

## REFORMAS CURRICULARES NO ENSINO SUPERIOR: PROPOSTA DE ANÁLISE DAS ORIGENS DO PROGRAMA DE INCENTIVO ÀS MUDANÇAS CURRICULARES NOS CURSOS DE MEDICINA (PROMED)

---

Lucirléia Alves Moreira Pierucci<sup>1</sup>

**RESUMO:** O artigo focaliza, no âmbito das associações médicas, o debate sobre o currículo de formação médica no Brasil, por meio da problematização das lutas materiais e simbólicas que cercaram a transformação do currículo flexneriano das escolas de medicina em currículo de ensino médico adequado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio da incorporação do modelo de medicina comunitária, que está sendo incentivado e incorporado pelo Ministério da Educação via Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED). Parte da hipótese de que as regras produzidas pelo governo, visando às mudanças curriculares, não podem ser separadas das lutas contemporâneas, muitas vezes dadas por científicas, que propõem, dentro de um « projeto universalista », o estabelecimento de formas de organização e princípios de ação que se pretende estender ao conjunto do planeta. Interessa-nos compreender os efeitos da circulação internacional dos médicos sanitaristas brasileiros que operaram para elaboração desse projeto nos organismos interamericanos (Organização Pan-americana de saúde, Rede Unida), organizações filantrópicas (Fundação Kellogg, Fundação Rockefeller), a Organização Mundial da Saúde, e Associações Profissionais.

**Palavras-Chaves:** Ensino Superior; Reformas Curriculares; Organizações Filantrópicas Americanas.

### CURRICULUM REFORMS IN HIGHER EDUCATION: FOR ANALYSIS OF CHANGES OF THE INCENTIVE TO CHANGES IN CURRICULUM COURSES OF MEDICINE (PROMED)

**ABSTRACT:** The article focuses, in the context of medical associations, the debate about the curriculum of medical education in Brazil, through the problems of the material and symbolic struggles surrounding the transformation of Flexnerian curriculum of medical schools in medical school curriculum appropriate to the Unified Health System (SUS). By incorporating the model of community medicine, which is being encouraged and built by the Ministry of

---

<sup>1</sup>Profª. do Instituto de Humanidades – UFVJM. Mestre e Doutoranda em Educação. Orientadora Profª. Letícia Bicalho Câneo. Integrante do Grupo de Pesquisas sobre Instituição Escolar e Organizações Familiares; Departamento de Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte; Faculdade de Educação; Universidade Estadual de Campinas; Campinas; São Paulo, Brasil. CEP: 13083-865. [lucirleia@yahoo.com.br](mailto:lucirleia@yahoo.com.br). Grupo de Pesquisas sobre Instituição Escolar e Organizações Familiares; Departamento de Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte; Faculdade de Educação; Universidade Estadual de Campinas; Campinas; São Paulo, Brasil. CEP: 13083-865.

Education via Incentive Program Changes in the Curriculum of Medicine (PROMED). Our hypothesis is that the rules produced by the government in order to curricular changes, can not be separated from contemporary struggles, often given by science, they propose, within a 'universal design' means the establishment of organizational forms and principles of action that is intended to extend to the entire planet. We are interested in understanding the effects of the international movement of Brazilian sanitary doctors who operated in developing this project in American organizations (the Pan American Health Organization, the United Network), philanthropy (Kellogg Foundation, the Rockefeller Foundation), the World Health Organization, and Professional Associations.

**Key Words:** Education, curriculum reform, American Philanthropic Organizations.

## INTRODUÇÃO

Este artigo<sup>2</sup> focaliza um debate entre a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Rede Unida<sup>3</sup>, que versam sobre a formação médica no Brasil. Este debate, iniciado na década de 60, será tratado aqui, por meio da problematização das lutas materiais e simbólicas, que cercaram a transformação do modelo comunitário de medicina em currículo incentivado pelo Estado. Parte da hipótese de que as regras produzidas pelo governo, visando às reformas curriculares, não podem ser separadas das lutas e negociações contemporâneas, muitas vezes dadas por científicas, que geram sua criação e produção dentro de um «projeto universalista», que propõe o estabelecimento de formas de organização, princípios de ação, que se pretende estender ao conjunto do planeta. Interroga-se, particularmente, sobre os efeitos da Circulação Internacional dos médicos sanitários brasileiros que operaram para elaboração desse projeto, nos organismos interamericanos: (Organização Pan-Americana de Saúde, Rede Unida) Organizações filantrópicas (Fundação Kellogg, Fundação Rockefeller), a Organização Mundial da Saúde, e Associações Profissionais.

O trabalho utilizado como base faz parte de um projeto mais amplo sobre a circulação internacional e a formação dos quadros dirigentes<sup>4</sup>, os quais discutem uma dimensão estratégica das transformações na esfera do poder internacional: os recursos sociais e institucionais. Estes foram mobilizados por indivíduos interessados

---

<sup>2</sup> O presente artigo é uma parte dos estudos realizados na ocasião do Mestrado em Educação (UNICAMP/FE), o mesmo foi apresentado em 2007, na dissertação intitulada "Os Novos Cursos de Medicina Fazem mal à Saúde?", defendida sob a orientação da professora Dra. Ana Maria Fonseca de Almeida (UNICAMP/FOCUS/FE).

<sup>3</sup> Em 1998, a Rede IDA (Integração Docente Assistencial) e os projetos UNI da Kellogg se aglutinaram dando origem à Rede Unida, concebida com o propósito de reunir "projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social" (Rede Unida, 2006).

