

1. Educação Médica história e questões

Sérgio Rego

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

REGO, S. Educação Médica: história e questões. In: *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, pp. 21-44. ISBN 978-85-7541-324-1. <https://doi.org/10.7476/9788575413241.0003>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Educação Médica: história e questões

“A pobreza da educação médica latino-americana não é só de recursos, é também de idéias” (Carlos Martini, 1990: 152).

Neste capítulo,² apresentaremos um breve histórico da constituição do sistema educacional brasileiro, buscando identificar as matrizes que inspiraram ou orientaram a constituição de nossas escolas médicas.

As escolas médicas encontram-se há mais de cinquenta anos sob recorrente crítica em todo o mundo e, em particular, na América Latina.³ Ao final, discutiremos de forma sucinta o que chamaremos de possíveis tendências para o redirecionamento da educação médica no Brasil e no mundo: a medicina baseada em evidências e a aprendizagem baseada em problemas. Dessa forma, situaremos o leitor no universo teórico-prático da educação médica, possibilitando um melhor entendimento das discussões específicas sobre a formação moral do estudante de medicina, que constituem o foco deste livro.

“A medicina é um sacerdócio!”. Quem ainda não ouviu uma afirmação com este teor? De fato, existe um senso comum de que a medicina pode e deve ser comparada ao sacerdócio por estar associada à idéia de uma vida altruística e dedicada, 24 horas por dia, a servir ao próximo necessitado. Com efeito, as grandes religiões monoteístas, dentre elas a judia, a cristã e a muçulmana, influenciaram de forma decisiva a construção do *ethos* profissional médico, sendo a separação entre religião e medicina uma exigência que só aparece com o surgimento das cosmovisões com base nas interpretações e compreensões científicas e técnicas da realidade. Esta é a concepção laica e secular da prática médica, que somente

² Este capítulo é uma versão substancialmente ampliada do texto “Educação médica e a formação ética dos estudantes de Medicina”, elaborado em co-autoria com Schramm e Fermin Roland, publicado no CD-Pesquisa de 2000 da Enciclopédia Britânica, Rio de Janeiro.

³ Para uma visão geral das críticas sobre a educação médica nas Américas, ver Chaves (1990), e para informações mais detalhadas sobre o histórico de crises na educação médica e os movimentos de reforma, ver Almeida (1999).

surge no Ocidente a partir da Idade Moderna e que, na verdade, ainda não parece ser aceita por todos os profissionais.

Historicamente, o objeto de trabalho do ‘médico’ modificou-se substancialmente. Para as chamadas ‘sociedades primitivas’,⁴ por exemplo, a doença era provocada por uma ação externa ao indivíduo, de tipo espiritual, e a função terapêutica (‘médica’) era exercida pelo pajé ou xamã, cujo papel era de expulsar os maus espíritos do corpo do enfermo e assim obter a cura do doente, intervindo diretamente sobre as forças espirituais.⁵

A tradição judaico-cristã, por sua vez, concebia o mal – seja como possessão demoníaca, seja como castigo divino – uma decorrência direta dos pecados supostamente cometidos pelo enfermo. O papel do sacerdote (ainda que exercendo a função de ‘médico’) era o de obter a salvação espiritual do enfermo, através de sua intermediação com o ser divino. Scliar apresenta inúmeros exemplos extraídos do Antigo Testamento demonstrando a relação entre a doença e o castigo divino – “se não me escutardes e não puserdes em prática todos estes mandamentos, se desprezardes as minhas leis (...) porei sobre vós o terror, a tísica e a febre...” (Levítico, 26:16 apud Scliar, 2001: 20) –, embora assinala também que quando isso ocorre o castigo é bem visível, em geral atingindo a pele e implicando a segregação do pecador.

O cristianismo, por sua vez, não somente manteve a concepção da enfermidade como punição aos pecadores como também incorporou a tradição da segregação dos leprosos e depois dos loucos (ambos identificados como impuros). Assim, até o final da Idade Média, a ação fundamental dos médicos, sacerdotes em sua maioria, era a de salvar almas e, apenas secundariamente, possibilitar a sobrevida dos enfermos (ainda que esta fosse uma ação secundária importante em seu papel). Tanto que os hospitais europeus eram, em sua maioria, vinculados a ordens religiosas, cujo objetivo fundamental era salvar as almas dos doentes e, subsidiariamente, oferecer aos pacientes que não possuíam família ou que precisavam ser excluídos do convívio social um local digno para morrer.

⁴ A expressão ‘sociedades primitivas’ identifica aquelas sociedades em que o desenvolvimento da produção ainda não viabilizara a acumulação e a apropriação de um excedente econômico suficiente para dar início à divisão social do trabalho (Gonçalves, 1987).

⁵ Scliar (2001) identifica apenas um modelo ‘mágico-religioso’, no qual reúne tanto a feitiçaria como a religiosidade da tradição judaico-cristã. Entendemos que a distinção é necessária, pois no primeiro o entendimento do processo saúde-doença tende a identificar o enfermo como vítima, enquanto no segundo atribui-se alguma ‘culpa’ ao sujeito, já que está relacionado com atos ou pensamentos impuros.

Apenas no século XVIII o papel do hospital foi alterado, tendo sido destinado efetivamente à cura física dos enfermos. Foucault aponta que as transformações que deram origem ao hospital com fins terapêuticos estão associadas às políticas de expansão comercial e de fortificação do poderio militar, peculiares ao Estado absolutista e ao mercantilismo:

Se os hospitais militares e marítimos tornaram-se o modelo, o ponto de partida da reorganização hospitalar, é porque as regulamentações econômicas tornaram-se mais rigorosas no mercantilismo, como também porque o preço dos homens tornou-se cada vez mais elevado. É nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade. (Foucault, 1988: 106)

Como não poderia deixar de ser, também no Brasil esta era a realidade, alterada apenas em meados do século XIX com a criação das primeiras Casas de Saúde (em alternativa aos hospitais – considerados a antecâmara da morte)⁶ e finalmente com a reforma da Santa Casa da Misericórdia no final daquele século.

Até que o processo chamado ‘medicalização’⁷ ocorresse, não havia médicos diariamente nos hospitais e apenas os serviços religiosos eram oferecidos diariamente (em especial a confissão, obrigatória para todos os que se internassem)⁸.

Ainda no início do século XX, pode-se constatar a forte repulsa popular à idéia de hospital, com o episódio que cercou a criação do serviço de ambulâncias do primeiro pronto-socorro da então capital, o Rio de Janeiro, e que ninguém ousava utilizar, tendo sido necessário que a administração do mesmo contratasse atores que simulassem uma enfermidade na rua (Junqueira, 1966). Assim, após o ‘atendimento satisfatório’ aos atores e sua ‘cura’, a população começou a adquirir confiança no serviço.

A seguir, veremos brevemente um pouco do modelo de ensino médico adotado no Brasil após a vinda da família real portuguesa.

⁶ Para um melhor entendimento sobre o papel das casas de saúde no processo de medicalização dos hospitais no Brasil, ver Rego (1993).

⁷ Entendendo-se por processo de medicalização do hospital as transformações que ocorreram na forma de organização hospitalar e que levaram a assumir o ato terapêutico com um papel fundamental dentro das atividades hospitalares, de acordo com Foucault (1988).

