reforma universitária, em 1968.

Essa prática médica biologista, mecanicista e fragmentada é embasada por Rodriguez e cols. (2004, p. 236), que bem caracterizam o ensino médico tradicional como parte do ensino educacional tradicional (veja Quadro 2. Características do ensino educacional e médico tradicional, abaixo):

QUADRO 2. Características do ensino educacional e médico tradicional

<i>Ensino educacional tradicional</i>	<i>Ensino médico tradicional</i>
Visão mecanicista e tecnicista do ensino	Visão biologista, tecnicista e especializada
Reprodução do conhecimento; ensino mnemônico e segmentar	Separação das ciências básicas e clínicas
Ensino embasado na leitura, na repetição e acumulação estéril do conhecimento	Segregação dos níveis biológico, psicológico e social
Organização racional, reducionista, fechada, fragmentada, analítica, disciplinar, temática e perfeccionista	Modelo reducionista; corpo humano como máquina perfeita; paciente separado em sistemas e órgãos
Sobrevaloração das técnicas de ensino	Aulas teóricas e expositivas
Formação desconexa da realidade	Ensino disciplinar e eminentemente hospitalar; curativo <i>versus</i> preventivo
Professor autoritário e aluno passivo	O professor como sujeito do processo
Separação do binômio professor-aluno	Aluno passivo, receptor e armazenador dos conhecimentos e informações transmitidas pelo docente
CABEÇA BEM CHEIA	COMPUTADOR AMBULANTE

5 TRAJETÓRIA DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL

Nos quatro primeiros séculos de existência de nosso país, pode-se afirmar que não existiu propriamente uma “Medicina Brasileira.” Santos Filho (1977, p. 60), assinala que com as expedições povoadoras e colonizadoras organizadas pelos donatários das capitanias, “chegam, a partir da terceira década do século XVI, os primeiros profissionais da Medicina. São os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros, os boticários e seus aprendizes.” Quando os jesuítas aqui aportaram, em 1549, tal como fizeram na Índia, para a catequese do espírito, dedicaram especial cuidado ao corpo. Todos os jesuítas são médicos, são curadores, e sua prática “médica” chegaria a ponto de “rivalizar, nos séculos XVI e XVII, com a desenvolvida pelos profissionais da arte de curar. Os padres de Santo Inácio, além de condição social superior, possuíam mais instrução e mais cultura do que os físicos e cirurgiões-barbeiros que imigraram para o Brasil.” (SANTOS FILHO, 1977, p. 61)

Até o fim do século XVII eram escassos os profissionais médicos no Brasil. Salles (2004, p. 23), assim descreve:

O quadro da medicina curativa no Brasil, até o fim do século XVII é desalentador. Poucos médicos, sendo raríssimos os de mérito; cirurgiões em número um pouco maior, embora deficientes, tudo isso proporcionando condições de êxito aos curandeiros, benzedores e feiticeiros, valendo documentar a situação com a concessão oficial, por parte do D. João IV, “ao soldado A. Rodrigues, de uma pensão anual de 40\$000, pelas curas que tem feito por palavras”. Foi assim que começou no Brasil a psicoterapia! Não se pode, porém acusar de descaso puro e simples a atitude da Metrópole, porque a verdade é que também por lá as coisas não andavam muito melhores. Portugal não dispunha de médicos com fartura, como se vê em “Grandezas de Lisboa”, de Frei Nicolau Oliveira, anotando na Capital a existência de 60 médicos e 40 cirurgiões, em 1620.

Enquanto o Brasil convivia com essa situação de escassez de médicos, na América, em 1538, nasce a Universidade de Santo Domingo, em 1551, o Peru já contava com a Universidade de São Marcos, o México com a Real e Pontifícia Universidade (1553) e os Estados Unidos inauguraram Harvard, a terceira universidade criada no continente americano, em 1636. A Universidade Nacional de Córdoba, na Argentina, de origem jesuítica, tem o início de suas atividades no

primeiro quarto do século XVII. (ROSSATO, 2005, p. 219) A fundação de faculdades na América Portuguesa era proibida por Alvará Régio. Pelo espaço de trezentos anos Portugal não se interessou pela criação de escolas superiores em sua colônia brasileira.

O ensino médico no Brasil tem início com a chegada da família real portuguesa em Salvador, em 22 de janeiro de 1808. A permanência da corte na cidade durou apenas 34 dias. Neste breve tempo D. João adotou algumas medidas que foram fundamentais para a economia brasileira – como a abertura dos Portos às Nações amigas – e para promover o crescimento da cidade, atendendo antigas reivindicações dos moradores da cidade, como a fundação da primeira escola de medicina do País: a Escola de Cirurgia da Bahia, em 18 de fevereiro de 1808. Erguida ao lado do Colégio dos Jesuítas (atual Catedral Basílica de Salvador), no Terreiro de Jesus, a Escola de Cirurgia, mais tarde Faculdade de Medicina, funcionou por mais de um século no mesmo local até ser incorporada pela Universidade Federal da Bahia.

Se em outras áreas coloniais da América, à época da criação da primeira Faculdade de Medicina no Brasil, já existiam quarenta e uma universidades, aqui, até então, os filhos da elite colonial precisavam ir para a Europa para completarem seus estudos, notadamente em Coimbra, Portugal, e Montpellier, na França.

Rumando para o Rio de Janeiro, em 26 de fevereiro de 1808, mesmo tendo necessidade de superar as inúmeras dificuldades com a instalação do Governo na nova sede, inclusive com a acomodação das 15.000 pessoas que vieram com ele, não se descuidou D. João VI das medidas administrativas, entre elas o ensino médico. O Príncipe Regente, em 5 de novembro de 1808, através de Carta Régia, autorizou instituir, no Hospital Real Militar da Corte, a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, a primeira escola de medicina do Rio de Janeiro. (SALLES, 2004, p. 106)

As informações obtidas através do acesso da página da Faculdade de Medicina – UFRJ, na rede mundial de computadores, nos dão conta do tipo de profissional formado:

No Rio de Janeiro o primeiro curso funcionou nas dependências do Real Hospital Militar, ex-colégio dos Jesuítas no Morro do Castelo. Em 1813, é reorganizado o ensino médico e a Escola passa a denominar-se Academia Médico Cirúrgica do Rio de Janeiro. Deste início poucos documentos têm sido estudados, mas o mais antigo documento em nossos acervos, o Livro

de Registro de Alunos aberto em 1815, indica a presença de vários alunos de origem africana e de um escravo do Príncipe Regente, como também de muitos portugueses. Há indícios de que alguns destes alunos eram barbeiros-sangradores e cirurgiões licenciados pela Fisicatura-Mór. Neste início do século XIX, as profissões de saúde como hoje conhecemos não estão definidas na forma atual e atividades de farmacêuticos, dentistas, médicos e outros profissionais, são então praticadas por barbeiros, sangradores, boticários, cirurgiões licenciados e por aqueles formados nas academias médico-cirúrgicas. Ao longo do século XIX, são mudadas as exigências para entrada nos cursos das Academias, e é extinta a Fisicatura-Mór.¹⁸

Durante quase um século, estas duas faculdades detiveram a exclusividade na formação médica no país. Somente em 25 de julho de 1898 foi criado mais um curso de medicina, no Rio Grande do Sul.

Santos Filho (1991, p. 175), aponta a mudança da influência portuguesa, sobre a formação médica, em função dos novos hábitos oriundos da França:

Nesta segunda fase da evolução da Medicina no Brasil, instala-se e afirma-se a influência francesa, ao passo que nos três primeiros séculos, XVI, XVII e XVIII, prevaleceu, ou antes, imperou a Medicina ibérica. No século passado (XIX), a influência gaulesa estendeu-se não somente à Medicina, como às demais ciências, à literatura, aos costumes, ao comércio. Neste período pré-científico, os médicos brasileiros, formados nos dois únicos centros de ensino hipocrático então existentes no país, os do Rio de Janeiro e da Bahia, familiarizaram-se desde os bancos acadêmicos com o idioma francês, estudaram nos compêndios gauleses e no exercício da profissão permaneceram fiéis à orientação provinda de França, através dos tratados e das revistas especializadas e, ainda em virtude de estágios de aprendizado em Paris. Guardadas as devidas proporções, a Medicina brasileira foi, então, uma cópia, uma réplica da praticada em França. Acrescente-se que teorias e conhecimentos oriundos de outros países europeus, como da Alemanha e da Inglaterra, também foram adotados no Brasil por muitos profissionais, quando já ia bem avançado o século XIX. Aqui não havia possibilidade ou condições para estudos originais. Importava-se e aplicava-se a teoria, a orientação, os métodos clínicos, a técnica cirúrgica e a terapêutica.

Transcorridos pouco mais de duzentos anos, desde a criação do primeiro curso médico, pode-se observar, segundo Maranhão e cols. (2006, p. 281), duas fases distintas: “Uma fase longa, de lenta expansão, compreendida entre 1808 e 1959, na qual foram criados apenas 27 cursos no País. Segue-se uma fase de grande expansão do número de cursos, de 1960 a 2004, quando foram criados 113”.

¹⁸ Disponível em: <<http://www.medicina.ufrj.br/200anos/Historico.php>>. Acesso em 18 dez. 2008.

Mantendo esta tendência, em meados de 2008, o País passa a contar com um total de 176 cursos de medicina (veja Quadro: Escolas Médicas em atividade no Brasil, abaixo¹⁹). A oferta anual de vagas para matrículas no primeiro ano médico atinge 17.511, sendo Roraima o Estado a oferecer o menor número (20) e São Paulo, o maior (3176). Com esta significativa e alarmante proliferação de escolas médicas, o Brasil só perde para a Índia em termos quantitativos. Este país, um dos mais populosos do mundo (1.140.000.000 de habitantes), tem 272 faculdades de medicina, o que corresponde a 4,220 milhão de habitantes/escola. O Brasil, com população de 196.000.000, tem 1,115 milhão de habitantes/escola.

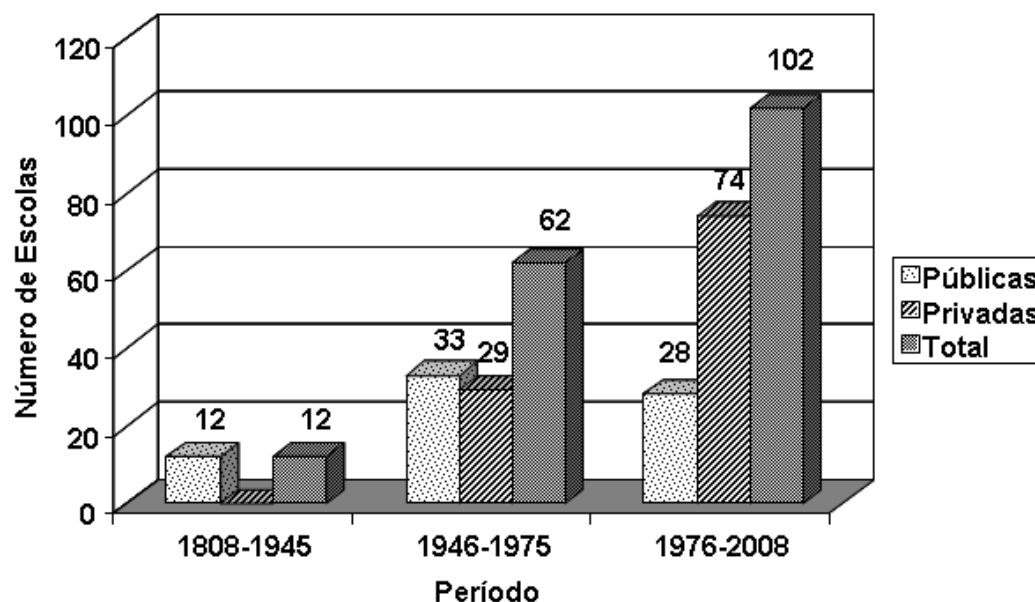
Quadro 3. Escolas Médicas em atividade no Brasil

Total de vagas oferecidas para o primeiro ano	17.511
	Nº de escolas
	%
Privada	103
Federal	44
Estadual	24
Municipal	5
	176
	100

Em março de 2005, Bueno e Pieruccini, elaboram documento de publicação conjunta AMB/CFM, intitulado “Abertura de Escolas de Medicina no Brasil – Um Relatório Sombrio”. Em minucioso levantamento considerando-se a data de fundação do curso, elaboraram diversas análises de crescimento numérico, classificando as Escolas em públicas e privadas. Efetuamos semelhante análise (Figura 1) cotejando o número de escolas, públicas e privadas, com os períodos de transformações econômicas que o mundo atravessou e sobre os quais discorreremos anteriormente, quais sejam: primeiro período, da criação da primeira escola (1808) até o final da 2ª Guerra Mundial (1945); segundo período, compreendendo os “trinta anos áureos” (de 1946-1975) e, terceiro período, o advento do neoliberalismo (1976 até nossos dias).

¹⁹ Disponível em: < <http://www.escolasmedicas.com.br/novas.php>>. Acesso em 18 dez. 2008.

Figura 1. Evolução do número de Escolas Médicas no Brasil em função dos períodos de transformação econômica mundial



O primeiro período mostrado na Figura 1, compreendendo lapso temporal de 137 anos, espelha o controle público e privativo do poder central, sobre o ensino superior no Brasil, o que conferia ao sistema certa imobilidade. Ressalte-se que a terceira Faculdade de Medicina teve sua criação 90 anos após a da Bahia. De 05 de março de 1911, data da criação da Faculdade de Medicina do Estado de Minas Gerais, até 04 de junho de 1935, data de fundação da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, transcorreram 24 anos e apenas outras cinco escolas médicas foram criadas.

O nítido incremento no número de escolas, com crescimento de 517%, entre o primeiro e o segundo período, mostrou ainda a predominância no número de escolas públicas. A década de 50 inaugura o ensino de Medicina privado no país, com a publicação do Decreto Federal nº 28.003, emitindo parecer favorável para o funcionamento da Faculdade de Medicina, atualmente pertencente à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em Sorocaba, na data de 13 de abril de 1950. Após a criação desta instituição, seguiram-se as fundações da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em 1951, a Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, em 1953 e o Centro de Ciências Biomédicas da Pontifícia Universidade

Católica do Paraná, em 1957. Nesta primeira fase, até 1959, os novos cursos dependeram de investimento público, com pouca presença do setor privado.