<sup>4</sup> Circulação Internacional e formação dos quadros dirigentes brasileiros, projeto temático financiado pela Fapesp, sediado no grupo de pesquisa Focus/Unicamp, coordenado pela Profa. Dra. Letícia Bicalho Cãnedo, e retirado de programa de estudo propostos por Pierre Bourdieu, para tentar compreender a maneira pela qual as diversas formas de articulação ao capital nacional (econômico-financeira, mas também política e cultural) são rentabilizadas no espaço nacional e administradas dentro do espaço internacional. "Décrie et precire. Note sur lês conditions de possibilité et lês limites de l'efficacité politique", ARSS, 38, mai 1981, p.69-73; "Lês conditions sociales de la circulation internationale dès idées", ARSS, 145, dec. 2002, 3-8.

em participar no competitivo campo de poder internacional e atuar como “*experts*” em governança<sup>5</sup>.

## MEDICINA CIENTÍFICA VERSUS MEDICINA COMUNITÁRIA?

“Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde”. Tal frase, desde meados dos anos 2000, cobre carros de várias cidades do estado de São Paulo e de outras regiões do país.

Ao expressar uma posição contra a criação de novos cursos de medicina, essa campanha, encabeçada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (ABEM), deixa supor uma luta em torno das autorizações de funcionamento desses novos cursos. De fato, estas duas entidades da área médica se posicionavam contra a autorização de funcionamento de determinados cursos que estariam “fora” do que consideravam como adequado em confronto com a Associação Brasileira de Educação Médica e a Rede Unida que as consideravam necessárias para o bom funcionamento do Sistema Único de Saúde.

Esses cursos foram criados a partir da década de 90, seguindo um modelo voltado para o que seus idealizadores denominam de “*medicina comunitária*”<sup>6</sup>. Este modelo de ensino médico constituiu-se, a partir da crítica e oposição ao modelo científico, ou flexneriano, predominante até esse momento.

No que diz respeito às intenções dessas ações, isto equivale dizer que a compreensão das tomadas de posição em termos do currículo médico exige interrogar sobre as redes em que os agentes interessados estão inseridos e, para isto, é necessário estudar simultaneamente a história dos agentes e das instituições nacionais e dos que operam em escala internacional.

Isto é particularmente pertinente para o caso dos médicos, na medida em que a sua formação está constantemente referida tanto às experiências de outros países, quanto às recomendações de órgãos transnacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Sabe-se, que os currículos das escolas contemporâneas de medicina são fortemente influenciados pela medicina flexneriana ou medicina científica que surge nos Estados Unidos na passagem do século XIX para o século XX. O relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, foi à primeira formulação elaborada do paradigma da Medicina Cientificista. Na proposta científicista, a medicina é concebida como ciência, tal como a física, a química e a biologia, que constituem seu suporte. A especialização, exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na Medicina curativa são conseqüências dessa nova metodologia.

---

<sup>5</sup> Segundo Dezalay, “o termo governança refere-se ao campo de domínio das instituições e regras, mas o sucesso do termo vem do fato que ele permite que todos os jogadores potenciais contribuam para os debates. O termo pode incluir procedimentos e regras formais, bem como, espaços mais informais, tipicamente estudados por antropólogos. Sendo assim, é claro que a ascendência desse termo é parte de um novo foco no entendimento de transformações muito importantes no Estado, e nas Instituições do Estado” (...) “O termo legitima a nova ortodoxia legal” (Global Prescriptions, p. 311).

<sup>6</sup> Sobre os usos de o termo consultar: Donnangelo e Arouca (1975).

O paradigma competidor desse modelo é o da medicina comunitária ou medicina simplificada que surge a partir das experiências de sistemas de saúde em países subdesenvolvidos, principalmente da África Colonial Inglesa. A metodologia utilizada contempla a produtividade, redução de custos, extensão da cobertura, simplificação dos recursos e participação comunitária. Ela foi apropriada pelas universidades e pelos órgãos governamentais norte-americanos na estruturação de programas destinados às populações marginalizadas, como parte das políticas sociais de combate à pobreza, implementadas no início da década de 1960. Nos Estados Unidos, a medicina comunitária tornou-se uma prática complementar, coexistindo com a medicina flexneriana, tendo como foco o atendimento às categorias sociais excluídas do processo de medicalização, e pressupõe a intervenção do Estado no campo da saúde.

Essas divisões em torno da prática médica foram, evidentemente, transportadas para diferentes países e, entre eles, o Brasil. Pois, uma e outra forma de se pensar a medicina influenciou a trajetória das escolas de medicina e está na base de suas divisões no espaço de formação médica. Nesse contexto, universidades como a USP alinham-se à medicina científica e integram certo tipo de redes internacionais de formação, enquanto outras, como a Universidade de Londrina, alinham-se à medicina comunitária e passam a integrar outras redes também internacionais. Nesse jogo, a regulação do Estado vai desempenhar um papel particularmente importante, na medida em que, apropriado por um dos lados, se torna árbitro e difusor de uma forma específica de se pensar a medicina.

É nesse sentido que procuramos compreender as lutas em torno da formação médica e do currículo legítimo em medicina, no intuito primeiro de produzir uma sociologia da população que se envolveu nesses últimos vinte anos com as iniciativas de governo relacionadas à gestão do sistema de formação médica (e particularmente no âmbito da avaliação). Seja nas condições de formulador, de implementador, de consultor e mesmo de crítico, permitirá determinar os recursos específicos mobilizados para a participação na arena política brasileira desse período.

Em 2001, o governo federal injetou recursos significativos nas escolas médicas que se dispusessem a alterar seu modelo de ensino por meio de um Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, o PROMED. A implantação desse programa, pelo Ministério da Educação, incrementou as lutas e disputas dentro das organizações médicas e escolas de medicina das principais universidades e Santas Casas de Misericórdia.

O embate entre os médicos brasileiros em torno da boa formação, objeto deste artigo, é, portanto, um caso privilegiado não só para se entender a formação médica como também as transformações ocorridas nos espaços de gestão da saúde pública no Brasil.

