

**O ENSINO MÉDICO NO BRASIL E NA ARGENTINA:  
UMA ABORDAGEM COMPARATIVA**

**Lilian Koifman**

**Tese de Doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da  
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de grau de Doutora em Saúde  
Pública.**

**Orientadores: Luiz Fernando Rocha Ferreira da Silva  
Marcela Mollis**

**Rio de Janeiro, 2002**

## AGRADECIMENTOS

A Luiz Fernando Ferreira, querido orientador, pelo apoio e incentivo durante os anos do curso de doutorado, por estimular minhas idéias, ainda que nem sempre concordasse com elas... A orientação foi um desafio constante, no sentido de tornar tais idéias cada vez mais claras.

A Marcela Mollis, sábia orientadora: pelo conhecimento, experiência na área de educação superior comparada, carinho, disposição ao orientar-me e ajudar na minha adaptação ao novo campo de pesquisa. Talvez ela não soubesse, quando aceitou ser minha orientadora, que teria tanto trabalho... Com doçura e firmeza me permitiu aprender com a orientação.

A Armando Cypriano Pires, pelas leituras atentas na última hora e sábias opiniões... e pelo afeto... grande inspirador das primeiras questões que deram início a esta trajetória.

A Gilson Saippa, pelas discussões tão importantes e pelos dados fundamentais relativos ao atual andamento do currículo da UFF. Depois de tantas discussões, agora estamos “intercambiando” nossos “campos” de estudo...

A Aluísio Gomes da Silva Júnior, Mônica T. Mascarenhas, Marcos Moreira, João José Marins, Hugo C. B. Tomassini, Elizabeth Clarkson de Mattos e Marco Porto, pelo incentivo durante toda a pesquisa, pela ajuda na coleta de dados e pelas discussões enriquecedoras já há vários anos...

A Luiz Antônio Santini, pela entrevista e pela disponibilidade em dividir a história de parte da construção do processo de reformulação curricular da UFF.

Aos professores da Faculdade de Medicina da UBA, que me permitiram participar das reuniões de reformulação curricular e que tão bem me receberam. Em especial a Daniel Sordelli, Antônio Varutia, Amanda Galli e Nidia Schuster.

A Dévora Mirson, pelo apoio e cuidado e pela disponibilidade e amizade, indispensáveis à minha adaptação em Buenos Aires.

A Andrea Berenblum e Pablo Gentili, pelo material, pelas idéias, pelo apoio e pelos anos de amizade.

A Elizabeth Palatnik, pelo apoio e pela amizade. Pelo carinho, troca e companherismo.

A Joice Niskier, amiga há mais de trinta anos e cúmplice de todas caminhadas.

A Maria Inêz do Espírito Santo, pelos anos de escuta e permanente estímulo para que este trabalho fosse realizado com prazer e dedicação.

A Ethel Mariam Voloch, quem me ensinou o significado de uma boa relação médico-paciente...

Aos meus pais, Victor e Clara, pela vida e pelo exemplo. Pelo amor e incentivo.

A Emilio Taddei, pelo constante estímulo, compreensão, ajuda e amor.

Ao CNPq e à CAPES, pelas bolsas de estudo, de doutorado e sanduíche, respectivamente, sem as quais esta pesquisa não poderia ter sido realizada.

## RESUMO

Esta tese, composta por três artigos, uma introdução e uma conclusão, descreve dois processos de reformulação curricular do curso de medicina, nas últimas duas décadas – da Universidade Federal Fluminense e da Universidade de Buenos Aires – através de uma abordagem comparativa. No primeiro artigo, “O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense” discutimos a construção do modelo biomédico, as críticas ao modelo identificadas na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) e a análise desse processo de reformulação curricular. No segundo artigo, “O processo de reformulação curricular do curso de medicina da UBA”, apresentamos um relato das diversas tentativas de reformulação curricular da medicina desenvolvidas na Universidade de Buenos Aires desde a década de 80, os antecedentes históricos e culturais da universidade Argentina e as interfaces do modelo universitário. O terceiro artigo, “O processo de reformulação curricular do curso de medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparada”, compara os dois processos de reformulação curricular, da UFF e da UBA, no contexto das reformas educacionais que os dois países vêm sofrendo e nas tentativas de conciliar as demandas internas do campo de saúde e educação com as exigências das agências financiadoras internacionais.

**Palavras-chave:** educação médica, educação superior comparada, currículo médico, Mercosul educativo, reformulação curricular.

## ABSTRACT

This thesis is compound by three articles, the introduction and a conclusion which describes by means of a comparative approach the curriculum reform process of the Medical Course both of Federal Fluminense University (UFF) and University of Buenos Aires (UBA), in the last two decades. In the 1<sup>st</sup> article, “The biomedical model and the reformulation of the medical curriculum of Federal Fluminense University”, we discuss the construction of the biomedical model. The identified criticism in the curriculum reform model of the Medicine Course of UFF and the analysis of this curricular reform process. In the 2<sup>nd</sup> article, “The Curriculum Reform Process of UBA”, we present a report of the various curriculum reform attempts in the UBA Medicine Course since the 80’s, the historical and cultural antecedents of the Argentinean and the university model interfaces. The 3<sup>rd</sup> article, “The curriculum reform process of the medical course in Brazil and Argentina: a comparative approach” compares both curriculum reform process, the ones of UFF and UBA, in the educational reform context that both countries have been undergoing and the attempts to adjust the internal needs in Health and Educational areas with the international finance agencies demands.

**Key words:** medical education, comparative higher education, medical curriculum, educative Mercosul, curricular reform.