⁸ O estatuto de 1776 do Hospital dos Lázaros, por exemplo, previa a existência de “um médico para fazer duas visitas por semana e um cirurgião para assisti-los continuamente” e a obrigação de ter “um capelão que deve assistir dentro dêle, para acudir mais prontamente com os socorros espirituais aos miseráveis enfermos, e nenhum dêstes será recolhido ao hospital, sem que primeiro, por informações do Rev. Capelão, conste haver ele se confessado” (apud Araújo, 1982: 49).

O Ensino Médico no Brasil: origens

Tradicionalmente, utiliza-se como marco histórico do ensino médico no Brasil a criação do primeiro curso médico, em 1808, na Bahia, logo após a chegada da família imperial. Tal fato, entretanto, não significa que antes desse momento não houvesse médicos ou mesmo um sistema de formação de médicos no país.

Segundo Santos Filho (1977), os primeiros médicos que vieram ao Brasil foram formados na Universidade de Coimbra.⁹ O ensino de medicina nessa Universidade, até o final do século XV, era feito por apenas um lente,¹⁰ quando foi introduzida uma nova cadeira e o número de docentes passou a dois. A partir desse período, os alunos tinham a leitura das obras de Galeno (pela manhã) e as de Hipócrates (à tarde). Remonta a este tempo o nome atribuído aos médicos como ‘físicos’, uma vez que a medicina era chamada de ‘física’ – “ciência que indagava, pela observação e pela experiência, dos corpos naturais” (Santos Filho, 1977: 277).

Até o século XV, o ensino da medicina era atribuição dos religiosos e a eles destinado em sua maioria, mas, a partir de então, leigos (em especial os de origem judaica), passaram a ser a maioria. Apenas em 1540 foi introduzida a leitura de autores árabes (Avicena, Rhazes e Averróis – comentadores de Hipócrates e Galeno). Durante toda a Idade Média,

a cirurgia foi relegada a plano inferior e abominada por princípios religiosos. Olvidaram-se os mais elementares preceitos de higiene, sobrevivendo, então, as pavorosas epidemias que assolaram toda a Europa. Um terrível fanatismo religioso dominou os espíritos. (Santos Filho, 1977: 280)

Santos Filho refere-se ao período em que a Santa Inquisição foi estabelecida em Portugal. Ele, entretanto, não apresenta as razões religiosas que ‘abominavam a cirurgia’. De fato, a cirurgia sempre foi considerada inferior por ser um trabalho manual, em contraste com o trabalho intelectual dos físicos, e tinha ainda menos resultados positivos que a medicina clínica (estamos nos referindo ao período anterior ao descobrimento e utilização de anestésicos e da importância da assepsia), mas não encontramos indícios históricos que fundamentassem de forma detalhada esta afirmação do autor. Tanto que a

⁹ A Universidade de Coimbra foi criada em 1290 e, em seus primórdios, alternou sua localização entre Lisboa e Coimbra. O retorno definitivo para esta cidade deu-se em 1537.

¹⁰ Os professores eram chamados de lentes porque apenas ‘liam’ os textos. Até 1493, existia apenas um lente para o curso médico.

primeira autoridade designada para fiscalizar o exercício das artes médicas e cirúrgicas foi um cirurgião-mor dos exércitos, em 1260, sendo um físico-mor designado apenas em 1430, conquistando autonomia e hegemonia em 1521 (Machado et al., 1978). Possivelmente, a afirmação do autor está relacionada com a posição contrária à abertura de corpos. É fato reconhecido que a maioria das religiões vedava, efetivamente, a violação de cadáveres (Foucault, 1987).

Note-se, portanto, que apesar de a medicina praticada ser a hipocrática, baseada na observação, experimentação e negando as influências metafísicas, até o século XV, quem a ensinava eram, em sua maioria, membros do clero, sendo a estes igualmente destinados o ensino.

Apenas em 1562 foi introduzida a prática hospitalar, modificando-se, assim, o modelo de ensino baseado apenas na leitura de textos. Mas tal introdução não significou a adoção de um modelo de ensino com base em atividades hospitalares práticas, semelhante ao atual. Representou, de fato, apenas o abandono da tradição do mero ensino oral, sem qualquer tipo de atividade prática.

A despeito das grandes descobertas advindas da invenção do microscópio no século XVII, que impulsionavam o desenvolvimento da observação científica em grande número de escolas médicas européias, as escolas portuguesas e as castelhanas estavam fechadas a este tipo de prática. Assim, os primeiros médicos que vieram para o Brasil possuíam um perfil formado na Universidade de Coimbra, fortemente influenciada pelo obscurantismo religioso que imperava na Península Ibérica da Inquisição. Este modelo de ensino permaneceu inalterado, em sua essência, até a Reforma¹¹ empreendida pelo Marquês de Pombal em 1772. Considerando-se todo o aparelho escolar, do nível elementar ao superior, em Portugal, até a época do Marquês de Pombal, e no Brasil, até a vinda da corte, o ensino público era estatal e religioso. Não só era religiosa a instituição que formava os professores (em geral, sacerdotes) como também era a Igreja Católica que administrava as escolas.

Em fins do século XVIII, profundas transformações políticas, econômicas e culturais ocorreram em Portugal, que se repercutiram, como não podia deixar de acontecer, em suas colônias, entre elas o Brasil. Tendo como meta o estímulo ao desenvolvimento do capitalismo em Portugal, buscava-se criar condições que propiciassem a acumulação de capital estatal e privado. Nesse sentido, a

¹¹ Para maiores informações sobre as repercussões da Reforma pombalina nas Universidades, ver Cunha (1986).

atuação dos jesuítas no Brasil era contrária aos interesses de Portugal, visto que se opunham à escravização dos índios, recusavam-se a lhes ensinar o idioma português (que possibilitaria uma melhor utilização deles no mercado de trabalho, ainda que com remuneração extremamente baixa), mantinham intenso comércio sem que se sujeitassem às normas e aos impostos ditados pelo rei e, por fim, defendiam o feudalismo. Os jesuítas negavam-se a reconhecer a autoridade do papa, submetendo-se apenas ao líder da Ordem.

Foi nesse período que a Companhia de Jesus – principal responsável pelo ensino secundário e superior, na metrópole e na colônia – foi expulsa do império português, acarretando grandes transformações no panorama escolar. A expulsão dos jesuítas não correspondeu à hegemonia de nenhuma outra ordem religiosa (...) mas, sobretudo, deu lugar a novos currículos, novos métodos de ensino, nova estrutura da educação escolar. (Cunha, 1986: 38)

A despeito de ter entrado para a História como o responsável pela expulsão da Companhia de Jesus de Portugal e de suas colônias, o comportamento do Marquês de Pombal não deve ser entendido como anticlerical ou mesmo anti-religioso. Mas, embora a Reforma Pombalina não tenha se caracterizado como anticlerical, o simples afastamento dos jesuítas do aparelho escolar possibilitou que elementos seculares fossem introduzidos no sistema, mesmo que isso não tenha representado o banimento dos aspectos religiosos do ensino, como veremos mais adiante falando do período do Império no Brasil.