A década de 60 mostra uma conjuntura de explosiva demanda por ensino superior, formação deficiente dos profissionais de saúde para atender à realidade dos serviços, principalmente na atenção primária e, finalmente, o programa de ajuda externa norte-americano, direcionado para a América Latina, lançado nos primórdios da administração de John F. Kennedy (1961-1963) – Aliança para o Progresso. “O presidente americano propôs um plano de cooperação de dez anos, com o objetivo declarado de fomentar o desenvolvimento econômico, social e político, inserindo-se assim numa tradição que remontava ao *New Deal* e aos programas do pós-guerra como o *Point Four* e o Plano Marshall.” (RIBEIRO, 2006, p. 152) Em novembro de 1961, Kennedy criou a *United States Agency for International Development* – USAID, que seria o braço operativo de toda a operação.

A política de Kennedy, que visava manter a América Latina livre da influência comunista, perpetuou-se mesmo após sua morte, em 1963 e esta, aliada à ascensão do regime militar, em 1964, transformaram o país no principal beneficiário da Aliança entre todo o hemisfério, recebendo a maior porção do compromisso financeiro desembolsado por Washington até o final da década. Ganham projeção no cenário sócio-político organismos internacionais, com destaque para a Organização Pan-Americana de Saúde e as Fundações Rockefeller e Kellog, preocupadas com o desenvolvimento da medicina social. Segundo Ribeiro (2006, p. 18):

Firmou-se então, através da Aliança para o Progresso, um vasto esquema de financiamentos públicos internacionais que, paralelamente às novas regras para o tratamento do capital estrangeiro, equilibrou o balanço de pagamentos brasileiro. Missões técnicas do FMI, Banco Mundial, BID e da USAID vieram ao Brasil, tendo em vista a ajuda externa ao PAEG – Plano de Ação Econômica do Governo.

As implicações da atuação destes organismos americanos para a educação foram descritos por Bueno e Pieruccini (2005 apud AMARAL, 2002, p. 18):

Consolidado o movimento de aproximação com os organismos internacionais e dando seqüência ao projeto de modernização das universidades brasileiras, surgem os primeiros acordos de assistência técnica e/ou cooperação financeira resultantes dos convênios que o Ministério da Educação firmou com o governo americano, que ficaram conhecidos como MEC-USAID, cujos termos foram transformados em leis, portarias, resoluções e decretos. Estes convênios visavam a formação de recursos humanos, bem como a implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa, objetivando maior eficiência e produtividade nas instituições de ensino superior.

Estavam lançadas, assim, as bases para a reforma universitária brasileira, voltada, cada vez mais, à privatização do ensino e aos interesses dos setores hegemônicos nacionais e estrangeiros. O suporte econômico desta reforma foi a intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, identificados como parte do movimento de capitalização do setor, iniciado em meados dos anos 50.

A expansão das escolas médicas, na década de 60, foi influenciada pelo Plano Decenal de Saúde das Américas, que se constituiu numa iniciativa política externa americana integrante do programa de auxílio aos países subdesenvolvidos, *Aliança para o Progresso*, voltado aos problemas referentes à falta de médicos para a América Latina e à “introdução do planejamento de recursos humanos.” (BUENO; PIERUCCINI, 2005, p. 18).

O acordo MEC-USAID, que se estabeleceu logo depois de 1969, e através do qual uma equipe mista de brasileiros e americanos deveria traçar as linhas-mestras da política educacional brasileira, não tinha o Estado como indutor do ensino superior, mas sim o mercado. Propunha a superação de estruturas organizacionais antiquadas e o relacionamento do ensino com as necessidades de força humana. Dentro dessa orientação, o acordo favorecia também a privatização das escolas. “As medidas de expansão se reforçam com a Reforma Universitária, que, iniciada em 1966 e generalizando-se a partir de 1968, se traduz na departamentalização e na instauração do ciclo básico e do regime de créditos, trazendo como consequência a diminuição do custo médio do estudante.” (VERAS; RIBEIRO; LIMA, 1983, p. 404)

Ao iniciar a década de 60, o Brasil contava com 27 cursos de Medicina, sendo apenas quatro privados (14,8%). Ao término deste segundo período (Figura 1), 35 novos cursos haviam sido criados, indicando um crescimento da ordem de 130%, finalizando com 62 novas Escolas de Medicina, em pouco menos que três décadas,. O predomínio das instituições públicas (60,8%) sobre as privadas (39,2%) iria se encerrar em breve.

Sampaio (2000) ressalta a importância da Lei de Diretrizes e Bases²⁰ como importante fator facilitador para essa significativa ampliação das instituições de ensino:

A moldura legal em que se inscreveu essa expansão, sobretudo em seu momento inicial, é a LDB de 1961. A Lei foi pragmática: reconhecia a organização do sistema em moldes não universitários. Com efeito, as instituições de ensino superior, tanto as públicas como as privadas, que estavam sendo criadas ao longo das décadas de 1940 e 1950, se tinham algum parentesco com o modelo de universidade concebido nos 20 e 30, este consistia no fato de oferecerem dois, no máximo três, cursos na área de formação de professores. A LDB de 1961 também voltava-se para os mecanismos de regulamentação da expansão do ensino superior. Nesse sentido, expressou a necessidade de instituir mecanismos de controle na relação do ensino superior com o mercado que, na época, já pressionava fortemente a sua expansão. Todavia, as exigências legais tinham caráter essencialmente burocrático e eram elas que embasavam a atuação do Conselho Federal da Educação. Pressionado pela pressão do mercado, o Conselho, criado também em 1961, mais favoreceu do que cerceou a expansão do setor privado.

Os modelos francês e alemão que nortearam a formação médica até então, vão sendo substituídos pelo modelo norte-americano que se torna hegemônico sobre as nossas universidades, sobretudo a partir da Reforma de 1968²¹. Na análise de Paula (2002, p. 159):

Assim é, que a Lei 5540, responsável pela Reforma de 1968, incorpora várias características da concepção universitária norte-americana, a saber: a) vínculo linear entre educação e desenvolvimento econômico, entre educação e mercado de trabalho; b) estímulo às parcerias entre universidade e setor produtivo; c) instituição do vestibular unificado, do ciclo básico ou primeiro ciclo geral, dos cursos de curta duração, do regime de créditos e matrícula por disciplinas, todas estas medidas visando uma maior racionalização para as universidades; d) fim da cátedra e a instituição do sistema departamental; e) criação da carreira docente aberta e do regime de dedicação exclusiva; f) expansão do ensino superior, através da ampliação do número de vagas nas universidades públicas e da proliferação de instituições privadas, o que provocou uma massificação desse nível de ensino; g) a idéia moderna de extensão universitária; h) ênfase nas dimensões técnica e administrativa do processo de reformulação da educação superior, no sentido da despolitização da mesma”.

²⁰ Lei N° 4.024, de 20 de dezembro de 1961 - *Fixa as diretrizes e bases da Educação*. Disponível em: <<http://www-usr.inf.ufsm.br/~caio/10.rtf>>. Acesso em 18 dez. 2008.

²¹ Lei 5.540, de 28 de novembro de 1968, fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média.

As influências do neoliberalismo são igualmente relevantes, com nova explosão na abertura de novas escolas médicas nos últimos 30 anos (Figura 1 – período de 1976-2008). Mesmo com novos investimentos do setor público a partir deste período, o advento do neoliberalismo provoca forte tendência de expansão do setor privado, resultando em inversão desta relação. Em junho de 2008, dos 176 cursos de Medicina existentes no país, 103 eram privados (58,5%) e 73 públicos (41,5%).

Com este arrazoado, podemos analisar a Figura 1 da seguinte forma: desde a criação do primeiro curso médico, decorridos duzentos anos, pode-se observar duas fases distintas. Uma fase longa, de lenta expansão, compreendida entre 1808 e 1959, na qual foram criados apenas 27 cursos no país. Segue-se uma fase de grande expansão do número de faculdades, de 1960 a 2008, quando foram criadas 149 instituições. Desta forma, os 27 cursos iniciais representam apenas 15,3% no intervalo de 200 anos, o que corresponde a 0,13 curso/ano. Por outro lado, de 1960 a 2008, os 149 (84,7%) cursos criados em 44 anos correspondem a um índice de 3,39 cursos/ano.

Apesar de clara, a relação apontada não espelha alguns fatos relevantes que contribuíram, de forma significativa, para o aumento no número de escolas médicas em determinados períodos. Podemos citar Bueno e Pieruccini (2005, p.18 e 20):

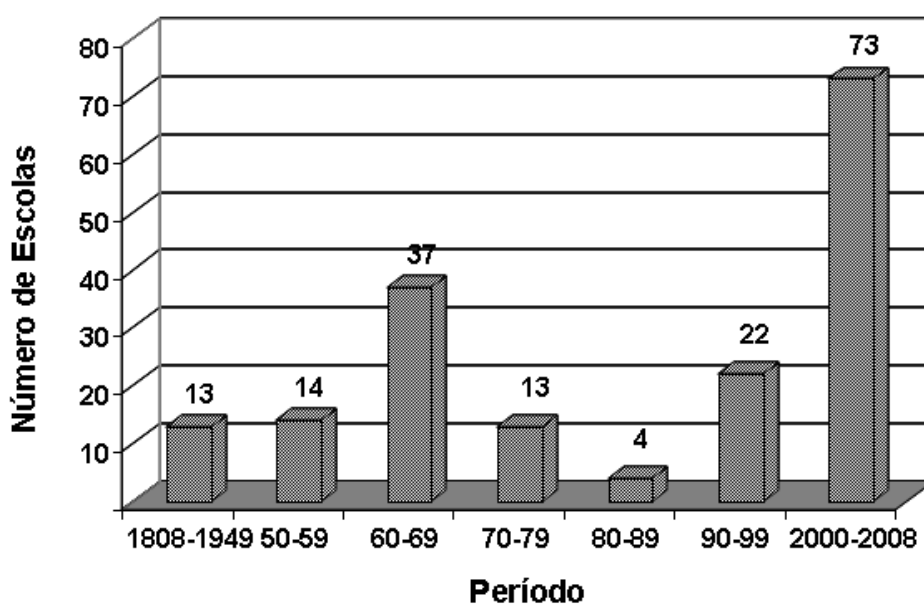
Em 1965, o Brasil possuía 40.809 médicos para uma população de 80.113.000 habitantes, o que resultava em uma relação de 1/1.963. O país realmente precisava de mais médicos para atender a população brasileira. A política de corte nos gastos sociais, porém, fez com que os investimentos públicos no ensino superior fossem reduzidos. Neste contexto, a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeou o movimento dos excedentes dos vestibulares. A saída encontrada pela Junta Militar, que governava o país, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas realizadas sem maiores verificações de qualidade dos cursos oferecidos. Assim, a expansão dos cursos de medicina ocorrida nos anos 60 baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de 4 a 20) e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste.

Na década de 1990, já com o Governo Collor, o Brasil passou a adotar políticas com vistas a diminuir o tamanho do estado. Contudo, foi somente a partir de 1995, com o governo Fernando Henrique Cardoso, que “as idéias do Consenso de Washington tomaram corpo, com a privatização de várias empresas e de inúmeros serviços. Nesse sentido, entraram para a pauta da privatização do Governo Federal, as instituições de Ensino Superior.” E prossegue este autor (SOUSA, 2008, p. 132):

A reforma do Estado e a proposta de transformação das universidades em organizações sociais têm como fator principal a redução do financiamento do Sistema Federal de Ensino Superior, dentro da visão de um Estado Mínimo, indo de encontro às propostas do Banco Mundial expressas no documento publicado em 1993, intitulado “La Enseñanza Superior: las Lecciones Derivadas de la Experiencia”. Para compensar a redução do financiamento, o governo acenava com instrumentos, como a autonomia financeira, orçamento global, que teriam como objetivo a busca de novas fontes de financiamento, o que seria uma alternativa para que as IFES, com o volume atual de financiamento, pudessem se manter.

A afirmativa acima pode ser constatada pela observação da Figura 2 – Criação das Escolas de Medicina no Brasil por década.

Figura 2. Criação de Escolas de Medicina no Brasil por década



Pode-se observar que de 2000 até o presente momento, coincidindo com o final do governo de Fernando Henrique Cardoso, e primeiros anos do segundo mandato de Luiz Inácio da Silva, há notável aumento na abertura de novas escolas médicas no Brasil. Para Cunha (2003, p. 38) a característica marcante da educação no governo de Fernando Henrique Cardoso foi o “[...] destaque para o papel econômico da educação, como *base do novo estilo de desenvolvimento*, cujo dinamismo de sustentação provém de fora dela mesma – do progresso científico e tecnológico.” Acentua-se, portanto, o caráter predominantemente técnico e científico da educação que, no Ensino Médico, maximiza-se na concepção do modelo flexneriano de educação.

O período de 2000 a 2003 compreende o final do governo de Fernando Henrique Cardoso e os dois anos iniciais do governo de Luiz Inácio da Silva. A expansão das escolas médicas neste período, conforme Bueno e Pieruccini (2005, p. 23) “se mantém, visto que foram autorizados 16 novos cursos de medicina no país, totalizando 44 até fevereiro de 2005, e um acréscimo de 2.771 vagas/ano”, o que resulta atualmente em um contingente de mais de dez mil novos profissionais que se formam todos os anos no país.

Ambos os presidentes, como lídimos representantes do regime neoliberal, impõem às Faculdades de Medicina, bem como às Universidades brasileiras, metas e exigências por resultados e produtividade em suas atividades fins – ensino, pesquisa e extensão. É o conceito de “quase-mercado” em sua plenitude, que implica no desenvolvimento de mecanismos quantitativos de avaliação da produtividade docente, rotulando-os, estabelecendo *rankings* e, conseqüentemente, transformando as universidades em agências prestadoras de serviços para a sociedade de mercado. “Quase mercado”, segundo Afonso (2000, p 115):

Quase-mercados são mercados porque substituem o monopólio dos fornecedores do Estado por uma diversidade de fornecedores independentes e competitivos. São quase porque diferem dos mercados convencionais em aspectos importantes. Assim, por exemplo, as organizações competem por clientes, mas não visam necessariamente à maximização dos seus lucros; o poder de compra dos consumidores não é necessariamente expresso em termos monetários e, em alguns casos, os consumidores delegam em certos agentes a sua representação no mercado. Esta definição, de caráter primordialmente econômico, pode ser transportada para a educação, mormente em se tratando de novas formas e combinações de financiamento, fornecimento e regulação da educação,

com controle rígido e avaliações com publicidade de resultados, que expõe o sistema educativo a pressões competitivas de mercado.