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	5
<b>I. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense</b> .....	23
Introdução	
A construção do modelo biomédico	
Raízes da medicina social no mundo e no Brasil	
O processo de reformulação curricular	
O novo currículo pleno do curso de Medicina da UFF	
Conclusão	
Referências bibliográficas	
<b>II. A reformulação curricular do curso de Medicina da Univesidade de Buenos Aires (1986 - 2002)</b> .....	48
Introdução	
O Estado avaliador, as reformas das universidades e o papel das agências internacionais	
Estado e regionalização: as políticas do Mercosul	
Reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA (1986-2002)	
A gestão da UBA e a volta à democracia	
As novas experiências curriculares (1986-1998) no contexto político neoliberal	
O Plano B	
O Ciclo Pré-Universitário de Ingresso em contradição com o estatuto da UBA	
Proposta de reformulação curricular de 1999	
Organização curricular da proposta (1998-1999)	
A mudança de decano: qual sua influência na reformulação curricular?	
A atual proposta de reformulação curricular (2000-2001)	
Considerações finais	
Referências bibliográficas	
Anexos	
<b>III. O processo de reformulação curricular do curso de Medicina no Brasil e na Argentina: uma abordagem comparativa</b> .....	84
Apresentação	
Os processos de reformulação curricular: o caso da Faculdade de Medicina da UFF e o caso da Faculdade de Medicina da UBA	
O processo de reformulação curricular do curso de Medicina da UFF	
O processo de reformulação do curso de medicina da UBA	
Uma análise comparativa	
Contexto sociopolítico	
Autonomia universitária e avaliação institucional	
Acompanhamento pedagógico das reformulações	
Sistema de ingresso universitário	
Objetivos da formação médica/papel social do médico	
Reflexões que surgem da comparação	
Referências bibliográficas	
<b>Conclusões finais</b> .....	110

## INTRODUÇÃO

A presente tese de doutorado, através dos três artigos que a compõe, pretende descrever dois processos de reformulação curricular, desenvolvidos nas últimas duas décadas, nas faculdades de Medicina da Universidade Federal Fluminense (Rio de Janeiro) e Universidade de Buenos Aires (Buenos Aires) e lançar um olhar comparativo sobre ambos.

Perguntamos-nos se os dois processos de reformulação curricular, além de seguir critérios acadêmicos e necessidades de mudança do papel social do médico e às inovações na área médica, têm sido influenciados pelas mudanças no panorama regional e internacional. A seguir, descrevemos esse contexto.

Através de entrevistas e acompanhamento dos processos de reformulação curricular, nosso objetivo foi o de conhecer e analisar os processos pelos quais vêm passando ambas as faculdades, bem como compreender a influência do contexto sociopolítico e cultural na elaboração, composição e formulação desses novos currículos.

Com os instrumentos de educação comparada, buscamos a explicação da construção social e histórica do campo de estudo e de suas relações com os espaços de saber e de poder circundantes. E, paralelamente, tentamos compreender tanto as fragilidades quanto as potencialidades do objeto delimitado neste estudo.

### **A mundialização das reformas e a educação superior**

Nas duas últimas décadas as universidades latino-americanas têm passado por discussões e reformas nacionais de ensino superior bem como por reformulações de cursos e grades curriculares.

A substituição do chamado “Estado de Bem-Estar” por um Estado que avalia a prestação dos serviços, mas descentraliza a administração educativa, teve muito impacto sobre as dinâmicas de poder econômico e político e promoveu profundas mudanças e reformas nos sistemas de educação superior latino-americanos (Mollis, 1999).

A hegemonia que tem alcançado o projeto de políticas neoliberais teve como contexto, para consolidar-se, a frágil instituição que marcou a transição para a democracia nos países que saíam das ditaduras e as especificidades de regimes políticos democráticos de caráter tutelar e com alto grau de corrupção. Gentili (1998) aponta que os programas de estabilização e reforma econômica propostos pelo chamado Consenso

de Washington<sup>1</sup> incluem dez tipos específicos de reforma, que foram sempre implementadas com intensidade pelos governos latino-americanos: disciplina fiscal; redefinição das prioridades do gasto público; reforma tributária; liberalização do setor financeiro; manutenção de taxas de câmbio competitivas; liberalização comercial; atração das aplicações de capital estrangeiro; privatização de empresas estatais; desregulação da economia; proteção de direitos autorais (Portella Filho, 1994 *apud* Gentili, 1998:14).

As propostas de reforma educacional, ainda de acordo com Gentili (1998), também têm sua regularidade, verificada na expansão de um mesmo núcleo de diagnósticos, propostas e argumentos acerca da crise educacional e suas supostas saídas, assim como na circulação e no impacto que os documentos e recomendações do Banco Mundial e do FMI têm na definição das políticas públicas destinadas a esse setor. Nestas propostas, são a avaliação das instituições educacionais e o estabelecimento de critérios de qualidade que permitem dinamizar o sistema, mediante uma lógica de prêmios e castigos que estimulam a produtividade e a eficiência.

Díaz Barriga explica por que a avaliação é uma estratégia utilizada nas reformas: “a avaliação tem um papel estritamente associado ao desenvolvimento do pensamento neo-conservador, o triunfo das leis de mercado, a exacerbação da competição – em detrimento da colaboração – como um novo darwinismo social, no qual se beneficiarão os melhores, os mais preparados e os mais audazes”(1998:80). Ainda segundo o autor, na perspectiva dos órgãos internacionais, a avaliação é eminentemente uma prática estatal e uma manifestação da transição entre o “Estado de Bem-Estar” (de controle governamental ou interventor) e o “Estado avaliador”.

Trata-se, portanto, de transferir a educação da esfera da política para a esfera do mercado, de negar-lhe sua condição de direito social, de transformar a educação em uma possibilidade de consumo individual, variável segundo o mérito e a capacidade dos consumidores (Gentili, 1998).