Entre as novas exigências surgidas com a reforma do currículo médico após a intervenção pombalina no sistema educacional estavam aquelas feitas ao candidato no ingresso na escola médica: o conhecimento prévio do grego, da filosofia e o domínio de pelo menos uma língua estrangeira (inglês ou francês):

Cursaria, então, as matérias das faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após os exames, no curso médico, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia, no primeiro; anatomia, prática das operações e arte obstétrica, no segundo; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital, no terceiro; aforismos (de Hipócrates e Galeno), continuando com a prática no hospital, no quarto ano; prática da medicina e da cirurgia, novamente no hospital, no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exame perante todos os lentes, recebendo, se aprovado, o grau de 'bacharel em Medicina e cirurgia. (Santos Filho, 1977: 291)

Para a obtenção do título de ‘licenciado’, era necessário repetir, por mais um ano, as cadeiras de instituições e aforismos, e, para o de doutor, a defesa da tese.

Além da formação regular de médicos e cirurgiões nas universidades europeias, havia, nos tempos coloniais, no Brasil, um sistema que permitia que indivíduos fossem ‘licenciados’ para a prática médica e de cirurgião-barbeiro, sem que tivessem freqüentado qualquer estabelecimento de ensino superior. Assim, médicos e cirurgiões regularmente formados podiam dispor de aprendizes que, ao contrário da formação acadêmica de forte conteúdo teórico, eram submetidos a treinamento empírico e deviam, após serem considerados aptos pelos tutores, prestar exames perante a Junta do Protomedicato e depois do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor, as instâncias administrativas máximas no Brasil na área da saúde até meados do século XIX, designadas pelo rei de Portugal. Tal sistema, entretanto, prestava-se mais à compra das licenças do que a um tipo específico de aferição dos conhecimentos. Muito mais utilizado por aprendizes de cirurgia, era freqüente que escravos ou ex-escravos que ajudavam os seus ‘senhores’ em seu trabalho, acabassem adquirindo sua licença e se pusessem a concorrer com seus antigos senhores pela clientela.

Somente após a vinda da família real portuguesa para nosso país, fugindo da invasão napoleônica, foram criados os primeiros cursos regulares de medicina, inicialmente sob a forma de cadeiras, em Salvador, e, em seguida, no Rio de Janeiro. Ambos os cursos iniciaram-se em dependências militares (hospitais) que, outrora, pertenciam aos jesuítas. A criação desses cursos fazia parte de uma política real indispensável para a formação de futuros ocupantes de postos na burocracia estatal,¹² que supririam as necessidades do recém-instalado governo português no Brasil.

Os currículos dos cursos médicos sofreram suas principais alterações em 1813 (quando ainda eram ministrados pela Academia de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e os cursos médico e cirúrgico eram separados e com cinco anos de duração cada) e em 1884, quando os cursos foram unificados e sua duração estendida para oito anos.

Os currículos desses cursos consistiam em:

Curso de ciências médicas e cirúrgicas

1º ano: física médica, química mineral e mineralogia médicas, botânica e zoologia médicas;

¹² A fuga da família real para o Brasil demandou a criação de Academias Militares e outros cursos de nível superior na colônia, de forma a tornar viável a manutenção do centro de poder português em território além-mar.

2º ano: anatomia descritiva, histologia teórica e prática, química orgânica e biológica;

3º ano: fisiologia teórica e experimental; anatomia e fisiologia patológicas, patologia geral;

4º ano: patologia médica, patologia cirúrgica, matéria médica e terapêutica, especialmente brasileira;

5º ano: obstetrícia, anatomia cirúrgica, medicina operatória e aparelhos, farmacologia e arte de formular;

6º ano: higiene e história da medicina, medicina legal e toxicologia;

7º ano: clínica médica de adultos, clínica cirúrgica de adultos, clínica obstetrícia e ginecológica;

8º ano: clínica médica e cirúrgica de crianças, clínica oftalmológica, clínica de moléstias cutâneas e sifilíticas, clínica psiquiátrica. (Cunha, 1986: 102-103)

Ainda que os cursos não tivessem as mesmas características de antes da Reforma Pombalina e que a assimilação das descobertas e invenções européias não tivessem mais nenhum tipo de restrição – ao contrário, eram apreciadas – ,

não se deve pensar que o ensino nas escolas do Estado, no Império, fosse secularizado. A religião católica era, pela Constituição, religião de Estado. Por isso, os funcionários governamentais, entre eles os professores, tinham de prestar juramento de fé católica, podendo ser punidos por perjúrio; os estatutos das faculdades proibiam a professores e alunos ofensas à religião oficial; os doutorandos de medicina, particularmente, estavam proibidos de apresentar teses que contivessem princípios ofensivos à religião e à moral que ela legitimava; na base de todo esse aparato coercitivo, o código criminal proibia o ateísmo e a descrença na imortalidade da alma. (Cunha, 1986: 86)

Assim, se por um lado não havia restrição ao exercício profissional àqueles que professassem religião distinta da oficial; por outro, a moral que norteava sua prática devia ser a cristã. Esse constrangimento legal, além de determinar a participação historicamente demonstrada de sacerdotes como médicos e docentes em cursos médicos, determinou também a incorporação dos valores cristãos à moral profissional médica. Embora os currículos das faculdades de medicina não possuíssem ainda uma disciplina passível de equiparação com a ética médica, na prática era a moral católica, como religião oficial do Estado, que era incorporada como norteadora da moral profissional.

Das primeiras escolas médicas criadas em Salvador e no Rio de Janeiro em 1808 até as atuais 111 escolas presentes na maioria dos estados brasileiros (com

exceção, até este momento, do Amapá, Rondônia e Tocantins),¹³ temos assistido a um crescimento pouco ordenado, decorrente de pressões políticas locais e/ou interesses particulares, em detrimento de um planejamento educacional racional. Esse crescimento foi mais intenso na década de 60, quando as restrições existentes na legislação que regulava a criação de novas escolas foram flexibilizadas, com o objetivo de facilitar a expansão. Para entender isso, devemos ter consciência de que havia uma intensa pressão política pela expansão das vagas no sistema de ensino superior, especialmente por parte da classe média, cujos filhos estavam engrossando as listas dos ‘excedentes’.¹⁴ Havia, entretanto, artigos técnicos que propugnavam a ampliação do número de escolas e de vagas como uma estratégia necessária ao desenvolvimento do sistema de saúde no Brasil.

A política de liberalização dos critérios e condições para a criação de escolas médicas no Brasil, especialmente na década de 90, estabeleceu um novo ‘surto’ de crescimento quantitativo dessas escolas. Muitas iniciaram seu funcionamento sem terem autorizações oficiais, com a certeza de que não seriam impedidas de funcionar, salvo após muitos anos e se o sistema de avaliação oficial em implementação (Avaliação de Escolas e Exame Nacional de Cursos – Provão) funcionasse a contento. Até o presente momento, não existem evidências de apoio político a qualquer decisão que leve ao fechamento de alguma escola. Mesmo entre estudantes, históricos defensores ideológicos do ensino de qualidade, quando confrontados com a possibilidade efetiva de uma luta pelo fechamento de escolas sem condições adequadas de funcionamento, optam por defender o funcionamento dessas escolas, supostamente para não prejudicar seus colegas, caracterizando, em nossa avaliação, uma visão política míope, por imediatista.