Estas demandas por resultados quantitativos de pesquisas mantêm o corpo docente pressionado para atender às exigências mercadológicas e para satisfazer as exigências impostas pelos critérios avaliativos da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior desde o ano de 1974.

Nas páginas da internet de sete escolas médicas, aleatoriamente escolhidas, sendo duas pertencentes a Universidades Federais (Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul) e cinco privadas (Universidade São Francisco, de Bragança Paulista, Universidade Cidade de São Paulo, Universidade de Marília, EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Faculdade de Medicina do ABC) efetuamos levantamento do número de docentes, os quais totalizaram 1.346.

Embora com ampla variação: 124 na EMESCAM e 298, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a média é de 220 docentes por escola médica. Se multiplicarmos este número médio pelo total de escolas atualmente em funcionamento do país, constataremos que o mercado se vê às voltas com uma necessidade atual de 38.720 professores. Mesmo levando em consideração que talvez 10-20% destes profissionais não sejam médicos, ainda assim teremos entre 30.976 a 34.848 médicos que passam a exercer atividade docente e que tiveram sua formação integralmente baseada nos paradigmas flexnerianos.

A página do Conselho Federal de Medicina²² na internet aponta 342.126 médicos ativos. Teríamos entre 9-10% de profissionais que exercem atividade docente. De forma semelhante, a partir da consolidação sobre o número de funções docente do SINAES – Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior,²³ pode-se constatar a existência de 292.504 professores em exercício no ano de 2005. O contingente percentual de médicos exercendo atividades docentes torna-se mais expressivo, entre 10,5 a 11,9%.

Quem são, afinal, estes docentes médicos?

²² Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novoportal/index5.asp>>. Acesso em 18 dez. 2008.

²³ Disponível em: <<http://sinaes.inep.gov.br:8080/sinaes/>>. Acesso em 18 dez. 2008.

Análises sobre especialização médica, nacionais como internacionais, apresentam a Residência Médica como modelo dominante de formação pós-graduada em medicina, nas Américas e no continente europeu. Sampaio e Mazza (2008, p. 104), assinalam:

No Brasil, foi incorporada em 1944, tendo os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro como pioneiros. A partir de então, o modelo de formação, também referido como 'padrão ouro' pela comunidade médica, expandiu-se e destacou-se, passando a conferir *status* diferenciado aos médicos detentores dos títulos obtidos em seus programas. A comprovada eficácia do modelo da Residência Médica na formação de especialistas reside no vínculo que estabelece entre o aprendizado e a experiência vivenciada nos serviços de saúde, o que tornou esse padrão de especialização um alvo quase obrigatório para a maior parte dos estudantes de medicina de países do ocidente, tais como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, França, Itália, Espanha, Alemanha, entre outros. Cabe assinalar que, no Brasil, a progressiva queda na qualidade do ensino de graduação a partir da década de 1970 também contribuiu para intensificar a disputa por esse tipo de especialização, nesse caso, como forma de corrigir eventuais deficiências da formação básica nos anos adicionais de estudo e prática.

De acordo com os dados da pesquisa "Perfil dos Médicos no Brasil" (MACHADO, 1996), a residência médica apresenta-se como a principal modalidade de formação de médicos especialistas em nosso país. Em 1995, com destaque para as regiões sudeste e sul, 40,7% dos médicos referiram curso de especialização após a formatura. No cômputo final, entre residências concluídas e exames prestados para obtenção de títulos de especialista junto às Sociedades, 59% dos médicos brasileiros possuíam título de especialista. Apenas 7,7% destes possuíam o título de mestrado e 3,3% o doutorado. Conforme dados divulgados pelo CFM – Conselho Federal de Medicina (CARNEIRO; GOUVEIA, 2004, p. 56-57), em sua última atualização da pesquisa sobre o perfil do médico no Brasil no ano de 2004, dos 280 mil médicos em atividade, 14% possuíam mestrado e 6,8%, doutorado. Esta publicação faz, especificamente, referência às atividades profissionais docentes em Medicina, praticadas por 18,9% dos entrevistados:

Este aspecto, que pode contribuir para melhor compreensão acerca da formação dos profissionais na área, mostra-se não obstante crucial. (...) Claramente, a docência compreende uma alternativa para a maioria dos médicos que a exercem. Concretamente, apenas 14,1% indicam ser

exclusivamente docentes; os restantes 85,9% que têm atividades deste tipo a dividem com o exercício da profissão médica. O conjunto das IES em que os médicos atuam é predominantemente público (62,5%). (...) As privadas têm atraído significativa parcela dos docentes (30,7%), inclusive, quando somadas às filantrópicas (6,7%), chegam a superar as federais, que tradicionalmente têm formado o maior número de médicos. (...) Seguramente condizente com a orientação profissional dos médicos, a grande maioria dos docentes indicou ensinar disciplinas de natureza teórica e prática (91,4%). (...) A dedicação exclusiva, hoje quase regra geral nas IES públicas, principalmente nas federais, é indicada por apenas 4,9% dos participantes do estudo. (...) As atividades como docente contribuem com até 10% dos rendimentos mensais para 47,1%; os que expressam ganhos de até 50% perfazem 90,4% dos participantes do estudo. A maioria tem até 10 anos de atividades docentes (60,7%) e considera que o seu exercício ocorre em condições de trabalho avaliadas como boas (43,8%) ou regulares (36,3%).

Os resultados estão demonstrados na Tabela abaixo, reproduzida e adaptada desta mesma publicação (p. 94-95):

Tabela 1. Atividade docente em Medicina

Variável	Níveis	F	%
Situação de docente	Médico e docente	2254	85,9
	Exclusivamente docente	371	14,1
Natureza da instituição	Pública federal	870	33,6
	Pública estadual	667	25,7
	Privada municipal	84	3,2
	Privada	797	30,7
	Filantrópica	175	6,7
Tipo de atividade docente	Exclusivamente teórica	221	8,6
	Teórica e prática	2359	91,4
Carga horária semanal	T-20 (20 horas)	1081	44,7
	T-40 (40 horas)	563	23,3
	DE (dedicação exclusiva)	119	4,9
	Horista	654	27,1
Porcentagem dos rendimentos como docente	Até 10%	4102	47,1
	De 11 a 30%	720	30,8
	De 31 a 50%	292	12,5
	De 51 a 70%	78	3,3
	De 71 a 90%	54	2,3
	91% e mais	92	3,9
Tempo de serviço	Até 5 anos	979	40,5
	De 6 a 10 anos	490	20,2
	De 11 a 20 anos	525	21,7
	De 21 a 30 anos	362	15,0
	De 31 a 40 anos	62	2,6
	41 anos e mais	2	0,1
Condições de trabalho	Péssimas	33	1,3
	Precárias	240	9,7
	Regulares	893	36,3
	Boas	1079	43,8
	Excelentes	217	8,8

Notas: F = Frequência; % = Percentual em função das respostas válidas

Isso significa, de modo geral, médicos especialistas em sua área de atuação, conformados em rígida estrutura disciplinar e com a meta de atuação preferencialmente direcionada para a pesquisa e o modelo de pós-graduação, em detrimento da graduação.

Apesar do predomínio do modelo flexneriano, a excessiva especialização do ensino médico gerou movimentos contrários. A Organização Mundial de Saúde propõe, em sua Carta Magna de 07 de abril de 1948, um conceito de saúde subjetivo e teleológico: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença.” Em 1952, uma conferência de cinco dias ocorreu em Colorado Springs, Estados Unidos, para reexaminar o ensino da medicina preventiva à luz dos cuidados médicos. Batista e Silva (2001, p 25) assinalam:

As propostas de medicina Integral, [...] acentuaram a dicotomia entre a Medicina preventiva e a curativa. O preventivismo, em sua origem, abrigava, fundamentalmente, três aspectos: a disciplina de higiene, que centrava as responsabilidades individuais frente à saúde, a discussão dos custos do atendimento médico e a proposta da definição das responsabilidades médicas, através de novas relações de trabalho.

Durante todo o restante da década de 50, houve uma proliferação de conferências e seminários que fixaram as linhas gerais da medicina preventiva. Destacam-se, em 1952, a de Colorado Springs, da Associação Americana de Colégios Médicos; em 1953, a de Nancy das Escolas Europeias; em 1953 ainda, o Primeiro Congresso Mundial sobre Educação Médica, realizado em Londres; em 1955, a Conferência de Educação Médica, na Índia; em 1958, a Conferência Regional do Pacífico, em Manila, e a Conferência sobre Ensino da Medicina Preventiva, no Irã. De todas, as reuniões que tiveram maior impacto trataram sobre o ensino da medicina preventiva, nas escolas da América Latina, ressaltam-se os Seminários de Viña del Mar/Chile, em 1955, e Tehuacán/México, em 1956, sob o auspício da OPS/OMS. (LAMPERT, 2002)

A medicina buscava a suavização de tensões em torno das instituições médicas, inadequadas para atender às necessidades de uma sociedade em rápida

transformação e, simultaneamente, se esforçava para preservar a medicina liberal como instituição social.

No início da década de 70 surge nova proposta – a Medicina Comunitária – já utilizada nos Estados Unidos desde 1960. No final desta mesma década “surge nova tentativa na reorganização do ensino médico. Os Estados Unidos e o Canadá postulam e redefinição geral do ensino, no sentido de formar o médico generalista ou de família.” (BATISTA; SILVA, 2001, p. 26)

A III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas, realizada em 1972, no Chile, estabeleceu a chamada “Extensão de Cobertura de Ações de Saúde” às populações marginalizadas. Por ocasião da IV Reunião, ocorrida em 1977, em Washington, propôs-se a estratégia de cuidados primários e participação comunitária nas ações de saúde, norteadas pelas idéias de universalidade, integralidade, acessibilidade, efetividade e continuidade. (REZENDE, 1986)

“É a Conferência Internacional sobre a Atenção Primária de Saúde, com o Informe de Alma-Ata, em dezembro de 1978, que vai consubstanciar os princípios de democratização de saúde já anteriormente discutidos nas Américas.” (REZENDE, 1986, p. 106) A Declaração de Alma-Ata enquadrou-se no movimento mundial, sob a responsabilidade e empenho da Organização Mundial da Saúde, de combater as desigualdades entre os povos e a alcançar a audaciosa meta de “Saúde Para Todos no Ano 2000”.

Na sequência, cita Lampert (2002, p. 123):

Houve evolução do conceito de saúde, considerada ausência de doença, para o de qualidade de vida, expresso na chamada Carta de Ottawa, divulgada em 1986, que levou à consideração do equilíbrio na oferta de serviços básicos e especializados em saúde, voltando-se para o terceiro marco conceitual da promoção da saúde.

Foi nesta Conferência que se formulou oficialmente a proposta de Promoção da Saúde, e que se ampliou o entendimento de que saúde é qualidade de vida. Isso se fez com a identificação dos determinantes da saúde situados no biológico e além dele, no estilo de vida do indivíduo e no meio ambiente em que se insere, os quais são elementos fundamentais para compor uma existência saudável. No Brasil, o modelo da medicina preventiva e da promoção da saúde teve na VIII Conferência

Nacional da Saúde (1986) e no movimento da Reforma Sanitária, dois marcos históricos fundamentais. Sua construção influenciou, decisivamente, na formulação das políticas constitucionais do setor saúde, o que pode ser constatado no Título VIII Da Ordem Social, Capítulo II Da Seguridade Social, em que está escrito que “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (art. 196 da Constituição Brasileira, 1988).

O panorama indicado mostra que (LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 245-246):

O contexto em que o médico atua tem se alterado num dinamismo que envolve problemas e complexidades: padrões demográficos, de morbidade e mortalidade tem se modificado; os médicos têm se revelado incompetentes para monitorar os custos de suas decisões clínicas, os serviços de saúde têm falhado no atendimento das grandes necessidades; o custo tem subido sem limites à vista; as forças do mercado que atuam na área da saúde têm distorcido a Medicina em direção ao comércio; especialistas têm sido preparados além das necessidades, enquanto generalistas são necessários, mas não estão disponíveis; a prevenção das doenças é desvalorizada; tem crescido a percepção de que o médico como guardião da saúde e como parceiro no sofrimento é apenas um vestígio do passado.

Prossegue este autor, buscando traçar um perfil do médico para o século XXI (LIMA-GONÇALVES, 2002, p. 246): “cujo resumo pode ser dado por três expressões que têm em comum, além da finalidade última, a característica de apresentarem a mesma letra inicial: o profissional desenhado deverá ser *competente, consciente e comprometido*.”

No Brasil, a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que contém os princípios de equidade no acesso, universalidade, integralidade e controle social da atenção à saúde, somaram-se a esses movimentos, conduzindo à busca de um novo ensino médico, mais adequado à realidade social. Serra (2006, p. 194), cita:

Em 2001, o Conselho Nacional de Educação, através da Câmara de Educação Superior, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em medicina, visando contemplar uma melhor adequação do ensino médico à realidade brasileira. No documento elaborado que tomou por base também a Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI (1998) e o Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), faz-se fundamental contemplar na formação da graduação aspectos que dizem respeito ao modelo de promoção à saúde preconizado para o país, atendendo à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080, de 19/9/1990) como

a atenção integral em um sistema hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe. As diretrizes curriculares também atendem à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) na qual o aluno tem participação ativa no seu aprendizado, devendo ser precocemente inserido em atividades práticas com estímulo para o trabalho em grupo e a cooperação multidisciplinar.

Observa-se que os principais marcos orientadores do modelo de formação médica se concentram na segunda metade do século XX e, principalmente, nos últimos trinta anos, adentrando no século XXI. Ocorre, entretanto, que o conceito de competência para o médico do século XXI não pode se limitar a aspectos especializados de sua especialidade devendo, obrigatoriamente, estender-se de forma holística ao cuidado do ser humano. De novo, nesta situação, o aparelho formador sofre desalinhamento com suas próprias crenças e formação. Novamente há necessidade do docente se adaptar.