Na América Latina, as políticas neoliberais implementadas a partir da década de oitenta seguindo os lineamentos do “Consenso de Washington”, foram os veículos da “mercantilização” da esfera pública. Esse processo se deu tanto através da asfíxia e redução do orçamento (conseqüência dos planos de ajuste promovidos pelos organismos

---

<sup>1</sup> Os meios acadêmicos e jornalísticos popularizaram o conjunto de reformas orientadas para garantir um rigoroso programa de ajuste econômico como o Consenso de Washington (Gentili, 1998).

internacionais e implementados pelos governos da região) como da privatização de serviços públicos, cujo exemplo mais ilustrativo da década de noventa foi a Argentina. Essa transferência progressiva de serviços públicos para a esfera privada, como a educação e a saúde, resultou em um crescimento do setor privado que, no caso da educação, tenta apropriar-se de maneira crescente da “rentabilidade educativa” tradicionalmente “retida” na esfera pública.

Isso se dá através das pressões e imposições dos organismos internacionais de financiamento sobre os governos latino-americanos – que encontraram base de apoio nas elites econômicas, políticas e culturais, – que vêm implementando e legitimando os princípios e propostas do ajuste neoliberal.

A dinâmica das respostas locais às reformas demanda um tipo de reflexão sobre a avaliação e o credenciamento e seu impacto na inovação universitária em uma perspectiva comparada, bem como sobre as especificidades de cada uma das reformas do currículo médico nos dois países.

A avaliação e o credenciamento universitários constituem dois pontos-chave fundamentais para entender as tendências mundializantes em matéria de políticas para o campo da educação superior no Brasil e na Argentina e aparecem no contexto da reformulação do currículo da medicina (mais adiante descreveremos os mecanismos de avaliação e credenciamento dos dois países). As recomendações do Banco Mundial e de outras agências internacionais vêm influenciando a construção das políticas educacionais do Mercosul.

Para Roberto Leher, a participação do Banco Mundial não se limita à mera assessoria técnica, como os empréstimos fazem supor, visto que esta instituição, assim como o FMI, atua por meio de condicionalidades. O autor acrescenta que os países acatam as condições das agências porque, caso um determinado país se recuse a aplicar uma política, o banco pode não conceder o seu aval “e deixá-lo à margem do mercado internacional de capitais” (Leher, 2001: 185).

### **O problema**

Em nossa proposta de discussão do processo de reformulação curricular de cursos de medicina no Brasil e na Argentina, considerando os casos da Universidade Federal Fluminense e da Universidade de Buenos Aires, partimos do marco das reformas do ensino superior na América Latina e de suas discussões na área de educação. Buscamos revelar um conjunto de tensões que se produzem entre as

particulares culturas de organização universitária, as demandas pela uniformidade da mundialização e a busca do controle burocrático derivado da regionalização do Mercosul (a necessidade de equivalências no credenciamento de programas e títulos, uniformidade de condições de acesso, etc.).

Ambos os países estão passando por processos de profunda reformulação de seus sistemas educacionais, articulados com as políticas neoliberais de reforma econômica e de diminuição do papel do Estado nas respectivas sociedades. Entretanto, mesmo existindo semelhanças formais em diversos aspectos, o exame das realidades brasileira e argentina revela diferenças que não devem ser negligenciadas.

Comparando-se os processos de reformulação curricular das faculdades de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade de Buenos Aires (UBA), quais as aproximações e divergências, levando em conta cada contexto local e regional?

Considerando que há um processo de integração curricular no Mercosul sendo desenvolvido, até que ponto tal processo está presente e influi nas discussões de reformulação curricular na UFF e na UBA?

Quais são as motivações que, no contexto de crise dos sistemas públicos de educação e de saúde brasileiros e argentinos e suas respectivas reformulações, orientam as reformas curriculares?

### **Unidades de Análise**

As unidades de análise são os currículos de formação médica no Brasil e na Argentina, mais especificamente o processo de reformulação do currículo médico em ambos os países, estudando os casos da UFF e da UBA.

O processo de reformulação do currículo da Medicina da UFF, iniciado em 1983, teve sua proposta de reformulação terminada no ano de 1992 e sua implantação começou a ser feita a partir de 1994 (Koifman, 1998).

A Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA), desde 1983, passou por várias tentativas de reformulação curricular. O mais recente processo de reformulação curricular tem dois momentos: o primeiro durante os anos de 1999 e 2000 e o segundo a partir de dezembro de 2000 até a presente data (Koifman, 2001).

A escolha da Faculdade de Medicina da UFF como unidade de análise do caso brasileiro se deve ao fato de que sua proposta de reformulação curricular tem sido

considerada referência para a área de educação médica em congressos nacionais e internacionais. Além disso, desde sua implementação, o chamado ‘novo currículo’ continua a sofrer uma série de mudanças e adaptações, o que reflete o caráter dinâmico da proposta e da Faculdade. Salientamos, ainda, o fato de termos tido a oportunidade de acompanhar o processo de reformulação curricular com observação participante, desde 1991 até sua implantação, em 1994.

A escolha da Faculdade de Medicina da UBA como unidade de análise do caso argentino se deve ao fato de ser ela considerada a principal faculdade médica na Argentina e de grande parte do debate sobre a orientação e o perfil profissional do médico nesse país ser influenciado pelos processos desenvolvidos na UBA. Outro ponto de relevância é a atual discussão curricular que vem sendo realizada na instituição e a elaboração de uma nova proposta nesse sentido, processo do qual participamos com observação participante. E, ainda, nos interessou o fato de essa faculdade ter sido a única que resistiu a entrar no programa de avaliação do Ministério de Educação Argentino (Comissão Nacional de Avaliação Credenciamento Universitário - CONEAU).

A seguir, descreveremos a evolução dos processos de avaliação e credenciamento do ensino superior nos dois países.

### **A evolução dos processos de avaliação e credenciamento do ensino superior**

Na década de 90, tanto as universidades brasileiras quanto as argentinas desenvolveram processos de avaliação e credenciamento do ensino superior. Mas a origem e o desenvolvimento dos sistemas de avaliação e credenciamento nestes dois países começaram em momentos diferentes.