## **CAMPO DE OPOSIÇÕES**

Dois momentos privilegiados assinalam as lutas em torno da criação de novos cursos de medicina. O primeiro deles ocorreu em meados da década de 60. O segundo no início do ano 2000. Quatro entidades, de um lado o Conselho Federal de Medicina e

a Associação Médica Brasileira, e de outro a Associação Brasileira de Educação Médica e a Rede Unida, vinculada aos projetos financiados pela Fundação Kellogg na América Latina, debateram com muita intensidade os projetos de abertura de novos cursos e das reformas curriculares.

Nos dois momentos, a motivação do grupo vinculado à medicina comunitária (Associação Brasileira de Educação Médica e a Rede Unida), foi à adequação das políticas de saúde às orientações internacionais dos órgãos de proteção à saúde (OPAS, e OMS), por meio da introdução de mecanismos de regulação do mercado no quadro das políticas públicas. A motivação da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina era o controle do número de médicos visando o controle da formação pelas associações médicas, sob a alegação de dar continuidade aos princípios científicos tradicionais, recomendados pelo Relatório flexner.

O primeiro momento marca a primeira tentativa do movimento associativo médico de incluir na agenda política brasileira à discussão sobre o tipo de currículo na avaliação das escolas de medicina do país. Segundo Amaral (2002) essa iniciativa impediu a abertura de novos cursos durante 13 anos, e, foi contestada, em 1971, pela ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), como parte da agenda da OPAS.

Nesta contestação, a direção da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) alegava com base nos estudos realizados pela OPAS, sobre gestão dos estabelecimentos de saúde e hospitais, que ao contrário da afirmação da AMB, “o número de escolas era muito reduzido para as exigências do país”. Por trás dessa contestação, centrada nos instrumentos de pesquisa comparativa, estavam às lutas em torno do princípio da ação ligado à economia da saúde, objetivando a disseminação desses princípios por toda a América Latina.

O responsável pela pesquisa<sup>7</sup>, o médico e sociólogo Juan César Garcia, publicou em 1972, as conclusões do seu trabalho de levantamento das escolas médicas latino-americanas, justificava, que nos países desenvolvidos, os currículos médicos estavam à mercê da explosão tecnológica, e nos demais, em desenvolvimento, deviam atender à necessidade de melhorias na saúde para propiciar o crescimento econômico.

É o que leva Laura Feuerwerker<sup>8</sup>, ex-consultora da Fundação *Kellogg*, na América Latina, a afirmar, que “o planejamento da formação dos recursos humanos, em saúde, deveria constituir parte importante dos planos nacionais da mesma e, refletir os esforços coordenados de todas as instituições que tenham a ver com a formação, e a utilização do pessoal de saúde” (FEUERWERKER, 1997, p.38).

O segundo momento ocorreu quando a Associação Médica Brasileira (AMB) reagiu, junto ao Conselho Federal de Medicina (CFM), e contra atacou em 2004,

---

<sup>7</sup> A pesquisa coordenada por Garcia, foi patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela Fundação Milbank. Essa pesquisa teria estimulado, em diferentes países, a criação de cursos de pós-graduação em medicina social e a revisão das abordagens predominantes em centros universitários e institutos de Saúde Pública. Em 1973, o primeiro curso de medicina social no continente – o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) foi criado, com apoio da OPAS, da Fundação Kellogg e da principal agência de fomento à pesquisa no Brasil daquele período: a Financiadora de Estudos e Projetos – Finep (Escorel, 1998; Garcia, 1972; Nunes, 1985, 1994).

<sup>8</sup> Mestre e doutora em Saúde Pública; pesquisadora da Rede Unida; coordenadora de Ações Estratégicas de Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

encabeçando campanhas contra a abertura de novos cursos de medicina criando instrumentos de mobilização, tais como passeatas e *outdoors* e uma página na *internet* com o lema: “Proteja-se. Lute pela proibição da abertura de novos Cursos de Medicina: por uma medicina ética, com qualidade e compromisso social”. (CFM/AMB, 2003; BUENO, 2004)

Em confronto, os membros da ABEM e da Rede Unida, conseguiram viabilizar a criação de novas Escolas de Medicina, com apoio do Ministério da Educação, neutralizando, assim as ações impetradas pelo Conselho Federal de Medicina contra essas criações.

Logo, uma comparação entre os currículos de medicina da nova escola, versus o modelo tradicional de ensino médico, pode elucidar essa disputa. Na Tabela 1, apresentamos um resumo das principais diferenças entre os dois modelos de formação.

#### **a) Tabela 1: Modelos de Formação Médica**

A primeira diferença entre as duas formações, dá-se com relação ao método de ensino; o modelo tradicional está organizado em disciplinas semestrais, das áreas básicas, enquanto que na formação comunitária, cada série escolar é composta por 07 módulos temáticos por semestre. Nesse caso, a operacionalização dos conteúdos modulares se dá por meio de situações-problemas, relacionados ao processo saúde-doença, com base numa série de árvores temáticas, em substituição às grades curriculares tradicionais. Outra mudança foi à introdução de cursos eletivos de inglês e informática em saúde, que visa capacitar os alunos para o acesso aos novos conhecimentos.

Contudo, as diferenças entre os dois modelos, ultrapassam os limites da proposta de disciplinas ou módulos no currículo, pois, como se pode observar, essa nova formação pretende mudar toda a estrutura do curso de medicina no modelo tradicional. A mudança se dá principalmente (i) da adoção do sistema de tutoria multiprofissional, formada por enfermeiros, psicólogos, dentistas, entre outros, que podem ocupar posições de direção quanto de subordinação, e (ii) da extinção das aulas teóricas, pelo acompanhamento do tutor no sistema básico de saúde, e conferências semanais.

A segunda diferença, dentro dessa proposta, é a criação de grupos interdisciplinares de trabalho, que substituíram os departamentos, objetivando a mudança na carreira dos docentes, com a justificativa de tornar indissociável ensino, pesquisa e atenção à saúde; essa proposta tende a reduzir ao máximo o corpo docente.