6 AVALIAÇÃO DA DOCÊNCIA NA FACULDADE DE MEDICINA

Tacitamente se aceita que a profissão e a prática médica sejam frequentemente classificadas como de “alto risco” pela própria natureza de seu objetivo profissional: o cuidado e a promoção da saúde do ser humano. Parece evidente que uma elevada qualidade dos profissionais resultará em excelência na prática médica, a qual minimizaria o risco e a incerteza até os limites do aceitável. Esta qualidade é procurada através de extenso, rigoroso, específico e contínuo processo de formação que não se encerra senão com a cessação do exercício profissional.

Sem dúvida, não é suficiente desenhar excelentes programas e processos de formação sem que se demonstre que sua aplicação produz o impacto positivo que se almeja. Qualquer processo de avaliação traz um grupo de pessoas em juízo sobre outro. É, portanto, imprescindível a avaliação contínua, rigorosa e específica do profissional de Medicina em suas distintas etapas de desenvolvimento, bem como de seus instrumentos formadores.

No campo educacional, a avaliação pode aplicar-se a três áreas distintas: a avaliação do aluno, obrigação que a sociedade atribui à escola, qualquer que seja a área em que trabalha; a avaliação de programas, em que se examinam contextos, estratégias e processos e, avaliação do docente, em que se apreciam os produtos resultantes da atividade do professor. Esta, quando apropriadamente conduzida, tem o potencial de aprimorar o ensino e o aprendizado.

Ramos (1997, p. 83-84), assinala a importância do docente como elemento fundamental para a consecução da qualidade educativa:

Não me resta dúvida, neste contexto, de que a ação do professor em classe e fora dela, sua ação docente, é um dos elementos que mais diretamente se vincula a todos estes elementos de qualidade educativa mencionados. Igualmente, não restam dúvidas tampouco à sociedade e a seus responsáveis políticos, tanto a nível estatal, como regional, local ou institucional. Qualquer política ou projeto educativo passa por seus principais agentes: os docentes. Deriva-se daí, entre outras razões, que ao valorar a qualidade educativa de um sistema ou de uma instituição educativa, se inicie quase sempre pela avaliação da prática docente.

Ao analisarmos o termo “docência”, do ponto de vista etimológico, constatamos que a definição mais adequada é *prática e exercício do magistério*. Da mesma forma, vemos que docente é referente ao ensino ou àquele que ensina.²⁴

A interpretação mais comum do termo docência é a que faz referência a ensino, transmissão de conhecimentos culturais e científicos. Neste sentido, a atividade do docente será dirigida a produzir estes efeitos ou, em outras palavras, a realização destas ações por parte do docente.

Do ponto de vista teórico-científico, a docência é objeto de análise, de estudo, por parte da Didática a qual, em sua consideração da docência, inclui não somente o ensino, grosso modo, o trabalho do docente, mas também a aprendizagem, que corresponde ao discente. Antolí (1983, p. 143), afirma:

Portanto, ao falar de docência, ainda que possamos nos centrar exclusivamente na atividade do docente, do ponto de vista didático e formativo, há que se ter em consideração seu correlato, a aprendizagem. Apesar da evidência teórica, na aplicação prática, sobretudo no nível universitário, esta dimensão didática da tarefa do professor nem sempre é levada em consideração, quer pela crença de que seu papel se encerra com a finalização do ensino, quer por não encontrar o caminho (através de um preparo e/ou renovação metodológica) que lhe permita facilitar, melhorar, o aprendizado que o aluno necessita para sua formação intelectual. É evidente que o princípio de que o trabalho do docente se encerra quando produz o aprendizado no aluno, não é somente uma característica do ensino básico e médio, mas também se estende ao ensino superior.

No caso do docente da escola médica, é frequente a avaliação de seu desempenho, quando sua capacidade é aplicada essencialmente a procedimentos de pesquisa ou de sua aplicação ao campo assistencial que ocorre no conjunto das instalações que integram a escola médica. Mas no campo que representa a resposta à demanda que a comunidade coloca à escola médica, a saber, formação da personalidade do futuro profissional, que inclui soberanamente a dimensão educacional do trabalho do docente, nem sempre a preocupação com a avaliação está tão presente.

²⁴ HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

Para Dias Sobrinho (2002, p. 185), o conceito de qualidade educativa, fruto do processo de avaliação:

(...) além das dimensões técnicas e científicas, comporta inevitável e centralmente sentidos e princípios éticos e políticos. Em outras palavras, qualidade educativa não é só função de conhecimento, nem se restringe ao campo técnico, mas deve ser intensamente social e ético-política. Tem a ver com valores e, então, com o interesse público. Qualidade em educação é referida essencialmente à formação. Portanto, ela há de afirmar os valores de primeira ordem, que dizem respeito aos horizontes universais e perenes da humanidade, dentre outros liberdade, democracia, cidadania, justiça, igualdade, solidariedade, compreensão, cooperação, paz, fraternidade e outros do mesmo campo semântico.

O princípio do caráter educativo do ensino tem se desenvolvido historicamente. Comenius (1592-1670) reconheceu o importante papel educativo do ensino, e sua obra "*Didactica Magna*" (1621-1657) é a teoria do aprendizado e da educação da juventude:

O método de educar deve basear-se na arte. Uma vez que, até hoje, o método de educar tem sido tão vago que dificilmente alguém ousaria dizer: "eu, em tantos anos, conduzirei este jovem até este ponto, e deixá-lo-ei instruído desta ou daquela maneira, etc.", importa ver se esta arte de plantar nos espíritos pode basear-se num fundamento tão sólido que conduza, com certeza e sem erro possível, ao progresso intelectual.

A qualidade do ensino deve ser entendida como aperfeiçoamento e não somente como uma resposta a requisitos legais ou a controles técnicos. Consistiria em integrar a ação educativa em um processo de aprimoramento continuado emoldurado na cultura de avaliação e de qualidade, em um permanente esforço de superação, onde a inovação e a ruptura da rotina não somente facilitariam a transformação, mas também provocariam maior satisfação em docentes e discentes.

Se admitirmos que a Universidade tenha como objetivo principal uma formação ampla, que inclua tanto conhecimentos técnicos, como atitudes e valores, uma docência de qualidade poderia ser definida precisamente pela consecução desta tarefa básica, ou seja, ser modelo para reprodução de atitudes e comportamentos, como também através da qualidade de seus aprendizes. Como já

havíamos citado anteriormente, com base em aspectos do processo ou dos resultados do mesmo.

Um século atrás, William Osler²⁵ ajudou a criar um novo enfoque da educação médica baseada principalmente no ensino por meio do exemplo. Hoje em dia, o modelo é considerado um componente integral da docência da Medicina e um importante fator na formação de valores, atitudes, condutas e ética dos alunos. O modelo de professor tem fortes influências nas opções que os estudantes de Medicina fazem em sua carreira.

Wright et al (1998), conduziram estudo caso-controle composto por questionário com 55 itens, aplicado a membros do corpo clínico de quatro hospitais de ensino, visando identificar os atributos dos médicos tidos como modelos de excelência clínica que os diferenciavam de seus colegas. As seis áreas abrangidas pelo estudo: capacitação prévia em docência, estilo e metodologia da docência, atitudes voltadas para a docência, capacidade de estabelecer relações com os internos, tempo despendido com os internos além daquele determinado pelo contrato de trabalho e, características e realizações da carreira profissional, incluíram atributos associados ao modelo de excelência. Entre estas características do modelo docente que se destacam no ensino de pré e pós-graduação em Medicina, incluem-se: qualidades pessoais (tais como compaixão, senso de humor, proximidade e integridade), habilidades clínicas (como competência clínica e efetiva interação com os pacientes e seus familiares) e habilidades docentes (como capacidade de explicar temas difíceis e estilo não ameaçador).

Os cinco atributos preferencialmente associados com o modelo de excelência docente foram: destinar mais de 25% do tempo à docência, despende mais de 25 horas semanais com o ensino à beira do leito em enfermarias, ter desempenhado a função de residente chefe, salientar a importância da relação médico-paciente em seu ensinamento e, ensinar os aspectos psicossociais da medicina. Outros atributos, como possuir treinamento formal em docência, também se associaram ao modelo de excelência.

Sutkin et al (2008), efetuando revisão da literatura entre 1909 e 2008, buscaram subsídios para responder ao questionamento: “o que faz um bom

²⁵ LOPES, Anselmo Dantas, LICHTENSTEIN, Arnaldo. William Osler. **Rev Med (São Paulo)**, v. 86, n. 3, p. 185-188, jul.-set. 2007.

professor em medicina clínica? Após seleção e análise de 68 artigos, constataram que os tópicos mais comumente relatados estão apresentados abaixo:

Conhecimento médico/clínico (30 citações). Fornecer informações médicas é frequentemente considerada como indispensável para discussões educacionalmente produtivas e para melhorar as habilidades clínicas dos envolvidos com os cuidados médicos na enfermaria.

Habilidades/competência clínica e técnica, raciocínio clínico (28 citações). O médico proficiente deve ser capaz de realizar certos procedimentos e os bons professores sabem que o ensino de tais habilidades simples é importante.

Relações positivas com os estudantes e ambiente colaborativo de ensino (27 citações). Uma atmosfera favorável influencia o aprendizado. Isso não se refere somente ao ambiente físico e aos métodos utilizados, mas também à personalidade do professor e o clima geral da instituição.

Habilidades de comunicação (21 citações). Excelência no ouvir e falar permite que os médicos docentes encorajem a participação ativa, estabeleçam o entendimento, respondam as perguntas cuidadosa e precisamente, e questionem os estudantes de forma não ameaçadora.

Entusiasmo. Três diferentes temas incorporaram esta característica: entusiasmo para a medicina (característica do médico); entusiasmo pelo ensino/compromisso para ensinar (característica do professor); entusiasmo pessoal em geral (característica humana).

O recurso mais valioso para qualquer Universidade é o professor inspirado, o indivíduo possuído com aquele algo mais indefinido, que desperta o interesse e entusiasmo do estudante. Esses profissionais são raros em todas as instituições de ensino superior e em todas as escolas médicas. Como aqueles poucos professores que tem a capacidade de fazer o que pregam permanecem em nossa memória! E como tais professores são valorizados pelos estudantes!

É, entretanto, extremamente difícil a análise das implicações dos resultados destes estudos, com respeito às responsabilidades e estímulos do corpo docente, “no momento onde os docentes se encontram submetidos a pressões crescentes para angariar mais recursos econômicos para as instituições que trabalham e também para seu próprio sustento.” (WRIGHT, 1998, p. 1992)

Goergen (2005, p. 79-80), discorrendo sobre atitudes de personalização, analisa os reflexos desta tendência sobre a educação:

A educação torna-se a busca de instrumentalização pessoal para competir no interior de um sistema que permanece intocado. Os objetivos da escola, o currículo, o discurso dos gestores e dos próprios professores estruturam-

se em função do indivíduo, da satisfação de suas necessidades profissionais e ganhos futuros e neutralizam-se os conflitos de classe, dissipa-se o imaginário revolucionário, cresce a apatia com relação aos temas mais amplos e sociais, enquanto aumenta a efervescência em torno do eu, de suas necessidades de consumo.

Como apoiar modelos de excelência para que estes tenham liberdade para destinar o tempo necessário aos estudantes? Como podemos enfrentar os custos da docência – tempo e dinheiro – de modo a auxiliar os envolvidos adquirirem as habilidades necessárias para o modelo de excelência? Existem muitas interrogações deste tipo e suas respostas devem ser buscadas no interior de cada Faculdade de Medicina.

A deturpação do paradigma flexneriano no tocante à preponderância da pesquisa conduziu o ensino, a mais importante função de toda escola médica, a plano secundário. Todos os docentes entendem a importância do material clínico, do currículo, da administração, da pesquisa, das instalações físicas e de outros inúmeros integrantes de uma escola médica, mas, afinal de contas, quão importantes são estes bens se o ensino é tão tecnicamente deficiente e o estudante não aprende?

De fato, em algumas faculdades, a pesquisa tem sido tão enfaticamente privilegiada que o ensino está recuando apologeticamente. Os candidatos às promoções acadêmicas nas escolas médicas alardeiam seus trabalhos publicados, mas pronunciam pouco a respeito de seus talentos de ensino, em face do reconhecimento dos trabalhos constituir frequentemente o motivo de escolha para as promoções acadêmicas. Esta é uma forma de publicidade que as escolas médicas apreciam particularmente. Departamentos e faculdades de medicina são julgados por suas pesquisas e publicações. “Em conseqüência, o interesse no aprimoramento da docência é, lamentavelmente, muito baixo. Ser ‘bom’ professor não vende.” (SÁNCHEZ, 2008, p. 183)

A questão é se a qualidade da docência está vinculada à produtividade na investigação. Trabalhos sobre o tema concluem que a relação entre ambas as tarefas é praticamente nula em termos gerais. Quando se analisam estudos muito concretos os resultados que se encontram podem apoiar argumentos para defender ambas as posturas. Sem dúvida, ainda nestes casos, a correlação citada é

inexistente ou muito pequena, conforme apontam os trabalhos de meta-análise publicados por Marsh e Hattie (2002) e Zama (2004, p. 5), respectivamente.

Os resultados da presente investigação – unidos à abrangente meta-análise de Hattie e Marsh (1996) – indicam claramente que a efetividade do ensino e a produtividade da pesquisa quase não se correlacionam, suportando a hipótese que são construções independentes. Estes resultados demonstram algumas implicações óbvias. Pesquisadores ativos não são mais nem menos propensos a serem professores eficientes que os pesquisadores menos ativos. Bons professores não são mais nem menos propensos a serem pesquisadores eficientes que os professores menos qualificados. (MARSH & HATTIE, 2002)

As evidências reunidas por este documento sugerem que a pesquisa e a qualidade do ensino não são papéis contraditórios. No entanto, não podemos concluir com base nas informações disponíveis que a ligação seja fortemente positiva. Os dados indicam que a relação seja fracamente positiva, e provavelmente mais forte no nível de pós-graduação que na graduação. A qualidade global das análises estatísticas sobre as quais estas conclusões estão baseadas não é elevada. (ZAMA, 2004, p. 5)

Os trabalhos sobre ensino universitário parecem, portanto, não apoiar a idéia de que bons professores são também bons investigadores. Entretanto, mesmo com esse arrazoado não cabe o argumento que a investigação deva ser abandonada na escola médica, porém, muitas vezes o estudante de medicina não se beneficia dela. O aluno frequenta a faculdade para aprender e para ser ensinado. Se seu professor é um emérito pesquisador, tanto melhor, mas primariamente ele deve exercer suas funções docentes. Com equilíbrio nas ações, a pesquisa pode ser utilizada para subsidiar de forma mensurável o ensino do estudante de medicina. Não se trata de pesquisa ou ensino, mas da união destas duas atividades, onde o ensino retome sua justa posição e a pesquisa favoreça e estimule o bom ensino.