No Brasil, desde a década de 60, do século XX, já se começava a discutir a avaliação institucional. Foi a partir da Reforma Universitária de 1968, implantada durante a ditadura militar, que se constituiu o sistema departamental e o novo padrão de carreira universitária, com o fim das cátedras. Houve a expansão do sistema de pós-graduação e outras mudanças decorrentes da implantação do modelo norte-americano de universidade. Este substituiu os modelos clássicos alemão e francês – que exerceram forte influência nas universidades brasileiras até a década de 60 –, dando lugar à busca da racionalização das universidades, sobretudo das públicas, que serão reatualizadas com mais força nas décadas de 80 e 90. (Paula, 2001). A Reforma Universitária, no contexto dos acordos MEC/USAID, trouxe embutidas as idéias avaliadoras e abriu

caminho para um sistema universitário que incluía a avaliação e o credenciamento como parte inerente.

A primeira experiência se instaurou através da avaliação dos cursos de pós-graduação, na qual a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) teve papel fundamental. Em 1979, a CAPES realizou sua primeira avaliação institucional “por pares<sup>2</sup>”. Na segunda metade da década de 80 e em toda a década de 90, o Ministério de Educação e Cultura (MEC) passou a criar departamentos e órgãos com funções de avaliação e controle do ensino superior. Como exemplos podemos citar os seguintes órgãos e programas: Comissão Nacional de Reformulação da Educação Superior, criada em 1985; Grupo Executivo de Reformulação da Educação Superior (GERES), em 1986; Comissão Nacional de Avaliação e Programa de Avaliação das Universidades Brasileiras (PAIUB), em 1992; Exame Nacional de Cursos (ENC ou Provão), em 1996.

Foi a partir do relatório da Comissão Nacional para a Reformulação da Educação Superior, em 1985, que o trinômio autonomia-avaliação-financiamento despontará nas novas políticas e propostas para a universidade brasileira. As propostas contidas no relatório reatualizam várias medidas contidas na legislação referente à Reforma de 68.

No caso das universidades argentinas, as discussões a respeito da avaliação institucional começaram a desenvolver-se fundamentalmente a partir da década de 90, com a promulgação da Lei de Educação Superior em 1995. A Lei e decretos de lei passaram a criar órgãos responsáveis pela avaliação e credenciamento do ensino superior.

A Lei foi promulgada em meio a inúmeros debates e manifestações contrárias a mesma. A autonomia é um princípio fundamental na comunidade acadêmica argentina, promulgada na Reforma Universitária de Córdoba de 1918. Para os defensores da autonomia universitária, a avaliação, como foi desenhada – de forma autoritária – é vista como uma intromissão indevida do Estado. A montagem do sistema de avaliação comum às universidades públicas e privadas, e que estimula o estabelecimento de critérios de eficiência e competitividade, é rejeitado pela maioria das universidades nacionais.

---

<sup>2</sup>A metodologia utilizada desde o início foi a da avaliação por pares, escolhidos entre professores/pesquisadores, atuando nos vários programas existentes no país. Utilizam as informações fornecidas pelos próprios programas de pós-graduação, processada pela CAPES.

Os órgãos criados pelo Ministério de Educação a partir da Lei são os seguintes: Conselho Nacional de Educação Superior (CNES), em 1993; Secretaria de Políticas Universitárias (SPU), em 1993; Comissão de Credenciamento Universitário (CAP), em 1994; Comissão Nacional de Avaliação Credenciamento Universitário (CONEAU), em 1996.

Cada comissão de avaliação externa deverá ser constituída por pares, nomeados pela CONEAU ou por entidades que a substituam, como a das universidades privadas.

Na área específica da medicina, ainda foi criado um órgão com funções de avaliação e credenciamento específicos na área do ensino médico: AFACIMERA (Associação Argentina de Escolas de Ciências Médicas da República Argentina).

Apesar das diferenças descritas anteriormente, há semelhanças marcantes nos mecanismos de avaliação e credenciamento dos dois países. A Argentina parece tender a adotar certas práticas vigentes no Brasil<sup>3</sup>, tanto na pós-graduação quanto na graduação. Além do intercâmbio constante de técnicos e dirigentes dos respectivos Ministérios de Educação, no marco das reuniões do Mercosul Educativo, é importante salientar a presença das recomendações contidas nos relatórios do Banco Mundial “sobre as funções do ensino superior nos países em desenvolvimento nesta etapa da recomposição do capitalismo em escala global” (Banco Mundial, 1994). Tais recomendações vêm sendo homogêneas para os dois países, a despeito das diferenças inerentes a cada caso (descritas anteriormente).

Desde 1968 com a Reforma Universitária até a atualidade, no caso brasileiro, e a partir da década de 90 até agora, no caso argentino, as universidades públicas vêm sendo desmembradas em prol de uma busca constante e permanente de maior racionalização para o sistema universitário. Essa busca, sobretudo para as universidades públicas, tem levado à diluição das faculdades como local privilegiado de resistência crítica, política e cultural. As diversas faculdades e os profissionais que nelas atuam têm se inserido cada vez mais no processo de racionalização capitalista ou na lógica do capital, perdendo a sua função tradicional de formação e transmissão de uma cultura livre e desinteressada (Paula, 2001).

Após a rápida descrição histórica dos dois sistemas, faremos um paralelo entre a universidade brasileira e argentina, para facilitar sua contextualização.

---

<sup>3</sup> O ministro de educação argentino, no mês de março de 2001, lançou um projeto, ainda a ser aprovado, de implementar o modelo do exame nacional de cursos, instrumento de avaliação utilizado pelo ministério de educação brasileiro desde 1996 (Clarín, 2001b).