A terceira diferença se deu na transferência do ensino clínico, anteriormente realizado nos hospitais-escola, que passou a ser realizada nas unidades básicas de saúde, e no ambulatório primário, em clínica geral, essa teria sido outra mudança estrutural importante dentro da medicina comunitária. Dentro dessa proposta de diversificação de cenários e práticas médicas, dos hospitais para ambulatórios, também pode ser ampliada à outras instituições tais como: creches, sindicatos e escolas infantis.

Uma última diferença leva em consideração o número de escolas, a proporção professor-aluno, as cargas horárias curriculares e disciplinares, os números de leitos hospitalares por aluno, os números de alunos por cadáver ou por microscópio, entre outros indicadores. No modelo tradicional os números acima são muito mais elevados do que no modelo comunitário, uma vez que o que está em jogo é a especialização versus o atendimento básico à comunidade. Ou seja, a primeira exige muito mais professores e menos alunos, mais disciplinas, mais hospitais, entre outros, pois está voltada para a excelência técnica, o aprendizado prático nos serviços hospitalares e ambulatoriais, privilegiando o atendimento de casos raros que exigem um conhecimento e um raciocínio mais estruturado. Enquanto a segunda está pautada no sistema único de saúde, mais especificamente ao trabalho em equipes multidisciplinares, dentro do Programa de Saúde da Família, objetivando o aumento da cobertura médica da população nas unidades básicas de saúde, o que leva a diminuição do número de professores, e em contrapartida, o aumento do número de alunos; menos hospitais e mais unidades básicas de saúde.

Essa diferença de currículo, na medicina comunitária, permite uma redução nos custos para as escolas privadas, de acordo com afirmação um ex-diretor da Associação Médica Brasileira: “trata-se de um grande negócio ser dono de uma escola médica”. Esta afirmativa pode ser vista na Tabela 3, que demonstra o avanço dos cursos de medicina particulares no país. Ou seja, de 2000 a 2004, durante quatro anos, houve um crescimento de cerca de 78%, em relação à década de 60.

#### **b) Gráfico 1: Relação Público x Privada das Faculdades de Medicina no Brasil (1808-2007)**

Este aumento significativo das escolas privadas de medicina requer ser visto de forma cautelosa quando se pensa em termos regionais. A tabela 3, abaixo, assinala um crescimento maior das escolas médicas no Norte e no Nordeste do país no período 2000 a 2007. Nesse período, o número de novas escolas no Nordeste cresceu seis vezes mais: foi de 02, na década de 60, para 22 escolas médicas, ao final de 2007. O crescimento, nesses sete anos, foi superior ao da região Sudeste, onde, tradicionalmente, se concentravam as escolas de medicina. Mas do que isso, é preciso sublinhar o crescimento de 56 novas escolas privadas inauguradas nessas duas regiões contra 17 públicas.

#### **c) TABELA 2: NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS: REGIÃO E PERÍODO.**

De acordo com Donnangelo (1975), esse aumento do número de escolas médicas e, conseqüentemente do número de médicos no país, se tornou mais significativo a partir da década de 60, com a Reforma Universitária e a expansão das vagas. Se até 1960, 27 escolas médicas respondiam por toda a formação, em 1971 esse número já chegava a 73; metade das quais criadas a partir de 1965. Este aumento pode ser verificado principalmente em quatro estados (São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, o então Estado da Guanabara e Rio de Janeiro). Isto significou como mostram os dados, e as considerações de Donnangelo (1975), que de fato ocorreu um crescimento espetacular da matrícula, principalmente a partir de 1966.

Conseqüentemente, a partir daí, tudo indica que de fato houve uma forte pressão sobre o mercado de trabalho dos médicos.

Esses dados demonstram que existiu, de fato, como afirma Bonelli (1989), um acirramento da competição entre médicos, principalmente num contexto de crise econômica como é o caso do período posterior a 1980. Essa competição de certa forma se acentua e passa de certa forma a significar uma real ameaça sobre os médicos, associada principalmente à redução da renda, ao aumento da proporção desta, devido ao assalariamento e, por fim, às conseqüências disto sobre a manutenção do padrão de vida e das práticas profissionais consideradas, até então, como legítimas. Como Bonelli (1989), acreditamos que esta situação deve ser entendida como um elemento central das iniciativas, no sentido de controlar o crescimento do número de médicos, por meio tanto da redução do número e vagas, quanto do número de escolas existentes.

A coincidência entre o surgimento de uma campanha que alerta para o perigo da abertura de novas escolas de medicina e o crescimento acelerado das escolas privadas de medicina, surgiu no mesmo período da expansão do número de escolas médicas particulares. Foi também a partir da década de 2000, que a AMB e o CFM intesificaram a mobilização contra a abertura de novos cursos. Coincidentemente, ainda, neste período, a Fundação Kellogg e a OPAS, se uniram à Rede Unida e à ABEM com o objetivo de implementar, no Brasil, a nova proposta de formação médica, a qual foi instituída pelo governo brasileiro, via PROMED e lançada em 2001.

Assim, a expansão real do número de escolas médicas, serve como justificativa para uma luta não do número de escolas do gênero, mas possivelmente, do número de escolas privadas que adotam o modelo de medicina comunitária, que tem sido a tendência atual das escolas de medicina no país.

De acordo com as pesquisas de Koifman (2001), as modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina, a partir de 1950, repetem os conteúdos propostos por esse modelo nos Estados Unidos. Segundo os dados apresentados na Tabela 3, o Brasil, até 1950, tinha cerca de 16 cursos de medicina. Entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 cursos, que por orientação federal, seguiam o modelo baseado na proposta flexneriana. Contudo, com a Reforma Sanitária – Lei no. 5.540/1968 –, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando, assim, a dinâmica interna anterior dos currículos dos cursos de medicina.

Na década de 1970, segundo a análise de Da Ros (1986), os que se indispueram com a lógica imposta aos cursos e com a prática estimulada na área da saúde, unificaram-se e passaram a ser intitulados Movimento Sanitário.