Quando se analisam as atividades desempenhadas por um professor comparativamente às de um pesquisador, pode-se constatar que não existem grandes semelhanças entre elas, exceto nos cursos de pós-graduação, onde esta ligação pode ser elevada. As políticas nacionais de avaliação docente em nosso país inexoravelmente induzem a que o professorado observe os critérios de avaliação de maior peso ou ponderação e, conseqüentemente, centrem suas atividades nesse foco.

A avaliação quantitativa do produto da investigação é mais facilmente mensurada e avaliada que a docência, visto que os critérios encontram-se bem estabelecidos, foram progressivamente aprimorados e são relativamente comparáveis. A avaliação da docência, entretanto, é realizada de forma burocrática e não discriminatória. “Idealmente isso não deveria ocorrer, uma vez que as universidades necessitam simultaneamente tanto de bons docentes quanto de bons investigadores” como aponta Sánchez (2008, p. 184). Para tal conjunção, ambas as funções devem ser valorizadas de modo equilibrado e a avaliação realizada com suficiente capacidade discriminatória entre os professores que cumprem os requisitos e os que não cumprem em ambas as tarefas.

É importante ressaltar que a limitação da produção científica, em análise superficial considerada como desídia do professor, pode ocorrer em função de fatores que extrapolam sua área de governabilidade. Aqui, poder-se-ia incluir como importante fator causal, limitações ou características da própria instituição de ensino superior a qual este docente estaria afeito. A principal vocação das universidades privadas seria a de formar profissionais para o mercado de trabalho; as universidades denominadas comunitárias encarariam o aluno “como construtor co-responsável de uma formação acadêmica de vocação pública”²⁶; finalmente, nas universidades públicas, o ensino estaria mais voltado para a formação de docentes e pesquisadores.

A quantificação das pesquisas constitui a base dos indicadores bibliométricos que procuram mensurar a quantidade e o impacto das publicações científicas, como projeção da produtividade global da pesquisa científica. Juntamente com as patentes, constituem-se nos indicadores mais frequentemente utilizados da pesquisa e do desenvolvimento experimental. A bibliometria tem sido amplamente utilizada, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, para determinar a capacidade científica e a articulação para a ciência mundial.

“A utilização destes critérios também tem encontrado aplicação nos processos avaliativos em universidades e instituições públicas e privadas de pesquisa, constituindo fator importante para diversas formas de incentivo aos pesquisadores.” (UNESCO, 2005, p. 1) Com as publicações nos jornais indexados, os indicadores bibliométricos aproveitam-se da pressão do “*publish or perish*” e impelem os

²⁶ Associação Brasileira das Universidades Comunitárias. Disponível em: <http://www.abruc.org.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=7968>. Acesso em 18 dez. 2008.

cientistas a publicar nas revistas mais lidas e citadas, visando aumentar o 'impacto científico' de seus trabalhos de pesquisa.

Gupta; Dhawan; Gupta (2007) assinalaram que “embora os países menos desenvolvidos respondam por 75% da população mundial, o número de pesquisadores corresponde a somente 27% do número total de pesquisadores do mundo” e que “os gastos destes países com pesquisa e desenvolvimento representaram aproximadamente 19% do gasto mundial sendo, em média, 1,85% de seu produto nacional bruto.” Analisando as contribuições dos 38 principais países entre 1993 e 2003, os autores situam o Brasil na vigésima primeira posição quando se considera o número de publicações (96.120). Os Estados Unidos lideram esse quesito, com 2.799.593 publicações. Em número de citações (423.083), nosso país ocupa a vigésima quarta colocação; a liderança pertence igualmente aos Estados Unidos, com 35.368.637 citações. Com média de 4,4 citações por trabalho, o Brasil ocupa a 94ª posição.

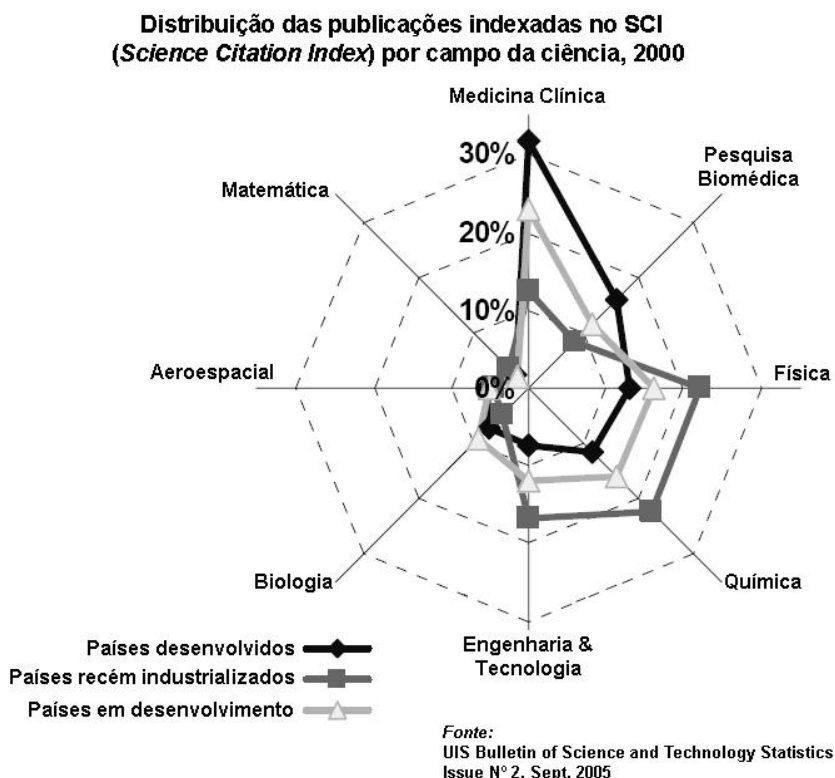
Semelhante levantamento entre 1993 e 2001 foi feito por King (2004, p. 311). Analisando os 31 países que mais publicaram, concluiu que “este grupo foi responsável por mais de 98% dos trabalhos mais citados no mundo. Os 162 países remanescentes contribuíram com menos de 2% do total.”

Gupta; Dhawan; Gupta (2007, p. 13), esclarecem que a importância de determinados países, entre eles o Brasil, situa-se em apenas algumas áreas específicas do conhecimento:

Entre os países em desenvolvimento, a China, Índia, Brasil e Coréia do Sul ocupam posições de liderança, mas somente em determinadas áreas do conhecimento. Por exemplo, a China lidera entre os países em desenvolvimento em termos de publicações em ciência dos materiais (4º lugar na lista mundial), matemática (5º lugar), química (7º lugar), física (7º lugar), engenharia (7º lugar), ciência da computação (8º lugar), farmacologia e toxicologia (10º lugar), ciência espacial (12º lugar), geociências (10º lugar), biologia e bioquímica (15º lugar) e psiquiatria/psicologia (20º lugar). O Brasil conquistou a primeira colocação entre os países em desenvolvimento em neurociência e comportamento (13º lugar na lista mundial), biologia molecular e genética (16º lugar) e imunologia (17º lugar).

Referindo-se especificamente às publicações na área médica, a importância dos países desenvolvidos é preponderante, respondendo estes por 92,3% das publicações mundiais e por 96,1% das citações. (GUPTA; DAWHAN; GUPTA, 2007,

p. 12) No Gráfico “Distribuição das publicações indexadas no SCI (*Science Citation Index*) por campo da ciência, 2000” (abaixo) pode-se constatar que, à semelhança dos países desenvolvidos, o maior número de publicações indexadas dos países em desenvolvimento (Brasil incluído) é na área médica (adaptado de UNESCO, 2005, p.4).



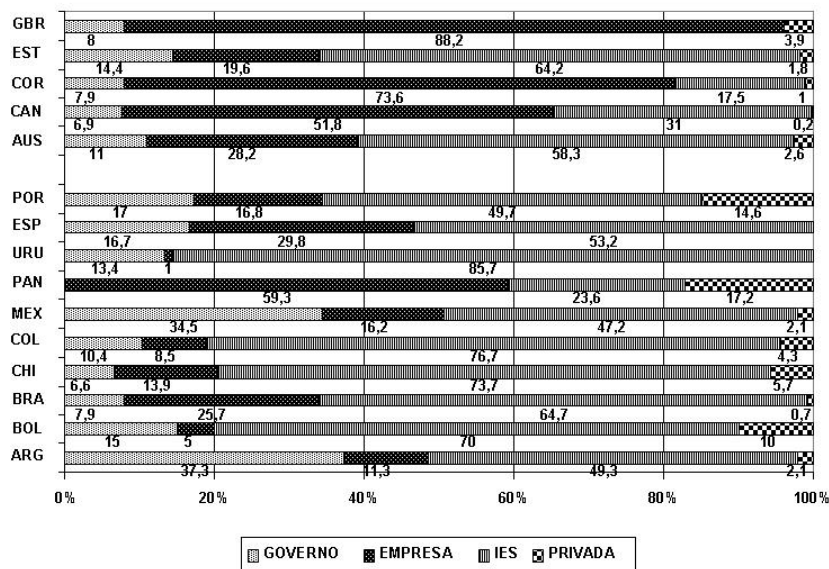
Landi (2005, p. 5-14) analisando a produção científica das universidades do Estado de São Paulo indexadas na base SCIE (*Science Citation Index Expanded*), por área de conhecimento, também corroborou a observação da UNESCO. As publicações na área médica da USP – Universidade de São Paulo representaram 32%, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 25%, UNESP – Universidade Estadual Paulista, 25%, e UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 53%.

Dados obtidos no site da CRES 2008²⁷ (Conferência Regional de Educação Superior) evidenciam que, no Brasil, as Instituições de Ensino Superior (IES)

²⁷ Disponível em: <<http://www.cres2008.org/pt/index.php>>. Acesso em 18 dez. 2008.

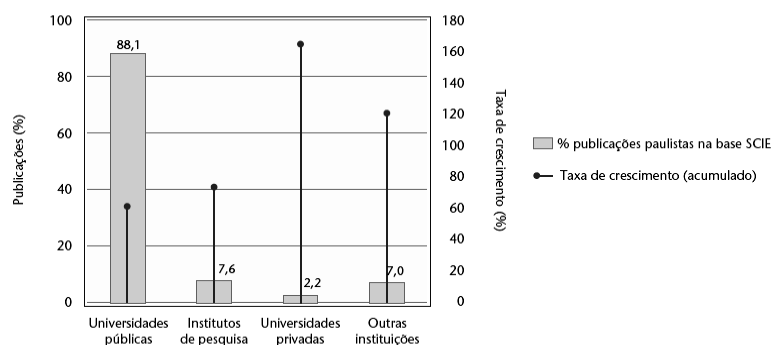
concentram o maior número de investigadores e representam o setor de maior produção científica.

Investigadores por Setor de Emprego, 2000-2005



Em publicação recente coordenada por Landi (2005, p. 5-20) e intitulada “Indicadores de Ciência, Tecnologia e Inovação em São Paulo 2004”, a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) demonstrou que as Universidades Públicas são responsáveis por 88,1% das publicações do Estado (figura seguinte):

Participação porcentual das instituições de ensino superior e de pesquisa paulistas no total das publicações do Estado indexadas na base SCIE e taxa de crescimento – 1998-2002 (acumulado)



A versão do “Ranking Acadêmico das Universidades Mundiais”²⁸, publicada em Agosto de 2008, pela Universidade Shanghai Jiao Tong, estabeleceu a classificação das 500 melhores universidades do mundo. Este “ranqueamento” foi feito levando em conta vários indicadores de desempenho acadêmico e em pesquisa, incluindo alunos e docentes ganhadores do Prêmio Nobel, pesquisadores mais citados, artigos publicados em periódicos de elevado impacto científico, número de artigos indexados nos principais índices de citação e o desempenho acadêmico individual da universidade.

As instituições situadas na mesma faixa de classificação são listadas alfabeticamente. Dentre as universidades brasileiras, ocupando posição 151-151, a liderança pertence à Universidade de São Paulo, seguida pela Universidade Estadual de Campinas (201-302). Na mesma faixa classificatória (303-401), as Universidades Federais de Minas Gerais e do Rio de Janeiro. A Universidade Estadual Paulista e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul fecham a lista, na faixa de classificação 402-503. Nenhuma universidade privada integra este “ranqueamento”.

O Brasil foi o país que teve o maior aumento no número de artigos publicados entre 2007 e 2008, subindo de 15º para 13º no ranking mantendo, porém, a preponderância das publicações provenientes das instituições públicas. Pesquisa²⁹ feita pelo Instituto Lobo para o Desenvolvimento da Educação, da Ciência e da Tecnologia, incluindo apenas as instituições com um número mínimo de 50 trabalhos indexados e acumulados entre 2001 e 2005, mostrou que enquanto a Universidade de São Paulo, instituição líder em pesquisas, publicou 17.945 trabalhos, “a primeira instituição privada a aparecer no *ranking* de produtividade é a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, em 19ª colocação, com 1.035 trabalhos publicados.”

Apesar da atração comercial proporcionada pelo “ranqueamento” das escolas médicas, nenhuma classificação ou sistema estatístico pode extrair a complexidade e diversidade do produto de pesquisas destas instituições. As escolas médicas podem ser extremamente competentes em algumas categorias bibliométricas e

²⁸ Disponível em: <<http://www.arwu.org/rank2008/en2008.htm>>. Acesso em 18 dez. 2008.