A Transformação no Ensino Médico: a Reforma Flexner

O modelo de ensino médico utilizado no Brasil é fundamentado nos princípios que nortearam a chamada Reforma Flexner, nos Estados Unidos e Canadá, tendo o modelo norte-americano de universidade sido implementado

¹³ Não é possível assegurar, com exatidão, o número de escolas médicas em funcionamento no país. Existem várias escolas sendo criadas anualmente sem possuírem autorização formal para isso. O número aqui apresentado é o utilizado pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) em 5 de setembro de 2002. Nesta data, o site da Abem informava existirem 59 escolas médicas públicas e 53 privadas (<http://www.abem-educomed.org.br/mapaescolas.html>).

¹⁴ ‘Excedentes’ era como eram chamados todos aqueles que eram aprovados nos concursos de vestibular, mas, por não existirem vagas disponíveis para todos, não eram classificados.

apenas em 1968 durante a Reforma Universitária brasileira. Para a exata compreensão de nosso atual sistema de ensino, é mister que nos ocupemos inicialmente da Reforma Flexner.

Chama-se Reforma Flexner o sistema de transformações ocorridas no modelo de ensino da medicina nos Estados Unidos após a publicação, em 1910, do Relatório produzido por Abraham Flexner por encomenda da American Medical Association (AMA) – Associação Médica Americana, instituição máxima representante dos médicos nos Estados Unidos. Embora a publicação do Relatório tenha deflagrado um inequívoco processo de transformações na educação médica naquele país, ele não pode ser entendido sem sua estrita contextualização.

No início do século XIX, a maioria das universidades americanas considerava a educação uma questão de disciplina mental e moral, melhor transmitida e absorvida com currículos prescritivos e tradicionais, nos quais os métodos da ciência moderna não tinham espaço. Mas o pós-guerra¹⁵ naquele país trouxe também a necessidade de se modernizar as instituições universitárias, já que a economia estava em acelerado crescimento. Podemos dizer que a reforma do ensino médico começou por volta de 1870, como parte do amadurecimento das instituições universitárias nos Estados Unidos, e que seu desenvolvimento deveu-se em grande parte à atuação marcante de dois presidentes universitários, Charles Eliot, de Harvard, e Daniel Coit Gilman, da Johns Hopkins.

Já havia uma idéia reformista entre alguns docentes universitários, inspirada no modelo alemão de universidade, que buscava introduzir aspectos práticos no ensino superior. Para alguns, isso significava uma ênfase no ensino de habilidades úteis; para outros, o incentivo à pesquisa e o desenvolvimento do conhecimento científico. Nas palavras de Charles Eliot, eis um retrato do que era a escola médica norte-americana de então:

A ignorância e a incompetência geral da média dos graduados nas escolas médicas americanas, no momento em que se formam, que os torna inúteis para a comunidade, é algo horrível de se observar. Todo o sistema de educação médica neste país precisa de uma reformulação. (apud Starr, 1982: 113)

E foi exatamente Eliot, ao assumir a presidência da Universidade de Harvard, que impôs à Faculdade de Medicina sua integração à universidade, o estabelecimento de requisitos mais severos para o ingresso de candidatos, o

¹⁵ Refere-se à Guerra Civil Americana (1861-1865).

aumento da carga horária letiva, a introdução de atividades de laboratório em disciplinas como a fisiologia, química e anatomia patológica, bem como a adoção de normas mais rigorosas para a graduação.

Mas a universidade que mais radicalmente rompeu com o modelo tradicional foi a Johns Hopkins, que criou sua faculdade de medicina em 1893 com um curso de quatro anos de duração e a inusitada exigência de que todos os seus candidatos deveriam ter algum grau universitário prévio. Em sua concepção, a pesquisa científica e o ensino clínico passavam a ser o coração da educação médica. As iniciativas de Harvard e da Johns Hopkins estimularam a competição entre as demais escolas médicas, sendo que muitas foram progressivamente buscando a adaptação ao novo modelo de ensino médico, incompatível com o modelo de escolas puramente comerciais, já que pressupunha elevados investimentos para a contratação de docentes em tempo integral e ampla utilização de laboratórios. Apenas em quatro anos desse processo competitivo, um quinto das 162 escolas existentes em 1896 fecharam.

No início do século XX, a AMA estabeleceu a reforma do ensino médico como sua prioridade, criando um Conselho de Educação Médica composto por cinco docentes médicos das principais universidades do país. Este conselho estabeleceu um padrão de requisitos para o funcionamento das escolas médicas e, em seguida, visitou cada universidade a fim de aprová-las e classificá-las em um *ranking* de acordo com o grau de adesão ao padrão preestabelecido. Apenas 50% das faculdades então existentes foram aprovadas com classificação 'A', cerca de 25% foram classificadas com 'B' (passíveis de recuperação) e as restantes consideradas sem solução. Seu relatório jamais foi publicado, pelo temor dos danos que poderia trazer à corporação e devido à 'ética profissional' que proíbe aos médicos criticarem colegas em público.

Insatisfeita com o resultado da avaliação, a AMA contratou a Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino para fazer nova avaliação das escolas, dessa vez sem que médicos participassem do processo. O relatório da pesquisa, conduzida pelo educador, graduado em química, Abraham Flexner, foi avassalador, tornando público o desastroso sistema de formação médica de então, que acentuava a discrepância entre o nível de desenvolvimento das ciências médicas e o do ensino médico.

Além de retratar com tons dramáticos o ensino médico, Flexner incluiu em seu relatório sugestões para a transformação do ensino, que podem ser resumidas em:

- exigência da graduação de nível superior para o ingresso na faculdade de medicina e extensão do curso para quatro anos com mais um ano de internato após a graduação;
- obrigatoriedade do ensino laboratorial;
- estímulo à contratação de docentes, mesmo clínicos, em tempo integral;
- expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;
- vinculação das escolas médicas às universidades;
- ênfase na pesquisa biológica como forma de adequar a educação médica ao desenvolvimento das ciências médicas;
- estímulo à pesquisa e sua vinculação ao ensino.

Nem todas as recomendações do Relatório foram implementadas, pois eram consideradas politicamente inviáveis, como, por exemplo, a redução do número de escolas para 31. Em contrapartida, o Conselho de Educação Médica da AMA legitimou-se politicamente para atuar na prática como instância de acreditação das escolas médicas, uma vez que suas manifestações tinham força política equivalente à de uma Lei. Flexner, por sua vez, parece que preferia um modelo mais flexível para o sistema de formação médica, com mais liberdade para as escolas determinarem o perfil de seus graduados, declarando-se desencantado com a rigidez dos padrões educacionais que passaram a ser identificados com seu nome (Starr, 1982).

O fato é que, satisfeito ou não, o nome de Flexner passou a ser associado a um rígido modelo de ensino médico, que privilegiava a formação científica de alto nível, o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas (com o estímulo à especialização profissional), acreditando ser possível o entendimento do homem pelo estudo de suas partes. Este entendimento encontra-se, por exemplo, em Amargo (1996: sem página) que, em uma contundente crítica ao modelo implementado a partir do Relatório Flexner, afirma:

a pessoa humana, antes vista como sujeito do processo terapêutico, respeitada em sua dignidade, vontade, liberdade e razão, transforma-se em objeto de estudos, consumidora de tecnologia, um indivíduo como os objetos de estudo de disciplinas como a química, a física ou a botânica.