Dessa forma, o processo instalado, foi de intensa disputa, isso ocorreu de forma mais intensa nas práticas de saúde e no discurso, e estava em jogo a hegemonia no setor.

Podemos destacar dois momentos: num primeiro, Koifman (2001), identifica como consequência dessa intensa disputa, o fato de se ter aprovado, em 1988, a nova Constituição a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que assegurou legalmente os seguintes princípios: integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento

geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada, além da inclusão de práticas de medicina ditas alternativas. No segundo momento, podemos destacar a iniciativa do Governo Federal, em 1993, ao colocar em prática o Programa de Saúde da Família (PSF), para o qual o PSF se propõe a garantir, além dos pressupostos do SUS, o trabalho comunitário, a territorialização da prática de saúde, a resolubilidade no nível de Atenção Primária de Saúde (APS) e da educação em saúde.

Embora as disputas em torno do currículo das escolas médicas, travadas como lutas simbólicas em torno de idéias e ideais sobre a melhor forma de entender a dor e o sofrimento, no contexto específico da sociedade brasileira, têm um fundamento material inegável que é a ameaça de desclassificação do estatuto médico na sociedade brasileira, em decorrência de todos esses processos mencionados.

No entanto, embora as transformações objetivas por que passam a prática médica seja um dos elementos fundamentais da análise das tomadas de posição, se faz necessário incluir no quadro analítico, as trajetórias dos atores sociais que se mobilizam em torno desta questão.

#### **FORMAÇÃO COMUNITÁRIA X FORMAÇÃO FLEXNERIANA E OS USOS NACIONAIS DE UMA EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL**

Além de se vincular ao projeto mais amplo sobre a Internacionalização das Trocas Científicas e Recomposição das Elites Nacionais, no quadro de uma interrogação sobre as relações entre a educação e a desigualdade no Brasil. O nosso objeto proposto nesse artigo pretende aprofundar o exame das condições gerais que tornam possíveis o aproveitamento de títulos, diplomas e competências adquiridos em escala internacional como recursos decisivos na competição entre as elites por transformações institucionais no Estado.

Pesquisas recentes levadas a efeito por um grupo de sociólogos e historiadores, coordenados por Yves Dezalay e Bryan Garth (2002)<sup>9</sup>, vêm demonstrando também como as profissões e conhecimentos técnicos são importados e exportados, os efeitos dessa importação e exportação na transformação do poder do Estado. De acordo com essas pesquisas, a troca advinda dessa forma específica de migração internacional estaria na origem da constituição de redes, em escala internacional que interagem com os espaços nacionais, tornando possível a adoção de determinados diagnósticos e, a partir daí, certas iniciativas legais e políticas.

No que diz respeito, às intenções desse artigo, equivale dizer que a compreensão das tomadas de posição, em termos do currículo médico, exige interrogar sobre as redes em que os agentes interessados estão inseridos e, para isso, é necessário estudar simultaneamente, a história dos agentes e das instituições nacionais e dos que operam em escala internacional.

---

<sup>9</sup> Yves Dezalay et Bryan Garth, *La mondialisation des guerres de palais*, opus cit. ; Global prescriptions - the production, exportation and importation of a new legal orthodoxy, TheUniversity of Michigan Press, 2002 et Dezalay, "Les courtiers de l'international", ARSS, nº 151-152, mars 2004, p. 5-35.

Isso é, particularmente, pertinente para o caso dos médicos, na medida em que a sua formação está constantemente referida tanto às experiências de outros países, quanto às recomendações de órgãos internacionais transnacionais como a OMS e a OPAS.

Dessa forma, a análise da luta contra o aumento do número de escolas, cujos currículos são diferenciados, revela uma clivagem importante no tipo de formação profissional dos dois lados da disputa. Nos estudos realizados na ocasião do Mestrado, realizamos a codagem dos dados referente às trajetórias de 26 membros da ABEM/Rede Unida e 26 membros da AMB/CFM. Os quadros apresentados a seguir são ilustrações dessa amostra.

Os defensores da medicina comunitária têm sua formação ligada aos departamentos de Saúde Pública e Medicina Preventiva e Social. Isto inclui a sua proximidade com redes internacionais como OMS e OPAS. Fortalecido por redes políticas transnacionais, é o grupo que consegue fazer a intersecção do circuito nacional com o internacional. Em comparação à formação hospitalocêntrica, a experiência internacional dos médicos, formados em saúde pública, é marcante. Ela acontece, em especial, na área de Gestão de Sistemas de Saúde Pública, Desenvolvimento de Recursos Humanos e Medicina Tropical.

O outro lado da disputa, por sua vez, é formado por profissionais ligados à prática médica em hospitais e consultórios. A experiência internacional destes médicos, quando está presente, acontece na forma de especializações em cuidados médicos, dentre as quais: cardiologia, neurologia, anestesiologia, cirurgia plástica, medicina nuclear, hemodinâmica e cineangiocardiografia, etc., com enfoque em estudo de novas técnicas e procedimentos.

O grupo ligado à saúde pública que presidiu a equipe que pensou o PROMED, isto é, a adequação da formação dos médicos às necessidades do SUS, popularmente conhecida medicina comunitária, foi liderado por José Roberto Ferreira e Benedictus Philadelpho de Siqueira; ambos com especialização na área de saúde pública e passagens pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), pelo Ministério da Saúde (MS), e pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

A passagem desses dois sanitaristas por organizações internacionais transformou-se em terreno privilegiado para pensar os efeitos da circulação internacional dos conhecimentos em saúde pública - e dos produtores destes conhecimentos - na organização do ensino médico em países periféricos como o Brasil.