²⁹ Disponível em: <<http://www.universia.com.br/materia/materia.jsp?id=15393>>. Acesso em 18 dez. 2008.

fracas em outras. Assim, os pesquisadores devem ter a compreensão das nuances que cercam cada indicador estatístico. Ou, como conclui Hendrix (2008, p. 332):

Avaliações estatísticas globais bem como individuais para cada escola, departamento e pesquisador podem proporcionar aos administradores das escolas médicas, corpo docente e editores médicos, uma estimativa da produtividade de pesquisa de suas faculdades e influenciar ou estabelecer pontos de comparação que podem ser utilizados em avaliações comparativas. Entretanto, avaliações quantitativas não deveriam ser utilizadas isoladamente. A intenção, subjetividade e a opinião profissional devem ser partes vitais do processo de análise.

Em decorrência das limitações impostas pelo paradigma “flexneriano” e das mudanças sociais e econômicas que ocorreram na segunda metade do século passado, surgiram novas propostas visando à transformação do ensino médico. Pretendia-se alcançar um equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social. Nos anos 80, a Associação Americana das Universidades Médicas defendia o ensino baseado na resolução de problemas e a fusão das ciências básicas com as clínicas. Por esta altura, vários documentos são produzidos, com destaque para a Declaração de Edimburgo (1988), em cujas recomendações ainda hoje se baseiam as reformas do ensino médico e respectivas metodologias pedagógicas, segundo Santana; Almeida (1994, p. 21), modificado com adendos de Mota (2008, p. 6-7):

Os educadores médicos em 1988, após intensos debates, propuseram as 12 reformas da Declaração de Edimburgo:

- Ampliação dos ambientes educacionais relevantes
- Currículos baseados nas necessidades de saúde da comunidade
- Buscar métodos ativos e duradouros de ensino
- Aprendizagem com base na competência e não memorização
- Formar médicos treinados para serem educadores
- Integração da ciência com a prática clínica
- Seleção de alunos não apenas por seus atributos intelectuais
- Integração da ciência com a prática clínica
- Prevenir a doença e promover a saúde
- Coordenação da educação médica com os cuidados de saúde
- Equilibrar o número de médicos com outros profissionais de saúde
- Proporcionar formação multiprofissional e trabalho em equipe
- Promover um plano para a educação médica continuada

Lampert (2003) resume no quadro abaixo, os contrastes existentes entre o modelo “flexneriano” (tradicional) e os modelos de integralidade (inovadores/avançados):

Características que devem predominar no currículo de graduação da escola de medicina no paradigma da integralidade (inovador/avançado) que ao contrapor complementa o paradigma “flexneriano” (tradicional) em cinco eixos de relevância em educação médica.

Enfoque Teórico	
INOVADOR / AVANÇADO	TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Voltado para causas biomédicas, sociais e ambientais na determinação da saúde, abordando o conhecimento de forma integrada com metodologia interativa, enfatiza a promoção, a preservação e a recuperação da saúde, tendo a doença como um desvio, uma intercorrência na saúde que deve ser evitada e, quando diagnosticada, ser tratada em qualquer estágio evolutivo que se encontre; • Explícita a tecnologia complexa e de alto custo quando usada, com análise crítica da repercussão na assistência (custo/benefício); • Produz conhecimentos nas áreas biomédicas, de condições de saúde, dos aspectos sócio-econômicos, do campo de atenção básica e de gestão do Sistema de Saúde visando informações para a melhoria da prática em saúde; • Contempla os cursos de pós-graduação em campos gerais e especializados na seqüência da graduação relacionados com as necessidades de atendimento a saúde da população e proporciona educação permanente relacionada a doenças prevalentes em interação com os profissionais dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voltado para causas biomédica na determinação da doença, tratando do diagnóstico e tratamento, enfocando a doença presente o conhecimento fragmentado em disciplinas / especialidades; • Enfatiza a alta tecnologia na área clínica e cirúrgica quando indicada sem análise crítica do custo/benefício; • Produz conhecimentos na área demográfica e epidemiológica com ênfase nas ações biomédicas diagnósticas e curativas; • Contempla cursos de pós-graduação em campos especializados com total autonomia sem compromisso com a educação permanente.
Abordagem Pedagógica	
INOVADOR / AVANÇADO	TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura curricular com atividades integradas em disciplinas ou em módulos; • O processo ensino-aprendizagem centrado no aluno com papel ativo na construção do próprio conhecimento, tendo o professor papel de facilitador em atividades mais interativas com pequenos grupos de alunos; • Avalia desempenho na prática clínica e social de conhecimentos, habilidades atitudes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura curricular fracionada em ciclo básico e profissionalizante e disciplinas fragmentadas; • O processo de ensino-aprendizagem centrado no professor em aulas expositivas e demonstrativas com grande grupo de alunos; • Avalia memorização e raciocínio clínico em prova escrita e habilidades selecionadas.
Cenário da Prática	
INOVADOR / AVANÇADO	TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Prática na rede do sistema de saúde em graus crescentes de complexidade voltada para as necessidades de saúde prevalentes dentro de uma visão intersetorial com enfoque na saúde; 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática no hospital secundário e terciário com enfoque fortemente voltado para as doenças graves;

- Aluno com oportunidade de prática ampla de complexidade crescente e supervisionada por docente;
- Atividades práticas cobrindo vários programas e serviços de forma integral (adulto, materno-infantil, medicina do trabalho, urgências, etc.).
- Aluno observador da prática com oportunidade a atividades selecionadas;
- Atividades práticas quando oportunizadas ao aluno se restringe ao âmbito das especialidades – visão segmentada do paciente.

Capacitação Docente	
INOVADOR / AVANÇADO	TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Formação pedagógica é exigida com acompanhamento e avaliação dispendo de núcleo de apoio didático-pedagógico; • Exige atualização e aprimoramento técnico-científico com incorporação crítica de novos conhecimentos e tecnologia; • Docentes comprometidos com o sistema público de saúde, analisando criticamente os modelos de prática e desenvolvendo processo formativo ligado as necessidades regional e local em saúde, participando da formulação e avaliação das políticas e planejamento dos serviços e funcionamento do sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> • A capacitação didático-pedagógica não é exigida, considera estar implícita no concurso de admissão à docência e na titulação de mestrado; • A atualização técnico-científica e a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias são a principal exigência sem análise crítica; • Docentes não participam e não se envolvem com a rede de serviços e a assistência em saúde, seja na avaliação e formulação das políticas, seja no planejamento e prestação dos serviços para atender as necessidades de saúde da população.

Mercado de Trabalho e Serviços de Saúde	
INOVADOR / AVANÇADO	TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Mostra aspectos da dinâmica do mercado de trabalho médico orientado pela reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos na prestação de serviços de saúde e suas implicações éticas; • Para elaborar a programação didática considera primordialmente a carência de profissionais médicos relacionada ao atendimento das reais necessidades de saúde e as oportunidades de emprego; • Aborda a relação institucional mediadora, seguros de saúde e similares, entre prestadores e usuários dos serviços de saúde com análise crítica e orientação de aspectos éticos e humanísticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • O mercado de trabalho é referido apenas pelo tradicional consultório, onde o médico domina os instrumentos diagnósticos e os encaminhamentos, e cobra seus honorários sem intervenção de terceiros; • Para a programação didática não considera as oportunidades de emprego nem a carência de profissionais para atender as necessidades de saúde; • Não aborda aspectos do mercado de trabalho médico relacionado à compra e venda de serviços intermediada por seguros de saúde e similar.

Sendo inegável a importância do professor, deve-se começar a desenvolver ao máximo suas aptidões para o ensino. É fundamental que ele possua o conhecimento completo do assunto, mas isso não é suficiente. O ensino é uma arte e uma ciência. Os professores podem variar no emprego e tipos de técnicas que utilizam, mas existem certos princípios básicos de ensino e aprendizagem que são utilizados, consciente ou inconscientemente, por todos os bons mestres. Alguns “nascem” professores e realizam naturalmente um trabalho admirável sem nada conhecer sobre os princípios educacionais. Para estes, a ênfase na aplicação destes princípios pouco acrescentará. Para a grande maioria, entretanto, o estudo destes

postulados será mais recompensador. Os princípios do ensino e aprendizagem foram desenvolvidos após décadas de numerosas e detalhadas pesquisas científicas. Como bons cientistas e médicos, deveríamos utilizá-las e modificá-las com base em nossa própria experiência.

Os professores com maiores experiências tendem a afetar positivamente a acumulação do capital humano dos estudantes. Não resta dúvida de que, como declarou um funcionário do governo sul-coreano, "a qualidade de um sistema educacional não pode superar a qualidade de seus professores". O aprimoramento docente deve, portanto, preceder qualquer tentativa de avaliação de sua prática. De Miguel (2003, p. 24) afirma que:

Ainda que, em sentido estrito, cada professor seja responsável por sua qualificação profissional, não é menos certo que a teoria e prática do desempenho de sua função docente, estão condicionadas por suas qualidades e experiências pessoais e, sobretudo, pela formação que recebeu para este fim. Parece lógico, portanto, que vinculemos a formação aos aspectos e tarefas suscetíveis de melhoria, detectadas através da avaliação já que, do contrário, estaremos exigindo do professor um nível de desempenho de determinadas funções e tarefas para as quais não lhe facilitamos a formação necessária.

As universidades, de forma geral, não têm qualquer exigência legal para que estes professores tenham o mínimo de formação pedagógica para assumir uma sala de aula. Sem orientação específica, muitos docentes se baseiam no modelo de professor que eles próprios tiveram e que, quase inevitavelmente, se tornou obsoleto. Daí, a importância do investimento em sua formação.

A preocupação em dotar o docente com valores como altruísmo, honra e integridade, preocupação, compaixão, respeito, responsabilidade, comprometimento em prestar contas, excelência, erudição e liderança deve, como consequência do aprimoramento, resultar no surgimento de uma nova alternativa aos docentes pesquisadores: os "educadores clínicos", que são professores que desempenham funções clínicas e docentes destacadas, mas para os quais a investigação pode ser menos importante. Carreras (2001, p. 176), professor de fisiologia da Universidade de Barcelona, após realizar revisão sobre a avaliação da qualidade docente e promoção do professorado, nas diferentes escolas de medicina do mundo, cita:

Em 1986, das 126 faculdades de medicina nos Estados Unidos, 61 haviam adotado esta alternativa e 15 consideravam utilizá-la; entre as faculdades que haviam adotado está a Escola de Medicina Johns Hopkins. Em outros países como no Reino Unido e Escandinávia, também se viram às voltas com a necessidade de desenvolver sistemas que ampliaram o prestígio do ensino e que premiava a qualidade do mesmo, e não somente a capacidade investigativa. Com relação à América Latina, há escassa informação publicada sobre o tema.

Assim, Carreras considera não ser necessário que todos os docentes de um departamento realizem e cumpram todas as funções (docência, investigação e assistência), mas sim que o departamento, em seu conjunto, deve reunir a tripla excelência e que cada professor se dedique às tarefas para as quais esteja mais bem dotado e motivado. (CARRERAS, 2001)

De acordo com Harden e Crosby, citados por Carreras (2001), para obtenção desta qualidade docente, devem ser avaliadas previamente as seis funções e 12 tarefas que os professores nas faculdades de medicina devem realizar (Quadro abaixo):

Funções e tarefas a serem desenvolvidas pelos docentes

FUNÇÕES	TAREFAS
Prover informação	1. Aulas teóricas 2. Prática clínica
Modelo de comportamento	3. Atitudes 4. Habilidades 5. Conhecimento
• Facilitador	6. Habilidade de comunicação 7. Conselheiro, treinador, instrutor e preparador
• Avaliador	8. Desenvolvimento de provas 9. Estabelecimento de sistemas de avaliação
• Planejador	10. Contribuir com o planejamento geral
Elaboração de material docente	11. Manejo de novas tecnologias, selecioná-las, adaptá-las 12. Produzir material docente

O perfil de competências estabelecido revela alto grau de exigências para os professores de medicina. Se a função primária destes profissionais é guiar o estudante no desenvolvimento de sua formação como médico e sugerir maneiras oportunas para garantir a qualidade, é evidente que deve ser um profissional altamente qualificado e com convicção que permita julgar o nível de sua preparação,

criatividade, interesse na docência, habilidade para conduzir os estudantes e conhecimento acerca dos aspectos administrativos da instituição associada à docência. Este perfil é requisito fundamental e um dos principais determinantes no caminho da excelência acadêmica, visto que a formação ao lado dos professores portadores destas características propicia que os alunos tenham maior chance de êxito em seu futuro exercício profissional. (MARTÍNEZ-GONZALEZ et al, 2008)

Os autores Boclin (2004) e Munõz Cantero; Rios de Deus; Abalde (2002) apontam diferentes critérios para avaliação do desempenho docente, uma vez que a avaliação deve adaptar-se às características contextuais e pessoais que incidem sobre a forma com que cada professor exerce sua função docente. Os critérios devem, então, ser levantados de forma personalizada e, preferencialmente, por todos os envolvidos – atores e agentes – no processo de avaliação, quais sejam: alunos, o próprio profissional, seus pares e a direção da entidade, valorizando-se todas as tarefas que o professorado realiza em seu trabalho, notadamente centrado no tripé: docência, profissionalismo e serviços à comunidade.

Moreno (2008), em boa síntese, exemplifica os quatro enfoques ou modelos mais utilizados atualmente para avaliação do desempenho docente: o modelo através da opinião dos alunos, a avaliação através de pares, autoavaliação e avaliação através de portfólio. Cada uma destas práticas carrega em seu bojo vantagens e desvantagens. Redmon (1999) cita que outra abordagem com boa aceitação é a desenvolvimentista. Nesta, os professores criam um portfólio de ensino, contendo documentos e materiais indicativos da extensão e qualidade de seu desempenho, tais como planos de aula, trabalhos de alunos com exemplo de correções, anotações de casos e observações; um dossiê, contendo, por exemplo, informações sobre cursos feitos; e uma auto-avaliação descrevendo pontos fortes e realizações. De modo a evitar excessos, é necessário limitar a extensão do portfólio e indicar os materiais a serem coletados.