Entretanto, não existem elementos concretos que permitam afirmar que antes da Reforma Flexner o paciente desfrutasse de todo este reconhecimento,

até porque, como salientamos anteriormente, a reforma no sistema educacional buscou incorporar ao sistema de ensino o desenvolvimento já alcançado pelas ciências médicas, tendo como consequência principal a padronização da formação e do conhecimento necessários para o exercício profissional.

O Ensino Médico no Brasil Contemporâneo

Em nosso país, as repercussões da publicação do Relatório foram mais tardias, embora já fosse possível observar transformações em algumas escolas antes mesmo da primeira metade do século XIX. Nosso modelo universitário, à imagem do modelo europeu, só foi oficialmente reformulado em 1968, com a imposição da Reforma Universitária, que extinguiu as cátedras, substituindo-as pela estrutura departamental, e, no caso do curso médico, criou a obrigatoriedade de um núcleo básico, comum a todos os cursos da área da saúde, e um ciclo profissional.

A maioria dos cursos de medicina, hoje, no Brasil, ainda está organizado de acordo com o preconizado pela Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969. A recente publicação das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina ainda não repercutiu efetivamente na maioria das escolas. Assim, os cursos ainda têm uma duração média de seis anos. Durante os dois primeiros anos, os alunos dedicam-se ao estudo das chamadas matérias básicas, que a Resolução nº 8/1969 definiu como: biologia, ciências morfológicas, ciências fisiológicas e patologia (que nos currículos se traduziam nas disciplinas de anatomia, fisiologia, histologia, fisiopatologia, genética, parasitologia, higiene), além de outras freqüentemente incluídas neste momento do curso, sendo muito mais provável que sua inserção neste momento seja devido à falta de tempo disponível para a disciplina no curso profissional do que por considerá-la ‘básica’ ou por outra estratégia pedagógica (incluem-se psicologia médica e ética, entre as mais comuns).

Na maioria das escolas, entretanto, existe uma discrepância muito grande entre os conteúdos ministrados nos dois primeiros anos e aqueles do ciclo profissional, a saber: “iniciação ao exame clínico, patologia e clínica dos órgãos e sistemas; obstetrícia e ginecologia, pediatria, bases da técnica cirúrgica e da anestesia, psiquiatria, medicina legal e deontologia e estudo da saúde coletiva” (MEC, 1981). Os docentes queixam-se com freqüência e falam da necessidade de reporem alguns conteúdos do ensino secundário (tais como estatística e biologia), e os alunos, da pouca ou nenhuma relação com suas futuras ativida-

des profissionais dos conteúdos repassados, que privilegiariam a memorização de nomes e fenômenos sem que as desejáveis correlações com a futura prática clínica sejam feitas.¹⁶

Após os dois primeiros anos, o curso segue no chamado ciclo profissional. Neste momento, os estudantes passam, em geral, a freqüentar as aulas nos hospitais universitários ou de ensino.¹⁷ As disciplinas previstas neste ciclo possuem a lógica das especialidades médicas, a despeito das indispensáveis medicina interna e semiologia médica. Assim como ocorre no ciclo básico, o currículo previsto na maioria das escolas não viabiliza relações interdepartamentais. Os conteúdos se sucedem sem que se verifiquem as necessárias inter-relações. A carga horária prevista na grade curricular para cada disciplina/especialidade é motivo de intensas disputas entre os diversos departamentos dentro da faculdade, sendo na maioria das vezes meras ‘disputas de poder’ (o que não difere daquilo que ocorre na maioria das escolas de quaisquer outras profissões).

Na estranha lógica que perpassa a luta pelo poder em instituições acadêmicas, a importância de um determinado departamento para a instituição e para o curso é verificada pela carga horária total que o departamento detém na grade curricular. Outros parâmetros também muito usados referem-se tanto à quantidade de espaço físico que o departamento ocupa como ao número de seus integrantes indicados para cargos de paraninfo e patronos das turmas (com as exceções de praxe, nesta ordem de importância).

Destaque especial merece ser conferido às aulas práticas ministradas. Estas são consideradas o verdadeiro ‘coração’ da educação médica, mas, embora com sua carga horária usualmente prevista, poucas vezes são qualificadas e poucas escolas se aventuram a detalhar como essa prática se dará de fato. Até a criação dos hospitais de ensino ou universitários em nosso país, o ensino médico ocorria especialmente nas instituições de assistência médica oferecida aos pobres. O pensamento dos médicos de então justificava a utilização dos pobres atendidos nas instituições de caridade sob o argumento de que por estarem oferecendo uma assistência supostamente de alta qualidade, seria natural que

¹⁶ Não estamos nem nos referindo à dificuldade de se antever, com o tempo devido, quais os conteúdos dessas disciplinas deveriam ser ensinados em função da evolução do conhecimento científico. Referimo-nos apenas à falta de correlação lógica entre conteúdos gerais como parasitologia, epidemiologia e clínica.

¹⁷ Hospitais universitários são aqueles vinculados administrativamente a uma universidade. Hospitais de ensino são aqueles que, ainda que não tenham aquela vinculação com uma universidade, acolhem formalmente estudantes de faculdades de medicina especialmente conveniadas com este propósito. Assim, todo Hospital universitário é de ensino, mas a recíproca não é verdadeira. Teoricamente, qualquer hospital pode se tornar um hospital de ensino, especialmente nestes tempos em que a abertura de novos cursos não exige que a nova faculdade tenha o seu próprio hospital de ensino, aceitando os convênios.

aqueles fossem usados como objeto de estudo e ensino. O que parecia ser um acordo era, de fato, uma decisão unilateral dos profissionais, uma vez que estes se beneficiavam da vulnerabilidade extrema desses pacientes (na maioria das vezes sem família e sem recursos financeiros), sem que estes tivessem efetivamente a possibilidade de se recusarem a participar.

Tal comportamento contribuiu para fortalecer o paternalismo e o autoritarismo médicos em suas relações com os pacientes de hospitais de ensino. Pode-se afirmar que, particularmente nos serviços públicos de saúde, parece haver um entendimento tácito de que os pacientes possuem direitos limitados. Como veremos mais adiante no capítulo sobre as questões éticas vividas pelos estudantes de medicina dos tempos atuais, ainda hoje, médicos e estudantes (mesmo de universidades públicas e em serviços públicos de saúde) tentam justificar o fato de desconsiderarem o conforto e a vontade do paciente em nome de um suposto privilégio que os pacientes estariam tendo em serem por eles atendidos.

Nos dias atuais, podemos identificar cinco tipos de atividades práticas de clínica aos quais os estudantes podem ser submetidos durante seu processo de formação:¹⁸

- A prática nas enfermarias – inicia-se, em geral, no ciclo profissional. É o espaço tradicionalmente reservado nos currículos médicos ao contato dos estudantes com seus primeiros pacientes. Sua participação é de envolvimento progressivo, limitando-se inicialmente ao treinamento de anamnese e exame físico. Existe uma forte hierarquia nas enfermarias, com as responsabilidades pelo atendimento recaindo sequencialmente do Médico-residente (quando existente), estudante do sexto ano de graduação (no chamado internato) até o aluno do terceiro ano. Todas as atividades que os alunos que ainda não estão no internato fazem já foram feitas por alguém mais graduado, impedindo assim que os estudantes se envolvam efetivamente no atendimento prestado. Esta falta de envolvimento no atendimento é uma das razões para a busca pelos estágios extracurriculares.
- As aulas práticas – habitualmente em ambulatórios, podendo ocorrer também em anfiteatros de serviços especializados ou equivalentes.