### **Um paralelo entre Brasil e Argentina**

Apesar do Brasil ter um número “bruto” mais alto de alunos no ensino superior, a Argentina tem um maior número de alunos se analisados proporcionalmente à população. O número relativo de alunos nas universidades brasileiras aumentou desde 1950 até 1980, chegando quase a igualar os da Argentina. Porém na década de 80 os números da Argentina voltaram a crescer com a volta à democracia, fim da ditadura militar e retomada da política de ingresso irrestrito acompanhada do crescimento das instituições de ensino superior, em resposta à demanda reprimida.

No Brasil a primeira instituição universitária data de 1920: Universidade do Rio de Janeiro (atualmente se chama Universidade Federal do Rio de Janeiro – Universidade do Brasil). Entretanto o ensino superior já existia desde o século XVI, nos colégios jesuítas da Bahia (1572) (Cunha, 1998).

A Universidade Federal Fluminense, situada no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, foi criada em 1960 com o nome de Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFERJ). A criação do curso de medicina da UFF tem sua origem em 1926, na antiga Escola Fluminense de Medicina (UFF, 1995).

A Argentina teve sua primeira universidade em 1613 – Universidade de Córdoba – criada pelos jesuítas, reconhecida por decreto real em 1622. Continuou sob gestão clerical até 1856, quando foi nacionalizada.

A Universidade de Buenos Aires foi criada em 1821, “com perfil laico, moderno e ilustrado, herdeiro da tradição da universidade francesa, oposto da colonial Universidade de Córdoba na qual se ensinava Teologia” (Mollis, 2001). Mas a autonomia da UBA e o poder de expedir diplomas só lhe foram reconhecidos em 1874.

“Os dois traços dominantes na evolução da educação superior na América Latina, na segunda metade do século XX, podem ser resumidos em massificação e privatização” (Trindade, 2001: 26). Ou seja, crescimento da matrícula e expansão das instituições privadas.

A evolução dos dois países foi diferente já que na Argentina, há expansão das universidades públicas e sua massificação se dá a partir dos anos 60 e apenas nas últimas décadas se manifesta o crescimento das instituições privadas (desde a década de 90). No Brasil o sistema nacional de universidades públicas se expandiu entre 1930 e 1970 e a partir daí já se observa uma expansão das instituições privadas.

No setor universitário argentino a matrícula nas graduações alcança aproximadamente um milhão de alunos, sendo a participação do setor público majoritária, com 86%, e no setor privado 14% (Mollis, 2001). No Brasil o número de matrículas nas universidades particulares atinge 65%, ficando, em consequência, o setor público reduzido a 35% dos estudantes (Trindade, 2001). O número das universidades privadas já ultrapassou o das universidades públicas no Brasil (em 1998: 67 contra 64) e na Argentina (em 1999: 43 contra 36).

Em termos de formação do campo de ensino superior, Brasil e Argentina têm alguns pontos em comum e outros bastante distantes. O Brasil começou só com faculdades isoladas públicas e rapidamente se tornaram universidades mediante associação e diferenciação, com crescente participação das instituições privadas. Por sua vez, a Argentina, começou só com universidades, ainda geridas pelo clero, e depois enfatizaram-se as universidades públicas. Na atualidade (desde a década de 90), as universidades privadas estão se expandindo. As instituições não universitárias surgiram no setor público e depois predominaram no privado.

As universidades públicas brasileiras têm porte muito menor que as argentinas. As universidades brasileiras se dispersam pelas diversas capitais do território nacional e em alguns casos no interior. Há grande concentração de instituições privadas no Centro-Sul. As cinco maiores universidades brasileiras têm efetivo estudantil entre 20 e 40 mil estudantes, enquanto o alunado de várias universidades nacionais argentinas supera este último valor (Córdoba, La Plata, Rosário). A Universidade de Buenos Aires, sozinha, tem matriculados 253.200 alunos, segundo os resultados do censo 2000 (Universidade de Buenos Aires, 2000 e Clarin, 2001a).

Apesar de tamanha diferença, também é necessário observar que o “funil” está invertido nas universidades dos dois países, pois a maior seleção no caso do Brasil se dá na entrada de estudantes, pelo Vestibular (exame de ingresso). E na Argentina se dá durante todo o primeiro ano universitário, no Ciclo Básico Comum<sup>4</sup> (CBC), e durante os anos de graduação. Isto se pode observar através da diferença entre o número de estudantes que ingressam e egressam, havendo um número proporcionalmente maior de egressos no Brasil se comparado ao número que entra nas universidades públicas argentinas.

---

<sup>4</sup> O Ciclo Básico Comum é o primeiro ano dos estudos universitários, que funciona como um curso introdutório e de seleção (Mignone, 1998).

No caso da Universidade de Buenos Aires, ainda que o ingresso ao CBC (Ciclo Básico Comum) seja irrestrito e considerado como primeiro ano de estudos universitários, o CBC funciona, realmente, como um curso introdutório e de seleção. Entre 1995 e 1997, por exemplo, segundo informação da reitoria da UBA, uma média anual de 17.400 se perderam no caminho que vai do CBC até as faculdades (Mignone, 1998).

A respeito da autonomia universitária, os dois países se encontram em diferentes estágios. No Brasil existe uma antiga aspiração das universidades pela autonomia, que sempre constou na legislação porém tem sido sempre adiada. A realidade é que o governo federal controla os cursos superiores privados e públicos, equiparando as faculdades particulares às públicas, por meio de “currículos mínimos” estabelecidos pelo Conselho Federal de Educação. Apesar desse expediente poder ser alterado com a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – nº 9.394, de 23/12/96) – já que a Lei não o prevê – não foi explicitada, ainda, nenhuma medida abolindo esse tipo de controle (Cunha, 1998).