De fato, a carreira científica de José Roberto Ferreira, desenvolvida dentro de uma rede de instituições ligadas entre si pelo campus americanos e instituições filantrópicas como a Rockefeller<sup>10</sup>, alimenta todo um mercado de exportação de conhecimentos por meio de rede de cooperação, envolvendo sanitaristas que se notabilizaram pelos trabalhos realizados em organizações internacionais de saúde preventiva, da OPAS à OMS. Sua inserção nessas organizações se deve ao Prof. Ernani Braga que, como os pioneiros do ensino da saúde pública no Brasil, também fez parte

---

<sup>10</sup> Para maiores informações a cerca da atuação da Rockefeller nos Serviços de Saúde e na Reforma Sanitária consultar Faria (1995, 2002); Marinho (1993).

do International Health Board da Fundação Rockefeller, que ajudou a difundir pelo mundo não só as profissões ligadas à saúde pública, mas também a promoção de profissionais desenhados nos moldes dos *'sanitarians'* norte americanos<sup>11</sup>. Junto ao prof. Ernani Braga, de quem foi aluno e discípulo, e com quem compartilhava um histórico familiar na saúde pública (os pais de ambos eram fisiologistas), participou da Comissão responsável pela fundação da Universidade de Brasília (UNB), da qual foi Vice-Reitor por três anos, ocasião em que ambos trabalharam pela implantação da Faculdade de Ciências da Saúde. Com a visibilidade proporcionada por este trabalho, recebeu o convite da OMS, por meio da indicação de Ernani Braga, para consultor na implantação de uma Faculdade de Medicina na África Central, em 1968, onde entrou em contato com sanitaristas franceses e canadenses. Essa experiência africana o levou a Washington, DC trabalhou durante 29 anos para a OPAS (1969 - 1996), dedicando-se à formação de Recursos Humanos em saúde pública para a América latina, além de cooperação técnica internacional da saúde. No retorno ao Brasil, ingressou na Fundação Oswaldo Cruz (1996), na assessoria das relações internacionais da instituição em seus aspectos político-diplomáticos, administrativos e de cooperação técnica, expandindo posteriormente seu campo de ação para toda a Fundação, a partir de 2001.

Na esteira desse percurso e experiência na adequação dos recursos humanos para a Saúde, de Sistemas de Saúde, esse grupo de sanitaristas brasileiros, atuam hoje em um percurso diferentemente dos seus professores que tiveram passagem pela Europa, África antes dos Estados Unidos. Este grupo, dos quais podemos citar Márcio José de Almeida e Laura Feuerwerker, hoje, lideram o movimento de mudanças curriculares e na formação de recursos humanos na saúde no país. Diferentemente de seus precursores, Márcio e Laura têm passagem apenas pelos Estados Unidos, por meio de apoio e incentivo da Fundação Kellogg, o que lhes permitiu influenciar e liderar mudanças curriculares nos cursos de medicina no Brasil, após uma inserção no Ministério da Educação.

Dessa forma, esse primeiro grupo está fortalecido por suas redes profissionais e políticas transnacionais, e conseguiu transformar sua visão de boa prática médica em currículo garantido pelo Estado para as escolas de medicina.

---

<sup>11</sup> Ernani Braga se formou no curso de Saúde pública, anexo ao Instituto Oswaldo Cruz, em 1941. Participou dos conflitos entre sanitaristas e desenvolvimentistas, na posição de não separação ações da saúde pública com a medicina curativa. "Recebeu o título de Sanitarista, pela conclusão do Curso de Saúde Pública, em 1941. Foi colaborador do Departamento Nacional de Saúde, da Delegacia de Saúde do Ceará e da Secretaria de saúde do Pará. Na Fundação Sesp, permaneceu de 1944 a 1959, numa das carreiras mais marcantes dentro da instituição. Em 1954, assumiu o cargo de Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde. No início dos anos sessenta volta-se para a formação de Recursos Humanos, atuando junto a CAPES/MEC e a Fundação Rockefeller, participando do programa nacional de ensino e pesquisa das ciências Biomédicas. De 1962 a 1967 dirigiu a FEPAFEM, criada com o objetivo de impulsionar o ensino médico da América. A grande experiência acumulada e o enorme e merecido prestígio que conquistou, colocaram – no na Direção da Diretoria de Recursos Humanos da OMS em Genebra, de 1967 a 1973. No decorrer desse tempo exerceu também atividades docentes junto a adversas instituições do país e do exterior, foi consultor de inúmeras organizações, participou da Diretoria de Associações como a American Public Health Association, a Sociedade Brasileira de Higiene, além de ter desempenhado relevantes funções nas Assembléias Mundiais de Saúde da OMS".  
<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/Biograf/ilustres/emanibraga.htm>

O grupo que defende a formação especializada, contra a abertura de novos cursos de medicina, por sua vez, é representado pelo Presidente da AMB, José Luiz Gomes do Amaral, anesthesiologista e intensivista paulistano, e por Giovanni Guido Cerri, diretor científico da AMB, conselheiro da FAPESP; especialista em Tomodensitometria, ambos com passagem pela Europa e Estados Unidos. Desta forma, as ligações e redes internacionais são em instituições de renome internacional para aperfeiçoamentos de cunho tecnológico e técnico, em institutos de pesquisa. O primeiro especializou-se também em Medicina Intensiva, na Faculdade de Medicina da *Universidade Louis Pasteur de Strasbourg*, França, em 1984, o segundo no mesmo ano especializou-se em Tomodensitometria pelo *Centre Hospitalier ET Universitaire Saint-Antoine*.

Ambos são professores de Universidades Federais, sem experiência em burocracia do Estado, e sim, com experiências em associações médicas e de pesquisa, tendo como principal elo passagens pela Diretoria da Associação Médica Brasileira (AMB), com investimentos em especializações diferenciadas, de alta tecnologia e avanços farmacológicos. A força de regimentação desse grupo se pauta justamente no caráter tecnológico das especializações em instituições estrangeiras de renome e a visibilidade no campo científico da comunidade médica, por meio, principalmente, da atuação, junto às associações médicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transformação da formação específica na área de medicina em objeto de lutas pode ser desta forma, compreendida por meio dos percursos profissionais muito diferentes dos dois grupos. Em especial, porque a liderança da medicina comunitária, fortalecida pelo percurso internacional de seus promotores, a liga aos grupos e redes transnacionais que operam para elaboração de formas de organização, princípios de ação na saúde pública que se pretende estender ao conjunto do planeta.