Um dos erros mais comuns da maioria das estratégias avaliativas utilizadas tem sido a aplicação do mesmo modelo e procedimentos para todos os docentes, sem levar em consideração suas condições pessoais e profissionais. As motivações e os âmbitos de trabalho e desenvolvimento são diversos em função das características de cada professor, como por exemplo, idade, condições sócio-laborais, etc.. As expectativas e possibilidade de aprimoramento de um professor auxiliar que inicia seu exercício profissional são completamente diferentes do que se

pode esperar de um sistema de avaliação de um docente com anos de experiência. Para ele, ainda que o marco de referência possa ser o mesmo, tanto os elementos a valorar e sua ponderação, como os procedimentos a utilizar para a avaliação de um e de outro, não podem ser os mesmos, uma vez que as situações e modo de desenvolvimento se alteram segundo as distintas etapas da carreira profissional de um professor. (DE MIGUEL, 2003)

Todos os sistemas de avaliação exigem a utilização de procedimentos para coletar informações. Até o momento, as práticas avaliativas docentes utilizadas na maioria de nossas instituições tem sido reducionistas, limitando-se principalmente a recolher a opinião do corpo discente sobre a atuação do professor em sala de aula, geralmente através do emprego de questionários. Logicamente, nem todas as tarefas do professor se limitam à sua atividade em aulas, assim como nem todas as fontes de informação sobre o mesmo podem se reduzir a uma simples enquete. Justamente devido à variedade das atividades e funções e do grande número de envolvidos em cada uma delas, é que não é suficiente a utilização de um único procedimento para coletar informações. Ao contrário, a qualidade de uma estratégia avaliativa depende da variedade e adequação das fontes, agentes, procedimentos e instrumentos utilizados.

Redmon (1999), assinala:

O portfólio do professor, combinado com programas de aperfeiçoamento profissional, em muitas faculdades comunitárias, tem sido recentemente enaltecido como importante alternativa para os modelos tradicionais de avaliação docente. Isto é, ao invés de utilizar a abordagem protocolar ou apenas uma única forma de avaliação (estudante, pares, administração ou autoavaliação), o melhor substituto seria o portfólio do professor acoplado a um programa de aprimoramento do corpo docente da faculdade (Wolwerton, 1996; Defina, 1996; Licata & Andrews, 1992; Rifkin, 1995; Seldin et al., 1993).

Em resumo, todo processo de avaliação implica em uma série de consequências que afetam toda comunidade universitária. Poder-se-ia citar:

- Melhorias derivadas da própria avaliação, provenientes do exercício reflexivo implicado no processo avaliativo, e das recomendações derivadas dele.

- Consequências extraídas das decisões tomadas com base na avaliação da qualidade dos resultados e que afetam a continuidade de um programa, bem como as condições em que o mesmo ocorrerá (por exemplo, através do aumento ou diminuição dos recursos alocados).

Em definitivo, os resultados da avaliação deveriam materializar-se em melhorias que afetem todos os elementos da comunidade (instituição, departamentos, docentes e estudantes). Entre as consequências para os professores, de forma mais individualizada, poderíamos constar a motivação, aprimoramento no grau de profissionalização e satisfação com o papel docente.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde sua origem há aproximadamente dez séculos, a Universidade vem sendo reconstruída em função das transformações da sociedade que a constituiu. Essas mudanças se refletem diretamente sobre as práticas diárias de seus elementos formadores, os docentes. A cada processo transformador, novas atitudes e práticas são incorporadas à sua área de conhecimento específico, impondo-lhe a necessidade de absorvê-las, processá-las e transmiti-las. O processo de contínua transformação da Universidade impõe a seus docentes, portanto, a necessidade de mudanças adaptativas.

Poder-se-ia dizer, então, que o docente universitário seria um indivíduo com qualidades superiores, pois estaria sempre em processo de transformação e, conseqüentemente, de readaptação de suas práticas. Efetivamente, esse fato pode ter ocorrido durante muitos séculos inicialmente, quando as mudanças sociais eram mais vagarosas. Essa situação se altera no final do século XIX, quando as grandes descobertas no campo da fisiologia, bacteriologia e patologia, começam a provocar transformações profundas na prática médica.

Estes avanços dão início à substituição da Medicina de prática empírica, por uma atividade baseada em evidências científicas. Começa a haver a necessidade de um profissional com formação mais sólida. Com a comprovação da precariedade desta formação, através da publicação de seu Relatório em 1910, Flexner revoluciona todo o processo de ensino médico nos Estados Unidos da América, no princípio do século XX.

As novas gerações de médicos seriam treinadas dentro de um Hospital de Ensino, com todo o rigor científico e com sólido embasamento na pesquisa. Esta metodologia não só determinou a diminuição no aparelho formador americano, como se difundiu rapidamente em todo o mundo, determinando o processo de formação dos futuros médicos e futuros professores. Pode-se supor a grande resistência inicial que esta nova prática tenha provocado, entretanto, a comunidade docente médica não poderia continuar defendendo o antigo processo de formação, em decorrência da precariedade do produto final. Teve necessidade de novamente se adaptar.

O “padrão” flexneriano de formação médica produz várias gerações de profissionais, até que seus principais problemas começassem a ficar incomodamente evidentes. A ênfase no modelo biologista, mecanicista e hospitalocêntrico, reduziu grandemente o espaço para as dimensões sociais, psicológicas e econômicas da saúde, o que poderia permitir que as escolas médicas cumprissem melhor sua missão de atingir as necessidades de saúde da população.

Nos últimos trinta anos, os movimentos mundiais no sentido de tornar a Medicina, e conseqüentemente a saúde, acessível a todos, induzem a necessidade de profundos ajustes na formação médica. Esta transformação é, porém, absolutamente diversa à prática corrente e, com o caráter agravante, de estar ocorrendo em linhas gerais, no corpo de uma mesma geração de docentes. Estes se encontram completamente despreparados para esta transformação ditada por um movimento social e não exatamente por uma necessidade ou imposição interna.

Sem preparo pedagógico adequado para o exercício das novas práticas que confrontam suas habilidades adquiridas em anos de exercício especializado, o docente adota uma das duas reações mais naturais que um indivíduo acuado pode assumir: a luta contra o modelo ou a resignação. Em ambas, perdem todos: o próprio professor, a instituição e o corpo discente.

O paradoxo se agrava quando o docente constata que seu trabalho está sendo avaliado por critérios quantitativos, como sempre o foi. Entretanto, o novo paradigma educacional não privilegia a pesquisa de forma preponderante. A subordinação do desempenho docente a partir dos indicadores de produtividade, como número de publicações, número de alunos por docente, por exemplo, poderia se constituir em um fator transformador da Universidade, que deixaria de ser uma instituição social, para se tornar uma organização, mais subordinada a interesses multilaterais.

Estes fatos devem se constituir em objeto de reflexão por parte do corpo docente da instituição, capitaneado por seu corpo diretivo e considerando as prioridades dos diferentes setores da sociedade. Nesse momento, os rumos para a política de ensino, pesquisa, extensão e avaliação de desempenho serão construídos coletivamente. Sociedades novas e desiguais como a nossa, precisam construir as regras do jogo democrático e estas precisam fazer parte da cultura das instituições.

Em conclusão, as mudanças dos paradigmas envolvidos na formação do médico implicam em novos elementos avaliativos da docência nos cursos de Medicina, coletivamente criados. Estes novos elementos podem ser sintetizados nas seguintes recomendações: que seja periódica; que contemple aspectos quantitativos e qualitativos; que inclua uma pesquisa docente; que inclua uma avaliação periódica realizada pelos pares docentes; que inclua uma autoavaliação; que gere informações provenientes do departamento e, finalmente, que contemple a mensuração dos resultados através de indicadores. Neste processo avaliativo, devem participar: o próprio docente, os estudantes (atuais e ex-alunos), outros professores respeitando-se a área de atuação e, também, os dirigentes da instituição.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSON, Stephen. Time to return medical schools to their primary purpose: education. **Academic Medicine**, v. 71, n. 4, p. 343-347, Apr. 1996.

AFONSO, Almerindo Janela. **Avaliação educacional: regulação e emancipação: para uma sociologia das políticas avaliativas contemporâneas**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2000, 151 p.

AMARAL, Jorge Luiz do. **CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas (Uma experiência brasileira nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS)**. 2002. 113 p. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cinaem/capa.htm>. Acesso em: 18 dez. 2008.

ANTOLÍ, Vicente Benedito. [La docencia en la Universidad: cualidades, formación y evaluación del profesor universitario](#). **Reis: Revista española de investigaciones sociológicas**, v. 24, p. 143-162, 1983.

ARAPIRACA, José Oliveira. **A Usaid e a educação brasileira: um estudo a partir de uma abordagem crítica da teoria do capital humano**. São Paulo: Cortez, 1982. 109 p.

BAKER, Samuel L. Physician Licensure Laws in the United States, 1865-1915. **J Hist Med Allied Sci**, v. 39, n. 2, p. 173-197, 1984.

BARRETO, Arnaldo Lyrio; FILGUEIRAS, Carlos A. L.. Origens da Universidade Brasileira. **Quim. Nova**, v. 30, n. 7, p. 1780-1790, set. 2007.

BATISTA, Nildo Alves; SILVA, Sylvia Helena Souza. **O professor de Medicina: Conhecimento, experiência e formação**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001. 181 p.

BAUM, Karyn D; AXTELL, Sara. Trends in North American medical education. **Keio J Med**, v. 54, n. 1, p. 22-28, Mar. 2005.

BECK, Andrew H. The Flexner Report and the standardization of american medical education. **JAMA**, v. 291, n. 17, p. 2139-2140, May. 2004.

BERLINER, Howard S. A larger perspective on the Flexner report. **Int J Health Serv**, v. 5, n. 4, p. 573-592, Fall 1975.

BERTOLIN, Júlio C. G. A transformação do SINAES: da proposta emancipatória à Lei híbrida. **Avaliação**, v. 9, n. 4, p. 67-76, dez. 2004.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução de Padre Antonio Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1987. Edição ecumênica.

BILLINGS, John S. Ideals of medical education. **Science**, v. 18, n. 439, p. 1-4, Jul. 1891.

BOCLIN, Roberto. Avaliação de docentes do ensino superior: um estudo de caso. **Ensaio: Avaliação das Políticas Públicas em Educação**, v.12, n. 45, p. 959-980, out.-dez. 2004.

BOELEN, Charles. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 7, p. 592-593, 2002.

BUARQUE, Cristovam. **A Universidade numa encruzilhada**. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailheObraDownload.do?select_action=&co_obra=14599&co_midia=2>. Acesso em: 18 dez. 2008.

BUENO, Ronaldo da Rocha Loures; PIERUCCINI, Maria Cristina. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil**: relatório de um cenário sombrio. 2. Ed. mar. 2005. Disponível em: <http://www.amb.org.br/Word/Escolas_de_Medicina.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2008.

CARNEIRO, Mauro Brandão; GOUVEIA, Valdiney Veloso. **O médico e o seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004. 234 p.

CARRERAS, Josep. Evaluación de la calidad docente y promoción del profesorado: (II) sistemas y procedimientos utilizados en las facultades de medicina. **Educ. Méd.**, v. 4, n. 4, p. 169-186, 2001.

CHARLE, Christophe; VERGER, Jacques. **História das Universidades**. Tradução Elcio Fernandes. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. 133 p.

CHAUI, Marilena. A Universidade pública sob nova perspectiva. **Rev Bras Educ**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 5-15, set./dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-247820030003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2008.

COMENIUS, Iohannis Amos. **Didactica Magna** (1621-1657). Versão para e-book. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/didaticamagna.html>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

COOPER, Richard A. Medical schools and their applicants: an analysis. **Health Affairs**, v. 22, n. 4, p. 71-84, July-Aug. 2003.

CUNHA, Luiz Antônio. O ensino superior no octênio de FHC. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 24, n. 82, p. 37-61, abr. 2003. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>> Acesso em: 18 dez. 2008.

_____. **A universidade reformanda: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior**. 2. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2007a. 302 p.

_____. **A universidade temporã: o ensino superior, da Colônia à Era Vargas**. 3. ed. [revista] São Paulo: UNESP, 2007b. 308 p.

DE MIGUEL, Mario. Evaluación y mejora de la actividad docente del profesorado universitario. **Educ. Méd.**, v. 6, n. 3, p. 22-25, jul.-sep. 2003.

DIAS SOBRINHO, José. **Universidade e avaliação: entre a ética e o mercado**. Florianópolis, SC: Insular, 2002, 192 p.

_____. **Avaliação: Políticas educacionais e reformas da educação superior**. São Paulo: Cortez, 2003, 200 p.

DORNAN, Tim. Osler, Flexner, apprenticeship and "the new medical rducation". **J R Soc Med**, v. 98, n. 3, p. 91-95, Mar. 2005.

EBERT, Robert H. Flexner's Model and the Future of Medical Education. **Academic Medicine**, v. 67, n. 11, p. 737-742, Nov 1992.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. A Universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, PR, v. 28, p. 17-36, 2006.

FERRUOLO, Stephen C. **The origins of the university: the schools of Paris and their critics, 1100-1215.** Stanford: Stanford University, 1985. 380 p.

FINCHER, Cameron. **The influence of British and German universities on the historical development of american universities.** Athens/GA: Institute of Higher Education, Jul. 1996. 22 p. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/custom/portlets/recordDetails/detailmini.jsp?_nfpb=true&_ERICExtSearch_SearchValue_0=ED443301&ERICExtSearch_SearchType_0=no&accno=ED443301>. Acesso em: 18 dez. 2008.

FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada: from the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. **Bulletin Number Four**, New York: The Carnegie Foundation, 1910. Disponível em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf>. Acesso em 18 dez. 2008.

GHERSI, Carlos A Moros. Abraham Flexner, el maestro de escuelas preparatorias que revolucionó la educación médica: con motivo de los 93 años del reporte Flexner. **Med Interna**, v. 19, n. 4, p. 127-135, 2003.

GOERGEN, Pedro. Ética e educação: O que pode a escola? In: LOMBARDI, José Claudinei; GOERGEN, Pedro (Organizadores). **Ética e educação: reflexões filosóficas e históricas.** Campinas, SP: Autores Associados: Histedbr, 2005. p. 59-95.

GUPTA, Brij Mohan; DHAWAN, Satish M.; GUPTA, Ram Prakash. Indicators of S&T publications output: developed versus developing countries. **DESIDOC Bull. Inf. Technol.**, v. 27, n. 1, p. 5-16, Jan. 2007.