“As universidades argentinas, por outro lado, outorgam diplomas dotados de pleno valor acadêmico e profissional, independentemente de padrões externos. Essa situação poderá mudar pela nova legislação argentina, mesmo assim apenas para alguns cursos, os que possam comprometer, de modo direto, o interesse público” (Cunha, 1998: 25). Para estes, o Conselho Federal de Educação vem elaborando formas de estabelecer as condições e os requisitos mínimos a que eles devem se submeter. Os requisitos mínimos, chamados diretrizes curriculares, foram estabelecidos para as faculdades de medicina com o objetivo de controlar as novas faculdades de medicina criadas nos últimos anos (públicas e particulares) e de estabelecer os parâmetros para as faculdades do Mercosul.

Embora mais flexível no aspecto de escolha dos dirigentes do que no uso dos recursos financeiros e na contratação e dispensa de pessoal, a maioria das universidades públicas brasileiras, federais ou estaduais, sofrem controle dos respectivos governos. As instituições argentinas têm ampla margem de emprego dos recursos e escolhem seus dirigentes de acordo com seus próprios estatutos<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> A escolha dos dirigentes é regida pelos estatutos de cada universidade. Em geral seguem os mesmos preceitos estabelecidos na Reforma Universitária, gestada na cidade de Córdoba em 1918.

Outro ponto importante de diferença entre a expansão das universidades brasileiras e argentinas, está influenciado pelo diferente tratamento dado ao ensino superior durante o período das ditaduras militares. Enquanto no Brasil – apesar da repressão ideológica dentro e fora das universidades – o período de 1964 a 1985 foi de políticas modernizadoras e de financiamento generoso, resultado da aliança tácita entre as elites militares e acadêmicas; na Argentina, ao contrário, a ditadura militar, de 1976 a 1983, submeteu as universidades a um regime incompatível com os padrões mínimos de funcionamento acadêmico, caracterizada pela perseguição de professores e estudantes universitários, redução dos recursos e das vagas.

Como consequência, a pós-graduação se desenvolveu nas universidades brasileiras na década de 70, contando com a articulação da pós-graduação com os padrões de acesso e promoção na carreira docente das universidades públicas. E nas universidades argentinas (principalmente nas públicas), desde então, a pós-graduação teve pouco desenvolvimento.

Com o fim das ditaduras militares, as universidades argentinas se redemocratizam de forma mais radical do que as brasileiras, recuperando a plena autonomia, com o acesso irrestrito às universidades e eleições diretas para seus dirigentes e representantes (divididos por docentes, discentes e graduados que elegem os reitores em assembléias universitárias).

No Brasil houve aumento das universidades estaduais e privadas e o mecanismo de escolha dos dirigentes das instituições públicas de ensino superior nunca se transformou realmente em eleição autônoma (os dirigentes são eleitos a partir de ‘consulta à comunidade universitária’).

Nos anos 90, as políticas dos governos de ambos os países orientam-se pelas recomendações do Banco Mundial para o ensino superior. Tais recomendações resultaram em políticas distintas nos dois países, refletido nas legislações educacionais dos países em foco.

Em relação à educação superior, o Banco Mundial apresenta quatro orientações chave para a reforma (no documento de 1994, “La enseñanza superior: Las lecciones derivadas de la experiencia”, BANCO MUNDIAL): fomentar a maior diferenciação das instituições, incluindo o desenvolvimento de instituições privadas; proporcionar incentivos para que as instituições públicas diversifiquem as fontes de financiamento, por exemplo, a participação dos estudantes nos gastos e a estreita vinculação entre o financiamento fiscal e os resultados; redefinir a função do governo no ensino superior;

adotar políticas que estejam destinadas a outorgar prioridade aos objetivos de qualidade e equidade (Sguissardi, 1998). Mais recentemente (em 1999), o Banco Mundial publicou outro relatório “Education Sector Strategy”, no qual reitera os alvos da reforma: currículo, avaliação, descentralização, governabilidade e outras formas de financiamento não-estatal (Shiroma, 2000).

Na Argentina, a Lei Federal de Educação (nº 24.195, de 14/04/1992) foi seguida e especificada pela Lei de Educação Superior (nº 24.521, de 20/07/1995). E, através do Decreto nº 1.075, de 24/05/1993, foi criado o Conselho Nacional de Educação Superior.

No Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – nº 9.394, de 23/12/1996) incorporou os dispositivos da Lei nº 9.131, de 24/11/1995, que criou o Conselho Nacional de Educação e instituiu o Exame Nacional de Cursos; os decretos nº 2.026 (de 10/10/1996) que estabeleceu os procedimentos de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior; e o nº 2.207 (de 15/04/1997), que regulamentou o Sistema Federal de Ensino Superior, além de outras matérias.

Nos dois países as leis de ensino superior foram aprovadas apesar de discussões, protestos e discordância dos profissionais, sindicatos e união de estudantes. Mas as inúmeras críticas não foram suficientes para que o processo de elaboração e aprovação tomasse dimensões mais democráticas e participativas. Não foram levadas em conta as propostas paralelas, surgidas dos sindicatos e associações docentes e discentes.

Em ambos os casos o papel que a avaliação vem assumindo no quadro geral é especialmente complexo como abordamos nos artigos.

Através da comparação pudemos ver questões que se destacaram tanto no caso brasileiro quanto no caso argentino que apenas puderam ser devidamente dimensionados quando contrapostos. As particularidades de cada caso passaram a receber a maior atenção e destaque a partir da abordagem comparada.

### **Metodologia**

A proposta metodológica da pesquisa constitui-se de estudo de educação superior comparada, de cunho sócio-histórico, baseado em fontes primárias e secundárias. As primárias foram as leis, decretos, ditames, grades curriculares, atas das reuniões de reformulação curricular e de outras reuniões, nas faculdades de medicina estudadas. As secundárias foram os artigos de jornais e revistas referentes ao tema do estudo e obras de autores que têm escrito sobre o assunto recentemente.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com informantes-chave dos processos de reformulação dos currículos médicos nas faculdades de Medicina no Brasil, Universidade Federal Fluminense, e na Argentina, Universidade de Buenos Aires bem como com especialistas de outras instituições. Essas entrevistas tiveram como objetivo conhecer e analisar os processos pelos quais vêm passando ambas as faculdades, bem como compreender a influência do contexto sociopolítico e cultural na elaboração, na composição e formulação destes novos currículos.