As divisões em torno da prática médica foram, evidentemente, transportadas para diferentes países e, entre eles, o Brasil. Aqui, outra forma de pensar a medicina influenciou a trajetória das escolas da mesma e está na base de suas divisões, no espaço das mudanças curriculares. Nesse contexto, universidade como Universidade de São Paulo (USP), de tradição cientificista alinham-se à medicina flexneriana e integram tipo de redes internacionais de formação, enquanto outras, como a Universidade de Londrina, alinham-se à medicina comunitária e passam a integrar outras redes também internacionais. Nesse jogo, a regulação do Estado vai desempenhar um papel particularmente importante, na medida em que, apropriado por um dos lados, se torna árbitro e difusor de uma forma específica de se pensar a medicina.

O peso da circulação internacional nos processos contemporâneos de transformação do Estado, e particularmente nos processos de reestruturação do espaço educacional nacional, faz com que a investigação se centre em torno de dois conceitos analíticos. O primeiro é o conceito de “estratégia internacional” (Dezalay e Garth, 2001), que se refere à maneira como os indivíduos usam títulos universitários, conhecimentos técnicos, contatos, recursos, prestígio e legitimidade adquirida no

exterior para construir suas carreiras no país de origem, imprimindo, no processo, uma marca fundamental nos espaços sociais em que atuam. As estratégias são implementadas por meio de “guerras palacianas” (Bourdieu, 1989; Dezalay e Garth, 2001), o segundo conceito que apóia essa investigação. Trata-se aqui de lutas tanto pelo controle do Estado quanto pelo controle dos meios de imposição dos valores e conhecimentos que dão forma e consistência ao Estado.

Essa abordagem permite relacionar os diplomas e a circulação internacional com as propostas de modelos de formação médica e os grupos de interesse que se ligam neste artigo, evidentemente, é só um primeiro passo para um estudo que se quer, voltado para os agentes da importação, do que podem ser considerado como o “novo paradigma dominante”, dos cursos de medicina no Brasil. Por hipótese, consideramos indissociáveis de uma estratégia hegemônica exemplificada no financiamento das fundações filantrópicas, *Rockefeller* e *Kellogg*, de uma especialização em saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Maria; CANÊDO, L.B.; GARCIA, A.; BITTENCOURT, A. (ORGS). Circulação Internacional e Formação Intelectual das Elites Brasileiras. Editora: Unicamp, Campinas, 2004.

AMARAL, Jorge Luiz do. Avaliação e Transformação das Escolas Médicas. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

AROUCA, A S. O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventivista. Tese Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 1975.

BONELLI, Maria da Glória. Estudos sobre profissões no Brasil. IN: MICELI, Sérgio (org.). O que ler na ciência social brasileira (1970-1995). Sociologia, 2, São Paulo: Sumaré, ANPOCS, Brasília: CAPES, 1999.

BOURDIEU, Pierre. Décrie et prescrire. Note sur les conditions de possibilité et les limites de l'efficacité politique. ARSS, 38, mai, 1981.

\_\_\_\_\_. Esprits d'État. Genèse et structure du champ bureaucratique. Raisons Pratiques, Paris, Seuil, 1994.

\_\_\_\_\_. L'internationalisation et la formation des cadres dirigeants. In : SAINT MARTIN, Monique de e GHEORGHIU, Mihai (éds), Les Institutions de formation des cadres dirigeants, Paris, MSH, 1992.

\_\_\_\_\_. Les conditions sociales de la circulation internationale des idées. ARSS nº 145, dec. 2002.

\_\_\_\_\_. Campo de Poder, campo intelectual e habitus de classe. In: MICELI, Sérgio (org.). A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva, 1974.

BUENO, R.R.L.; PIERUCCINI, M.C. Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio. AMB & CFM. 2004.

BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE/OPAS. PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Edital de Convocação, Brasília, 2002.

BRIANI, Maria Cristina. História e construção social do currículo na Educação Médica: A trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, 2003.

CANEDO, Letícia B. Herança na política ou como adquirir disposições e competências necessárias às funções de representação política. Pró-Posições v.13, nº3(39), 2002.

\_\_\_\_\_. Masculino, feminino e estudos universitários no estrangeiro: Os bolsistas brasileiros no exterior (1987-1998). In: Circulação internacional e formação intelectual das elites brasileiras. ALMEIDA, Ana Maria Fonseca (et.al). Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2004.

CFM/AMB. Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? São Paulo. 2003.

DA ROS, M. A. Um drama estratégico. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, 1986.

DEZALAY, Yves. Global Prescriptions the production: exportation and importation of a new legal orthodoxy. The University of Michigan Press, 2002.

\_\_\_\_\_. Les courtiers de l'international. ARSS, nº 151-152, mars 2004

DEZALAY, Yves e GARTH, Bryan - La mondialisation des guerres de palais, Paris, Seuil, 2002.

\_\_\_\_\_. e GARTH, Bryan. La construction juridique d'une politique de notable. Le double jeu des praticiens du barreau indien sur le marché de la vertu civique. Génèses, 45, décembre 2001.

\_\_\_\_\_. The internationalization of Palace of Wars: Lawyers, economists, and the contest to transform Latin American State. Chicago: The Chicago Series in Law and Society, 2001.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

FARIA, L. R. de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-30): perspectivas históricas. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol.9(3): 561-90, set.-dez. 2002.

\_\_\_\_\_. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915/1920). Physis – Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-129, 1995.