HAMOWY, Ronald. The early development of medical licensing laws in the United States, 1875-1900. **J Libertarian Studies**, v. 3, p. 73-119, 1979.

HASHWAY, Robert M. **Assessment and evaluation of developmental learning: qualitative individual assessment and evaluation models.** Westport, CT: Praeger Publishers, 1998. 334 p.

HASKINS, Charles Homer. **The rise of universities.** New York: Henry Holt and Company, 1923. 136 p.

HENDRIX, Dean. An analysis of bibliometric indicators, National Institutes of Health funding, and faculty size at Association of American Medical Colleges medical schools, 1997–2007. **J Med Libr Assoc**, v. 4, n. 96, p. 324-334, Oct. 2008.

HIATT, Mark D. Around the continent in 180 days: the controversial journey of Abraham Flexner. **Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc**, v. 62, n. 1, p. 18-24, Winter 1999.

_____; STOCKTON, Christopher G. The impact of the Flexner report on the fate of medical schools in North America after 1909. **Journal of American Physicians and Surgeons**, v. 8, n. 2, p. 37-40, Summer 2003.

HOGAN, R. Lance. The historical development of program evaluation: exploring the past and present. **Online Journal of Workforce Education and Development**, v. II, n. 4, p. 1-14, Fall 2007.

HUDSON, Robert P. Abraham Flexner in historical perspective. In: BARZANSKY, Barbara; GEVITZ, Norman (Org.). **Beyond Flexner: medical education in the Twentieth century**. New York, NY: Greenwood Press, 1992. p. 1-18.

KARCHER, Helmut. German medical schools face serious reforms. **BMJ**, v. 311, n. 7012, p. 1042, Oct. 1998.

KAUFMAN, Alan S.; LICHTENBERGER, Elizabeth O. **Assessing adolescent and adult intelligence**. 3. ed. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 2005. 796 p.

KING, David A. The scientific impact of nations: what different countries get for their research spending. **Nature**, v. 430, p. 311-316, July 2004.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, 2002. 147 p.

_____. **Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado**. Jul.-Ago.-Set.-Out. 2003. Disponível em: < http://www.abem-educmed.org.br/publicacoes/cadernos_abem/pdf/jadete_final.pdf >. Acesso em: 18 dez. 2008.

LANDI, Francisco Romeu. **Indicadores de ciência, tecnologia e inovação em São Paulo 2004**. São Paulo: FAPESP, 2005. 2 v. Disponível em:

<<http://www.fapesp.br/materia/2060/indicadores/indicadores-2004.htm>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002. 256 p.

LUDMERER, Kenneth M. **Time to heal**: american medical education from the turn of the Century to the managed care era. New York, NY: Oxford University Press, 1999. 516 p.

_____. Time and medical education. **Ann Intern Med**, v. 132, p. 25-28, Jan. 2000.

MACHADO, Maria Helena et al. **Perfil dos Médicos no Brasil**. Relatório Final (Médicos em Números). Vol. I. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: Fiocruz / CFM/MS-PNUD, 1996.

MADAUS, George F.; STUFFLEBEAM, Daniel L. Educational evaluation and accountability: A review of quality assurance efforts. **The American**, v. 27, n. 5, p. 649-673, 1984.

_____; STUFFLEBEAM, Daniel L. Program Evaluation: A Historical Overview. In: STUFFLEBEAM, Daniel L., MADAUS, George F., KELLAGHAN, Thomas. (Org.). **Evaluation models**: viewpoints on educational and human services evaluation. 2 ed. Boston: Kluwer Academic Publishers, 2000. v. 49, 520 p.

_____; RADZEK, Anastasia E.; CLARKE, Marguerite M. The historical and policy foundations of the assessment movement. In: GOODWIN, Anne Lin (Org.). **Assessment for equity and inclusion**: embracing all our children. *Transforming teaching series*. New York/NY: Routledge, 1997. 335 p.

_____; O'DWYER, Laura M. Short history of performance assessment: lessons learned. **Phi Delta Kappan**, v. 80, n. 9, p. 688, 1999.

MARANHÃO, Éfrem de Aguiar et al. Medicina. In: HADDAD, Ana Estela et al (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na Saúde 1991-2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 15 v.: il. Tab. Disponível em: <<http://www.publicacoes.inep.gov.br/detalhes.asp?pub=4024#>>. Acesso em 18: dez. 2008.

MARBACK NETO, Guilherme. **Avaliação**: instrumento de gestão universitária. Vila Velha, ES: Hoper, 2007. 264 p.

MARSH, Herbert W, HATTIE, John. The relation between research productivity and teaching effectiveness: complementary, antagonistic, or independent constructs? **Journal of Higher Education**, v. 73, n. 5, p. 603-641, Sep.-Oct. 2002. Disponível em: <<http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=5000825686>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Adrián et al. Modelo de competencias del profesor de medicina. **Educ. Méd.**, v. 11, n. 3, p. 157-167, 2008.

MASETTO, Marcos Tarciso. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente. In: _____. (Org.) **Docência na Universidade**. 9. ed. Campinas, SP: Papirus, 2008. p. 9-26.

MEITES, Samuel. Abraham Flexner's legacy: a magnificent education and clinical chemistry. **Clin Chem**, v. 41, n. 4, 627-632, Apr. 1995.

MILLER, Lynn E; WEISS, Richard M. Medical education reform efforts and failures of U.S. Medical Schools. **J Hist Med Allied Sci**, v. 63, n. 3, p. 348-387, Feb. 2008.

MORENO, José Alfonso Jiménez. Cuatro modelos de evaluación docente. **Revista Electrónica Psicología Científica.com**. Trabajo publicado el 23 de abril de 2008. Disponível em: <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-350-1-cuatro-modelos-de-evaluacion-docente.html>>. Acesso em: 18 jan. 2008.

MOTA, Fernando Luís da Cruz Fernandes. **Relatório pedagógico**: disciplina de ginecologia. Coimbra, 2008. Disponível em: <<http://estudogeral.sib.uc.pt:8080/dspace/bitstream/10316/9898/1/Relat%C3%B3rio%20Pedag%C3%B3gico.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

MUÑOZ CANTERO, Jesús Miguel; RÍOS DE DEUS, Maria Paula; ABALDE, Eduardo. Evaluación docente vs. evaluación de la calidad. **Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa (RELIEVE)**, v.8, n. 2, p. 103-134, 2002. Disponível em: <http://www.uv.es/RELIEVE/v8n2/RELIEVEv8n2_4.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2006.

OLIEN, Arabela Campos. Histórico da educação superior no Brasil. In: SOARES, Maria Susana Arrosa (Org.). **A educação superior no Brasil**. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2002. 304 p.

OLIVEIRA, André Lúcio Moura et al. O objeto da avaliação institucional na heteronômica política pública brasileira. In: BELLO, José Luiz de Paiva. **Pedagogia em Foco**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/avinst03.htm>>. Acesso em: 31 out. 2008.

OLIVEIRA, Terezinha. Origem e memória das universidades medievais: a preservação de uma instituição educacional. **VARIA HISTORIA**, v. 23, n. 37, p.113-129, jan./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/vh/v23n37/v23n37a07.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

PAPA, Frank J; HARASYM, Peter H. Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective. **Acad Med**, v. 74, p. 154-164, Feb. 1999.

PAULA, Maria de Fátima Costa de. USP e UFRJ: a influência das concepções alemã e francesa em suas fundações. **Tempo soc.** USP, S. Paulo, v. 14, n. 2, p. 147-161, out. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702002000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 dez. 2008.

PATIÑO, José Felix. Abraham Flexner y el flexnerismo: fundamento imperecedero de la educación médica moderna. **Medicina** (Bogotá), v. 20, p. 6-14, 1998. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/medicina/academedicina/flexner.htm>> Acesso em: 18 dez. 2008.

PINZÓN, Carlos Eduardo. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. **Acta Médica Colombiana**, v. 33, n. 1, p. 33-41, enero-marzo 2008.

RAE, Angus. Osler vindicated: the ghost of Flexner laid to rest. **CMAJ**, v. 164, n. 13, p. 1860-1861, June 2001.

RAMOS, José Manuel García. Valoración de la competencia docente del profesor universitario: una aproximación empírica. **Revista Complutense de Educación**, v. 8, n. 2, p. 81-108, 1997.

REDMON, Kent D. Eric review faculty evaluation: a response to competing values. **Community College Review**, Thousand Oaks, CA, v. 27, n. 1, p. 57-71, Summer 1999.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde: Dialética do Pensar e do Fazer**. São Paulo: Cortez, 1986. 160 p.

RIBEIRO, Ricardo Allagio. A teoria da modernização, a Aliança para o Progresso e as relações Brasil-Estados Unidos. **Perspectivas**, v. 30, p. 151-175, 2006.

ROCHA, Glória Walkyria de Fátima. **A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro: da Praia Vermelha à Ilha do Fundão: o(s) sentido(s) da(s) mudança(s)**. 2003. 263 f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi-bin/db2www/PRG_0651.D2W/SHOW?Mat=&Sys=&Nr=&Fun=&CdLinPrg=pt&Cont=4328:pt> Acesso em: 18 dez. 2008.

RODRIGUEZ, Carlos Arteaga; POLI NETO, Paulo; BEHRENS, Marilda Aparecida. Paradigmas educacionais e a formação médica. **Rev. Bras. Educ. Méd**, v. 28, n. 3, p. 234-241, set./dez. 2004.

ROSE, Asera. Another Flexner report? Pondering Flexner's role in reforming education. **American Association of Colleges for Teacher Education**. 2003. Disponível em: <http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/1b/5c/e3.pdf> Acesso em 18 dez. 2008.

ROSSATO, Ricardo. **Universidade: Nove Séculos de História**. 2. ed. Passo Fundo, RS: Universidade de Passo Fundo – Editora Universitária, 2005. 264 p.

RUGIU, Antonio Santoni. **Nostalgia do mestre artesão**. Tradutora Maria de Lourdes Menon. Campinas, SP: Autores Associados, 1998.

RUST, John; GOLOMBOK, Susan. **Modern psychometrics: the science of psychological assessment**. 2. ed. New York, NY: Routledge, 1999. 240 p.

RUTKOW, Ira M. Medical education in early 19th century america. **Arch Surg**, v. 134, p. 453, Apr. 1999.

SALLES, Pedro. **História da medicina no Brasil**. 2. ed. Belo Horizonte, MG: COOPMED, 2004. 220 p.

SAMPAIO, Helena. Trajetória e tendências recentes do setor privado de ensino superior no Brasil. **CIPEDES**, v. 9, n. 3, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ilea.ufrgs.br/cipedes/jun00/sampaio.html>>. Acessado em: 21 nov. 2008.

_____. **Evolução do ensino superior brasileiro, 1808-1990**. NUPES - Núcleo de Pesquisas sobre Ensino Superior da Universidade de São Paulo. Documento de Trabalho. 29 p. 1991.

SAMPAIO, Silvia de Almeida Prado; MAZZA, Teresa. A formação de médicos especialistas e a demanda por assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS no Estado de São Paulo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 104-119, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_08.pdf>. Acesso em 21 nov. 2008.

SÁNCHEZ, Aurélio Villa. La excelencia docente. **Revista de Educación**, número extraordinario, p. 177-212, 2008.

SANTANA, José Paranaguá, ALMEIDA, Márcio José de. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Brasília: OPAS, 1994. 67 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cgqem_completo1.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2008.

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo, SP: HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977. 436 p. v. 1.

_____. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo, SP: HUCITEC, Ed. da Universidade de São Paulo, 1991. 677 p. v. 2.

SCOTT, John C. The mission of the university: medieval to postmodern transformations. **Journal of Higher Education**, v. 77, n. 1, p. 1-39, Jan.-Feb. 2006.

SERRA, Sandra Torres. Tutoria e a possibilidade de construção da identidade profissional. In: MELLO FILHO, Júlio de (Org.). **Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas**. 1. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 191-212.

SOUSA, Paulo Roberto Carvalho. A reforma universitária de 1968 e a expansão do ensino superior federal brasileiro: algumas ressonâncias. **Cadernos de História da Educação**, v. 7, p. 117-134, jan./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/1886/1571>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

SUTKIN, Gary et al. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. **Acad Med**, v. 83, p. 452-466, 2008.

TOMÉ, Márcia Eliane Fernandes. Universidade brasileira: um legado dos tempos medievais. **Horizonte**, v. 7, n. 13, dez. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/viewFile/431/570>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

TREBER, Jaret. **The birth of modern medical education**: institutional changes and the impact on the medical schools (1870 – 1920). Aug. 2004. Disponível em: <<http://www.isnie.org/ISNIE04/Papers/treber.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

TRINDADE, Hélió. Saber e poder: os dilemas da universidade brasileira. **Estudos Avançados** [online], v.14, n. 40, p. 122-133, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0103-40142000000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 dez 2008.

TUFFS, Annette. German private medical school to reform in face of criticism. **BMJ**, v. 331, n. 7511, p. 254, July 2005.

TYACK, David B. **The one best system**: a history of American urban education. Cambridge: Harvard University Press, 1974. 353 p.

UNESCO Institute for Statistics (UIS). What do bibliometric indicators tell us about world scientific output? **UIS Bulletin on Science and Technology Statistics**, v. 2, Sept. 2005. Disponível em: <<http://www.uis.unesco.org/template/pdf/S&T/BulletinNo2EN.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2008.

VERAS, Renato Peixoto, RIBEIRO, Lúcia de Souza, LIMA, José Carlos de Souza. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. **Educ Méd Salud**, v. 17, n. 4, p. 398-413, 1983.

WRIGHT, Scott M, KERN David E., KOLODNER, Ken, HOWARD, Donna M, BRANCATI, Frederick L. Attributes of excellent attending-physician role models. **N Engl J Med**, v. 339, p. 1986-1993, Dec. 1998.

ZAMA, Mohammad Qamar uz. Review of the academic evidence on the relationship between teaching and research in higher education. **Research Report RR 506**,

2004, 100 p. Disponível em:
<<http://www.dcsf.gov.uk/research/data/uploadfiles/RR506.pdf>>. Acesso em: 18 dez.
2008.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)