A utilização da metodologia de educação comparada justifica-se pela necessidade de uma melhor explicação e compreensão do objeto de estudo. Através da educação comparada buscamos a explicação da construção social e histórica do campo de estudo e suas relações com os espaços de saber e de poder circundantes. Paralelamente, procuramos compreender tanto as fragilidades, quanto as potencialidades do objeto delimitado neste estudo.

Na comparação pudemos ver questões que se destacaram tanto no caso brasileiro quanto no caso argentino que apenas puderam ser devidamente dimensionados quando contrapostos. As particularidades de cada caso passaram a chamar atenção e destaque a partir da abordagem comparada.

Para Marginson e Mollis (2002: 584), “realizar um trabalho de educação comparada sempre envolve tanto diferenças quanto semelhanças. Diferenças e semelhanças são oposições filosóficas, mas não são necessariamente antagônicas ou mutuamente exclusivas, nem na teoria nem na prática. Sistemas educacionais mostram diversidade em um aspecto e semelhanças em outro; a relação entre ambos pode ser mais complementar que antagônica” (tradução da autora).

Tradicionalmente a educação comparada tem se dedicado a estabelecer comparações entre diferentes sistemas educativos, mas nos últimos anos têm surgido novas linhas de estudo, no sentido de romper com a referência anterior, isto é, o Estado Nacional. Atualmente, segundo Antônio Nóvoa, a educação comparada vem ampliando suas pesquisas em direção ao “*infinitamente* grande dos processos de globalização e do *infinitamente* pequeno dos fenômenos de localização” (1995:11).

A educação comparada deve, ainda segundo o historiador português, “revalorizar o conceito de tempo, de forma a melhor captar a historicidade dos fatos educativos, que não são realidades naturais, mas construções sociais impregnadas de passado” (Nóvoa, 1995:11). Nóvoa ressalta três aspectos que justificam um novo interesse pela educação comparada:

. A existência de problemáticas educativas comuns a diversos países, promovidas, em grande parte, pelo surgimento de um sistema mundial ao nível econômico, mas também educacional e cultural;

. A crise do Estado-Nação e a consolidação de novos espaços de identidade cultural, no plano regional e no plano de diferentes regiões do mundo;

. A internacionalização do mundo universitário e da pesquisa científica, que torna insuficiente a reflexão educacional voltada para apenas para o interior das fronteiras de um país (Nóvoa, 1995:13).

Neste começo de século (e desde o final do outro) a educação comparada procura conciliar a história e a comparação e incorporar análises de modernização social em grande escala, bem como dos processos de relações transculturais presentes nas formas populares de ações sociais, políticas e culturais no interior dos sistemas de educação.

Para compreender as mudanças, “naturais” ou impostas, dos currículos das faculdades de medicina estudadas, devemos compreender as origens, a evolução e as implicações das práticas educativas e de saúde, combinando análises tanto no nível micro quanto no macro. Ou seja, é preciso vincular questões regionais e locais a acontecimentos nacionais e internacionais.

Na conjuntura atual, a força externa de maior dimensão da Educação Comparada é a crescente mundialização da economia e a internacionalização dos modelos, com a concomitante exportação e importação de manifestações sociais, culturais e econômicas que se produzem além das fronteiras nacionais.

Em uma perspectiva chamada por Nóvoa de “sócio-histórica”, em que se reformula o projeto de comparação, se substituiu a análise dos fatos pela análise histórica dos fatos. Propõe “uma nova epistemologia do conhecimento, que define as perspectivas de pesquisa centradas não somente sobre a *materialidade* dos fatos educativos, mas também nas comunidades discursivas que as descrevem, interpretam e localizam em um dado espaço-tempo” (Popkewitz, 1995, *apud* Nóvoa, 1995:39). A dimensão histórica contribui para esclarecer e articular conceitualmente a comparação na qual os fenômenos educativos e as práticas discursivas que lhe dão sentido são vistos como saber particular, historicamente formado, que legitima as maneiras de ver o mundo (Nóvoa, 1995).

Após esta breve descrição da importância da comparação passaremos, a listar algumas características que, segundo Mollis (1996), esquematicamente fundamentam a

comparação educativa:

- 1) A comparação é uma ação de pensar relacionando: aplicada aos dados e fatos concretos, adquire relevância social se o objetivo do estudo é considerado em relação com parâmetros que dão sentido ou identidade.
- 2) Toda comparação pressupõe uma concepção *a priori* da desigualdade ou da diferença: mesmo que seja intuitivamente não se espera encontrar igualdade total entre o que se compara.
- 3) Qualquer comparação deve contar com critérios, sejam quantitativos ou qualitativos, ou ambos ao mesmo tempo: é necessário conhecer e explicar os termos ou critérios da comparação.
- 4) Depois de garantir a existência dos sujeitos da comparação, a finalidade passa a ser a de descobrir as semelhanças, as diferenças e as relações que se estabelecem.
- 5) A comparação pode até aplicar-se às pequenas variações ou modificações de uma mesma estrutura (social, política, econômica, cultural ou educativa): as variáveis espaço e tempo costumam ser aplicadas na comparação. Em função dos objetivos e do contexto, pode determinar a importância de uma determinada qualidade da estrutura que se destaca.
- 6) A comparação supõe uma afinidade ou proximidade geográfica ou histórica: deve-se insistir aqui na importância das variáveis espaço e tempo na comparação. Por isto se pode falar de uma afinidade histórica, que no campo da educação comparada conduz ao campo da História da Educação Comparada.
- 7) Em toda pesquisa de educação comparada é fundamental o conhecimento da realidade social e cultural: hoje é inaceitável uma análise comparada em que não intervenha a explicitação da realidade sociocultural, que funciona como condicionante e que seja condicionada pelo objeto comparado.
- 8) A comparação tende à unificação ou à busca da homogeneização: uma das finalidades da educação comparada está em aliar, agrupar ou englobar as diferenças. “Muitas vezes os “comparatistas” se caracterizam por esse desejo de conjugar esforços, propor bases comuns aos diversos sistemas educativos, potencializar estruturas, planos e programas (a política dos Organismos Internacionais constitui um exemplo desta tendência)” (Mollis, 1996:194).