FEUERWERKER, Laura M .Educação Médica na América Latina. In: Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Dissertação de Mestrado, faculdade de Saúde Pública, USP, 1997.

KOIFMAN. L. O modelo biomédico. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, mar. - jun., 2001.

MACHADO, M.H. et al. Perfil dos Médicos. In: Dados. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n.19, 1996.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). Dissertação de Mestrado, DPCT/IG, Unicamp, 1993.

MICELI, Sérgio. Intelectuais e classe dirigente no Brasil (1920-1945). São Paulo, Rio de Janeiro, DIFEL, 1979.

OFFERLE, Michel. Sociologie des groupes d'intérêt. Paris, Montchrestien, 1994.

MS/MEC/OPAS. PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina. Edital de Convocação, Brasília, 8 / 2002.

OPAS/OMS. A Saúde no Brasil. Escritório de Representação no Brasil, Brasília, 1998.

PIERUCCI, L. A. Moreira. Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde? Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2007.

PIERUCCI, L. A. Moreira; ALMEIDA, Ana Maria Fonseca de. Jogos internacionais e as reformas curriculares nos cursos de medicina no Brasil. In: V SEMINÁRIO MEMÓRIA, CIÊNCIA E ARTE: RAZÃO E SENSIBILIDADE NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO. Universidade Estadual de Campinas, Centro de Memória da Unicamp, 2007.

REDE UNIDA. Agenda estratégica da Rede Unida para 2002-2003: impulsionando movimentos de mudança na formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS. Olho Mágico, v.9, n.1, p.86-93, jan./abr. 2002.

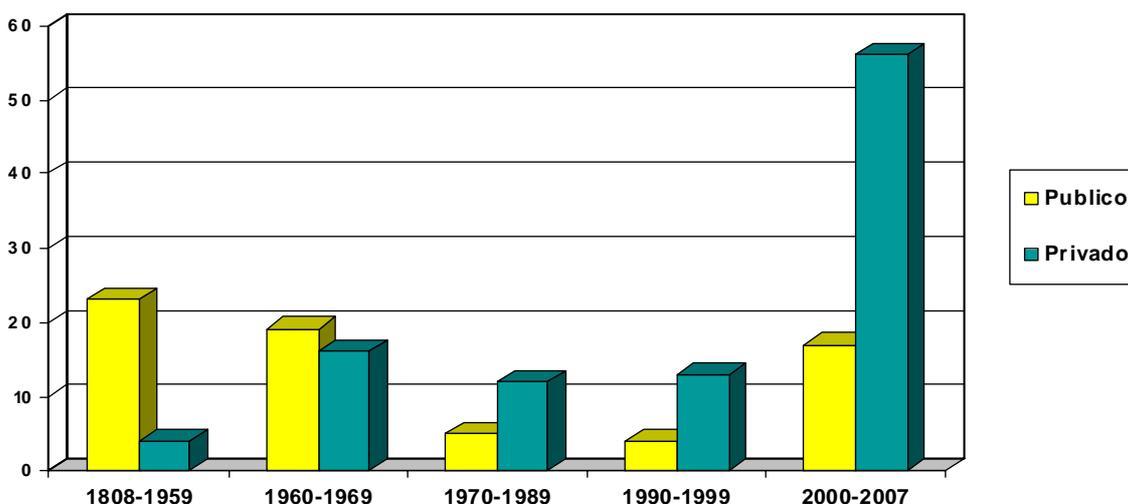
TABELAS E GRÁFICOS

a) Tabela 1: Modelos de Formação Médica

Formação baseada no modelo tradicional/ Dita Flexneriana	Formação baseada no modelo comunitário/ Dita Simplificada
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Áreas básicas: anatomia, embriologia, histologia, bioquímica, farmacologia, parasitologia, microbiologia.</li> <li>▪ Curso básico de 4 anos Seguido por 2 anos de internato;</li> <li>▪ Laboratórios complexos e bem equipados;</li> <li>▪ Número reduzido de alunos;</li> <li>▪ Aulas magistrais com professores especialistas;</li> <li>▪ Ensino clínico, especialmente em hospitais;</li> <li>▪ Vinculação da pesquisa ao ensino;</li> <li>▪ Estímulo à especialização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não há áreas básicas, mas “conteúdos nucleares” e “eletivos”, em torno de “grandes temas” ou módulos;</li> <li>▪ Inserção no sistema de saúde (ambulatórios dos centros de saúde) já nos primeiros anos de curso;</li> <li>▪ Laboratórios simplificados, de menor curso;</li> <li>▪ Número alto de alunos;</li> <li>▪ Sistema tutorial, interdisciplinar, organizado pelos “grandes temas”, com profissionais de vários tipos;</li> <li>▪ Prática generalista, principalmente em Unidades Básicas de Saúde;</li> <li>▪ Ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população. Foco na prevenção e no atendimento global ao indivíduo e sua família;</li> <li>▪ Associa o ensino às políticas sociais de combate à pobreza.</li> </ul>

Fonte: Pierucci e Almeida (2007).

b) Gráfico 1: Relação Público x Privada das Faculdades de Medicina no Brasil (1808- 2007)



Fonte dos dados: DAES/INEP/MEC/; www.escolasmedicas.com; Pierucci (2007)

c) TABELA 2: NÚMERO DE ESCOLAS MÉDICAS: REGIÃO E PERÍODO.

Regiões/Períodos	1º período	2º período	3º período	4º período	5º período	Total p/ Região
	1808-1959	1960-1969	1970-1989	1990-1999	2000- 2007	1808 - 2007
Norte	01	01	02	02	11	17
Nordeste	09	02	02	01	22	36
Centro-Oeste	00	03	01	03	04	11
Sudeste	12	22	10	07	27	80
Sul	05	07	03	06	06	29
Total p/ Período	27	35	18	17	77	
Total Geral	173					

Fonte dos dados: DAES/INEP/MEC/www.escolasmedicas.com.br (Pierucci, 2007)