¹⁸ Algumas das escolas médicas que introduziram modificações substanciais em seus currículos e em suas propostas pedagógicas multiplicaram os seus campos de aprendizagem, incluindo não somente unidades básicas de saúde como também centros comunitários, creches etc.

Também nesta modalidade, em geral, os alunos são observadores privilegiados de um atendimento e da apresentação de um caso clínico, podendo também ter a oportunidade, em alguns serviços e disciplinas específicas, de examinar um paciente ou mesmo um colega estudante.

- Estágio de internato – é o estágio obrigatório do curso de medicina. Tinha a duração de um ano, mas a tendência mais recente é a de estendê-lo por pelo menos 18 meses e até 24 meses. É neste momento que o estudante efetivamente participa de atendimentos e tem uma crescente responsabilidade sobre o paciente.
- Os estágios extracurriculares – estágios que ocorrem, via de regra, à revelia da faculdade de medicina. Este tipo de estágio é procurado pelos estudantes de medicina com o objetivo de se iniciarem efetivamente na prática profissional, longe do controle de seus professores. Muitos dos estágios são regulares nas instituições, com processo seletivo prévio (mas sem avaliação efetiva). Os maiores problemas relacionados com esta prática são de ordem ética (os pacientes nestes hospitais e clínicas não sabem que serão atendidos por estudantes) e mesmo técnica e pedagógica, já que não há, na maioria das vezes, uma supervisão efetiva do trabalho desenvolvido pelos alunos, podendo daí sobrevir erros de conduta e um aprendizado acrítico de rotinas terapêuticas e métodos diagnósticos.
- Atividades de extensão curricular – muitas universidades, em geral através de suas Pró-Reitorias de Extensão, oferecem aos seus alunos a possibilidade de participarem de atividades comunitárias de pesquisa e/ou assistência. A rigor, essas atividades poderiam ser classificadas em conjunto com as do item anterior (atividades extracurriculares), mas optamos por fazer referência a elas separadamente não somente por serem formalmente relacionadas com a universidade como pela supervisão oferecida – em geral satisfatória.

Pode-se afirmar, com base no estudo que Campos (1999:189) realizou em diversas escolas, identificadas como ‘tipos’ básicos das escolas existentes no país, que

86% da carga horária dos estágios práticos dos cursos médicos se desenvolvem dentro de Hospitais Universitários, são estes, pois, os espaços que compõem o denominado ‘interno’ das faculdades. Durante quase toda a fase de formação clínica, incluindo a de internato, os alunos são treinados

dentro dos denominados Hospitais Universitários. Algumas escolas têm estágios em centros de saúde, ou em outras modalidades de serviços do SUS; mas, seguramente, pode-se afirmar que seu peso qualitativo e quantitativo (14% na amostra levantada) na composição curricular é pequeno.

Esta conformação de ensino hospitalar pode ser entendida desde como um reflexo do modelo de ensino baseado nos pressupostos da Reforma Flexner, como também um mero reflexo do modelo de assistência vigente e da estrutura do mercado de trabalho em saúde (ambos denotam claramente que o local de trabalho do médico é, por excelência, o hospital). Os reflexos desses três aspectos no ensino médico são o enfraquecimento das equipes mais generalistas e sua substituição por profissionais especializados e a perda de seus eixos integradores, dividindo em compartimentos o ensino em esferas privadas com pequena integração entre si. Assim, as disciplinas são fragmentadas em pequenos feudos de especialistas que parecem estar mais preocupados em formar jovens especialistas do que repassar os conteúdos indispensáveis para a formação de médicos generalistas.

Este modelo de ensino vem sendo, desde os anos 50, periodicamente criticado, inicialmente nos próprios Estados Unidos e, posteriormente, nos países que o adotaram, como o Brasil. A cada crise, os formuladores de políticas em educação médica têm respondido com soluções que não alteram substancialmente o processo educativo, correspondendo mais a remendos do que a verdadeiras reformas.¹⁹ Os exemplos, já clássicos, vão da crítica excessiva aos aspectos curativos e ao caráter ultra-especializado dos hospitais universitários e, respectivamente, à criação dos departamentos de medicina preventiva e à criação dos programas de integração docente-assistenciais.

No último quarto do século XX, surgiram, no cenário mundial da educação e da prática médica, duas novas abordagens, uma essencialmente clínica – a Evidence Based Medicine, Medicina Baseada em Evidências (MBE) e sua derivante Evidence Based Learning, e a outra pedagógica, a Problem Based Learning, Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL). Esta última, por incorporar fundamentos do construtivismo em sua base teórica e prática, vem merecendo dos especialistas em educação a maior atenção e respeito, embora, por si só, seja insuficiente para promover as profundas transformações que o ensino médico requer.

¹⁹ Para informações mais detalhadas sobre o histórico de crises na educação médica e os movimentos de reforma, ver Almeida (1999).

Vamos nos deter um pouco mais em comentários sobre a MBE, na medida em que sua crescente difusão é, em nosso entendimento, preocupante quando explicitamente incorporada às práticas educativas. A MBE é definida como “um critério de maior certeza de determinados achados e opiniões, apoiado em dados e informações, cuja análise é feita dentro de padrões previamente estipulados” (Drummond & Silva, 1998: 3), ou uma estratégia para fazer frente à incerteza inerente à prática médica e aos custos de uma medicina cada vez mais baseada em exames complementares. Ainda segundo Drummond & Silva (1998: 16-17),

o padrão clássico das decisões médicas se fundamenta na combinação de dados coletados sobre o paciente com os conhecimentos de fisiopatologia e terapêutica e com o próprio raciocínio. A [MBE] propõe apenas que esta postura seja confirmada e embasada por fortes evidências externas, garimpadas nas fontes bibliográficas. Pretende ainda que a análise e a aplicação destas evidências suplantem aqueles modelos decisórios, sem recusá-los a priori: os critérios clínico-epidemiológicos e estatísticos passariam a ser os novos paradigmas, que poderiam aferir intuições, experiências clínicas não sistematizadas e raciocínios de causa e efeito.

Outros autores, como Atallah & Castro (2000), vinculados a uma das redes internacionais de difusão da MBE com sede na Escola Paulista de Medicina, afirmam que

a Medicina, durante muito tempo, baseou-se nas experiências pessoais, na autoridade dos indivíduos com maiores títulos acadêmicos e nas teorias fisiopatológicas. (...) Dá especial atenção ao desenho da pesquisa, à sua condução e à análise estatística. No tocante ao método de pesquisa, ele se baseia na associação de métodos epidemiológicos à pesquisa clínica chamada Epidemiologia Clínica. Esse conjunto se completa com métodos bem definidos para avaliação crítica e revisões sistemáticas da literatura médica.

Uma definição mais completa para a MBE é considerá-la como

a prática de se utilizar a melhor evidência disponível para a tomada de decisões sobre o cuidado dos pacientes, o planejamento e implementação de serviços de saúde e o desenvolvimento de políticas de saúde. Esta abordagem é especialmente preocupada com o uso das estimativas matemáticas da probabilidade e o risco na tomada de decisões.²⁰

²⁰ Conforme <http://www.ucl.ac.uk/openlearning/training/index.htm>

Lembremos que a grande transformação observada na Reforma Flexner foi justamente a busca da adequação do ensino médico aos avanços do conhecimento científico de seu tempo. Não é um fato, demonstrável sem contes- tações, a afirmação de que a medicina não se pautou no conhecimento obtido mediante a pesquisa científica. A grande mudança que se observa hoje neste aspecto é que, com o desenvolvimento e a massificação do uso da informática nos últimos anos e, especialmente, com o desenvolvimento da Internet, o conhecimento científico produzido está disponível e acessível mais rápida e facilmente.

Uma revisão de artigos sobre um determinado problema, que no passado recente demandava muitas e muitas horas de pesquisas em bibliotecas e cujo resultado incluía uma grande probabilidade de não esgotar o assunto ou mesmo de deixar de ler os artigos mais relevantes sobre o tema, hoje, com a micro- informática, este conhecimento e seleção está disponível na maioria das casas ou consultórios particulares dos médicos. Outro fenômeno contemporâneo aparentemente relevante é o surgimento de empresas que se dedicam a realizar as revisões sistemáticas que são preconizadas pela MBE, o que torna ainda mais fácil o acesso a estas informações.

Ainda que haja uma preocupação explícita em não menosprezar a experiência clínica, a afirmação de que esta deverá ser confrontada com a bibliografia disponível é, de fato, a sua negação. A experiência clínica só pode ser entendida como uma experiência adquirida com a prática e que, freqüentemente, se contrapõe ao conhecimento disponível nos textos especializados. E como pode a experiência clínica se contrapor ao conhecimento formalmente disponível? Uma das explicações mais razoáveis está no fato de a medicina, em si, não ser uma ciência, mas uma prática que se ampara em diversos campos da ciência. Mas esta contradição de Drummond e Silva, consistente em pretender assegurar o respeito à experiência clínica desde que ela esteja amparada pelo conhecimento científico formal, é apenas um dos pontos de crítica à MBE.

Outro ponto controverso na MBE está no fato de se buscar fundamentar sua estratégia de ação, ou, como ele prefere, estabelecer como novo paradigma, “critérios clínico-epidemiológicos e estatísticos” (Drummond & Silva, 1998: 17). A utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos, se feita de forma criteriosa, pode de fato auxiliar a prática clínica. Com efeito, os dados epidemiológicos referem-se a populações, não a casos específicos, assim como uma eventual certeza estatística não passa, a rigor, de uma boa probabilidade, havendo sempre uma margem de erro associada que pode, ao desviar o médico de seu raciocínio

e experiência clínica, levar a consequências danosas aos pacientes concretos e singulares que freqüentam seu consultório.

A MBE, contudo, “ao exigir formulação precisa das questões, requer, implicitamente, exame acurado do paciente, indagação exaustiva dos respectivos dados e contemplação da situação concreta, nela incluídas suas necessidades emocionais” (Drummond & Silva, 1998: 16), o que, no entender de Drummond e Silva, asseguraria a humanização do relacionamento médico/paciente. Esta é, em verdade, mais uma armadilha em que pessoas, mesmo bem intencionadas, podem cair ao discutirem a necessidade de se melhorar o padrão da relação médico/paciente: reduzir a discussão ao plano da trama de afetos e desejos. Considerar as necessidades psicológicas dos pacientes por si só não significa o respeito à condição humana desse paciente, muito menos o respeito à sua autonomia. No caso, os autores confundem a autodeterminação do paciente com suas necessidades emocionais e, da mesma forma, com a necessidade de receber informações mais precisas sobre a evolução e prognóstico de sua enfermidade.

Resumindo, parece-nos que a MBE pode ter uma grande contribuição a oferecer na formação e prática médicas, devido a seu enfoque estatístico e ‘quantitativo’, mas não pode ser elevada à condição de método para a obtenção da certeza absoluta ou, ainda, de instrumento básico para a consulta clínica, visto que esta sempre deverá dar-se no encontro/desencontro entre um médico (ou prestador de serviços) e um paciente (ou usuário), no qual o aspecto qualitativo é constitutivo da própria relação e, provavelmente, de seus resultados. Ademais, e querendo ser rigorosos com as palavras, muitas das assim chamadas ‘evidências’ são de fato indícios a serem interpretados, dando, portanto, margem a erros de interpretação, inclusive com as técnicas diagnósticas mais sofisticadas.

Questões Contemporâneas na Educação Médica no Brasil

Do início da década de 60 até os dias de hoje, ocorreu um enorme crescimento no número de escolas médicas, de estudantes de medicina e de graduandos. Esse crescimento foi determinado, entre outras razões, pela necessidade de se desenvolver o setor saúde no Brasil e por necessidades políticas circunstanciais (como a decisão de se criar ao menos uma universidade pública federal por estado e de estimular a participação do setor privado da economia

no setor educacional). Após um crescimento avassalador no número de escolas médicas (em 1968 chegaram a ser criadas 13 escolas), a corporação médica conseguiu frear este crescimento durante a década de 70 até o final dos anos 80, quando novamente voltou a ser autorizada a criação de novas escolas médicas.

Esta liberação foi aceita pela corporação médica porque foram estabelecidas, pelo governo federal, normas que regulariam qualquer tentativa de criação. Tais normas nunca chegaram a ser realmente efetivas e cumpridas, já que a maioria dos grupos de investidores interessada em criar escolas médicas encontrou caminhos para desrespeitar o decreto presidencial, com a conivência de instâncias administrativas do Ministério da Educação.

A política adotada pelo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, a despeito de umas tímidas e frustradas tentativas de impedir a criação de novos cursos médicos à sua revelia no início de seu primeiro mandato, passou a admitir a livre criação desses cursos e a investir em uma política de avaliação do funcionamento dessas escolas, com critérios muito semelhantes aos utilizados pela Comissão de Ensino Médico da Associação Médica Americana no início do século XX (conforme descrito anteriormente). No que tange ao currículo médico, foi assegurada uma maior autonomia às escolas em sua determinação, limitando-se o governo federal a listar o perfil desejado para os estudantes de medicina e criar um exame nacional para todos os graduandos. Segundo a Portaria 126 de 1º de fevereiro de 1999, do ministro da Educação, publicada no DOU de 2 de fevereiro de 1999, o perfil delineado para os graduandos em medicina é:

- a) cidadão com atitude ética, formação humanística e consciência da responsabilidade social;
 - b) capacidade de compreender, integrar e aplicar os conhecimentos básicos à prática clínica;
 - c) formação para atuar em nível primário de atenção e resolver, com qualidade, os problemas prevalentes de saúde;
 - d) formação para o atendimento das urgências e emergências;
 - e) capacidade de lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;
 - f) formação para aquisição e produção do conhecimento, com capacidade de aprendizado contínuo durante toda a vida profissional;
 - g) capacidade de atuar em equipe interdisciplinar e multiprofissional.
- (Brasil, 1999)

Já em seu artigo 5º, as diretrizes curriculares apontam os conteúdos essenciais na perspectiva desse perfil e habilidades definidas:

- a) Ciências morfológicas: Anatomia, Biologia Celular e Molecular, Embriologia, Genética, Histologia;
- b) Ciências fisiológicas: Bioquímica, Biofísica, Farmacologia e Fisiologia;
- c) Mecanismos de defesa e agressão: Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e Patologia Geral;
- d) Ciências do comportamento aplicadas à saúde: Psicologia Médica;
- e) Saúde Coletiva, Epidemiologia, Bioestatística, Saúde do Trabalhador; Administração em Saúde;
- f) Ciências sociais aplicadas à saúde: Ética, Bioética e Deontologia;
- g) Iniciação ao exame clínico: Propedêutica e Imagenologia;
- h) Metodologia científica;
- i) Conteúdos básicos das especialidades clínicas: Anestesiologia, Cardiologia, Dermatologia, Emergências Clínicas, Endocrinologia, Gastroenterologia e Nutrição, Geriatria, Hematologia, Imunologia Clínica e Alergia, Infectologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Patologia Especial, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Medicina Legal;
- j) Aspectos clínicos das seguintes especialidades: Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Urologia;
- k) Cirurgia: Bases da Técnica Cirúrgica e Anestésica, Cirurgia Ambulatorial, Prática em Centro Cirúrgico e Propedêutica Cirúrgica;
- l) Ginecologia e Obstetrícia: aspectos clínicos e cirúrgicos da Ginecologia Geral e Obstetrícia Geral;
- m) Pediatria: Medicina geral da criança, Puericultura e Nutrição. (Brasil, 1999)

Tais iniciativas, polêmicas e muito questionadas pela corporação médica através de suas diversas entidades representativas, ainda não demonstraram sua eficácia no enfrentamento dos problemas da educação médica no Brasil, mas seus resultados após o primeiro ano são extremamente alvissareiros.

Desde a primeira tentativa governamental de se instituir um sistema de avaliação do ensino médico externo à corporação (1990), as diversas entidades representativas dos médicos se uniram na criação do que desejavam que fosse o Sistema de Avaliação utilizado (criado e executado pela corporação médica): a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem). Seus objetivos, apresentados na chamada 1ª fase do Projeto eram:

- 1. Avaliar o Ensino Médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população.
- 2. Propor medidas a curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências hoje encontradas.
- 3. Criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas.

4. Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada. (Basile, 1999: 308)

As conclusões da chamada 1ª fase, relacionadas com um diagnóstico da infra-estrutura das escolas médicas brasileiras, apesar dos graves erros cometidos em sua análise devido à existência não controlada de vieses de informação, foram difundidas e refletiriam uma certa situação de caos generalizado, sem que nenhum grupo de escolas se destacasse positiva ou negativamente dos demais. O erro aqui assinalado deveu-se ao fato de a equipe técnica ter considerado como sem recursos (físicos ou humanos) aquelas faculdades que deixaram de apresentar respostas em algum dos 266 quesitos que compunham o questionário.

Assim, por exemplo, quando uma faculdade deixava de responder sobre o número de consultórios médicos existentes em seu hospital universitário, sua falta de resposta era computada como capacidade instalada 'zero' para consultórios médicos. O erro, apesar de ter sido repetidas vezes anunciado e algumas vezes admitido, jamais foi corrigido em publicações.

Sua 2ª fase, caracterizada como um estudo de coorte na avaliação dos discentes, com a aplicação de questionários de avaliação cognitiva em diversos momentos, a realização de um estudo do perfil dos docentes médicos e da avaliação do modelo pedagógico, contou com a participação voluntária de apenas 47 escolas médicas.

A 3ª fase manteve a estratégia de avaliação dos alunos através de uma prova e busca à implementação de mudanças na escola médica com a criação de comitês assessores e a mobilização de docentes e discentes pela transformação.

Após dez anos de funcionamento, a Cinaem ainda não conseguiu produzir resultados concretos que afastassem a imagem de uma ação corporativista e que sugerissem ser este o caminho mais eficaz na construção de alternativas ao modelo vigente no Brasil. Persiste-se dando muita ênfase na identificação e na elucidação dos entraves do processo educativo, enfoca-se ora o docente, ora o discente, ora a infra-estrutura e os meios de ensino, mas parece que persiste ainda a falta de idéias, indicada por Martini (1990), embora esta falta não seja apenas latino-americana. Em suma, mais do que falta de vontade de mudar, o que parece prevalecer é a total falta de idéia de para onde e como ir.²¹

²¹ No ano de 2002, os Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria com a Abem, criaram o Programa de Incentivo para Mudanças Curriculares para Faculdades de Medicina que, pela primeira vez, aponta não apenas uma direção concreta para as mudanças, respeitando as peculiaridades, idiosincrasias e autonomia de cada faculdade, mas também oferecendo recursos financeiros e consultorias para o processo.

Esta crítica, todavia, não deve ser entendida como se fôssemos simplesmente contrários ao esforço empreendido pela Cinaem, como poderão assegurar aqueles que não querem discutir o assunto, por razões mais ou menos nobres. Entendemos que a Cinaem possibilitou a manutenção da discussão sobre a educação médica na agenda de diversos atores, com alguns resultados louváveis e meritórios. Mas a rigor, quando comparamos como está o ensino médico hoje com o de 1990, poucas das mudanças observadas podem ser corretamente atribuíveis ao processo empreendido pelas entidades que compõem a Cinaem.

Tomemos, como exemplo, a questão da formação humanística do estudante de medicina, que constitui o enfoque de nosso estudo. Não é difícil encontrar, nos diversos anais de encontros de profissionais interessados em educação médica, recomendações ou observações sobre a importância de se investir neste sentido na formação.

Da Declaração de Edimburgo, na qual está propugnado que se deve “organizar os programas de ensino e os sistemas de avaliação de modo a garantir a aquisição das competências profissionais e dos valores sociais e não somente a memorização da informação” (Chaves & Rosa, 1990: 138) até a recente World Medical Association Resolution on the Inclusion of Medical Ethics and Human Rights in the Curriculum of Medical Schools World-Wide (WMA, 1999),²² para ficarmos em apenas dois momentos significativos mundialmente, a literatura está cheia de exemplos. Mas parece que ainda estamos no início de uma caminhada no sentido de conhecer melhor esta realidade que queremos mudar.

Temos sido razoavelmente satisfatórios na realização de macrodiagnósticos, mas pouco atentos a situações específicas. Talvez tenhamos sido bons o suficiente para a crítica política, mas incapazes de elaborar a análise técnica, e é nesta perspectiva que se insere o presente livro: aprofundar as discussões sobre o que é a formação moral do estudante de medicina, sobre o que ele vivencia em seu dia-a-dia de aluno e como ele reage a estas situações. Para tal, antes de apresentarmos os resultados de nossa pesquisa, refletiremos sobre as teorias explicativas sobre o desenvolvimento moral, mais especificamente sobre as teorias da ‘aprendizagem social’ e a ‘estruturalista’.

²² “1. considerando que a Ética Médica e os Direitos Humanos constituem-se uma parte integrante do trabalho e cultura da profissão médica e 2. considerando que a Ética Médica e os Direitos Humanos constituem-se uma parte integrante da história, estrutura e objetivos da Associação Médica Mundial (AMM); 3. está por este meio resolvido que a AMM recomenda fortemente a Escolas Médicas do mundo inteiro que o ensino de Ética Médica e Direitos Humanos sejam incluídos como um curso obrigatório em seus currículos” (WMA, 1999).