Para Marginson & Mollis, a lógica da educação comparada incorpora tanto semelhanças como diferenças. Primeiro, porque qualquer ato de comparação assume uma noção *a priori* de diferença, tanto a diferença de grau ou de quantidades desiguais

em um mesmo tipo de objeto, como a diferença de tipo, contrastando objetos de qualidades diferentes. Segundo, porque comparar envolve uma busca não só de variantes entre casos mas semelhanças entre elas. Comparar só é possível partindo da mesma base de critérios, incluindo a identificação das unidades de análise, os métodos quantitativos e/ou qualitativos usados para fazer a comparação, e o marco teórico que faz a conexão. “Nem as semelhanças nem as diferenças podem ser absolutas. Se as semelhanças fossem absolutas e o mundo fosse homogêneo, não haveria variação e, logo, nada para comparar. Se as diferenças fossem absolutas, não haveria base comum que permitisse comparar. Nesse sentido, cada termo, semelhança e diferença, provêm as condições de possibilidade do outro” (Marginson & Mollis, 2002: ).

### **Os artigos**

No primeiro artigo, “O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense” apresentamos uma discussão sobre a construção do modelo biomédico e de como as críticas que vêm sendo feitas a esse modelo são identificadas na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). E, à luz dos conceitos de Ludwik Fleck, analisamos o processo de reformulação curricular da UFF, iniciado na década de 80, e o documento final apresentado na época da implantação do novo currículo.

No segundo artigo, “O processo de reformulação curricular do curso de medicina da UBA”, apresentamos um relato das diversas tentativas de reformulação curricular desenvolvidas na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires desde a década de 80, apoiando-o tal relato nos antecedentes históricos e culturais da realidade da universidade argentina e nas interfaces do modelo universitário onde a UBA está inserida.

O terceiro artigo foi elaborado na tentativa de fechamento de um processo de pesquisa dos últimos anos de trabalho, comparando os dois processos de reformulação curricular, da UFF e o da UBA, no contexto das reformas educacionais que vêm sofrendo os dois países e que resultam de tentativas de conciliar a necessidade de atender as demandas internas do campo de saúde e educação com as exigências das agências financiadoras internacionais (Banco Mundial, FMI, BID, etc.).

Ao final da tese apresentaremos uma parte de conclusões comparadas e projeções para o futuro e continuidade de nosso trabalho de pesquisa na área da educação médica.

### Referências Bibliográficas:

BANCO MUNDIAL, 1994. La enseñanza superior: las lecciones derivadas de la experiencia (el desarrollo en la práctica). Washington, D.C.: BIRD/Banco Mundial. In: Sguissardi, V., 1998. Políticas de Estado e políticas de educação superior no Brasil: Alguns sinais marcantes de dependência. Citado em *Mercosul/Mercosur. Políticas e ações universitárias* (M. C. Morisini, org.), pp.205-233, Campinas-S.P.: Autores Associados; Porto Alegre-RS: Editora da Universidade.

CLARIN, 2001a. Cada año son más los estudiantes en la UBA. Información General, Clarín, 28 de febrero de 2001, p.30 e 31.

CLARIN, 2001b. Los universitarios deberán rendir un examen antes de recibirse. Clarín, Guía de la Enseñanza, 9 março 2001, p.42.

CUNHA, L. A., 1998. Critérios de avaliação e credenciamento do ensino superior: Brasil e Argentina. In: *O ensino superior e o Mercosul* (J. Velloso, org.), pp. 17-51, Rio de Janeiro: Garamond.

DÍAZ BARRIGA, A., 1998. Organismos internacionales y política educativa. In: *Educación, democracia y desarrollo en el fin de siglo* (A.A. Santuario, R.P.Horcasitas & C.A. Torres, orgs.), pp. 79- 91, México: Siglo XXI.

GENTILI, P., 1998. *A falsificação do consenso: simulacro e imposição na reforma educacional do neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Vozes.

LEHER, R., 2001. Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas. In: *Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili, org.), pp. 151-188, São Paulo: Cortez/Clacso.

MARGINSON, S. & MOLLIS, M., 2001. The door opens and the tiger leaps: theories and reflexivities of comparative education for a global millenium: *Comparative Education Review (CER)*, 45 (4): 581-615.

MIGNONE, E. F., 1998. *Politica y Universidad. El Estado Legislador*. Buenos Aires:Lugar Editorial/IDEAS.

MOLLIS, M., 1999. Las políticas de reforma universitária: la lógica global y la respuesta local – el caso de la Argentina: *Interface*, 5:75-94.

MOLLIS, M., 2001. *La universidad argentina en tránsito. Ensayo para jóvenes y no tan jóvenes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

NÓVOA, A., 1995. Modèles d'analyse en éducation comparée: le champ et la carte. *Les sciences de l'éducation*, 2-3: 9-61.

PAULA, M.F.C, 2001. A inserção da universidade na lógica racionalizadora do capital: casos USP e UFRJ. In: *Universidade e sociedade no Brasil: oposição propositiva ao neoliberalismo na educação superior* (W.C. da Silva, org.), pp.15-56, Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Quartet.

SGUISSARDI, V., 1998. Políticas de Estado e políticas de educação superior no Brasil: Alguns sinais marcantes de dependência. In: *Mercosul/Mercosur. Políticas e ações universitárias* (M. C. Morisini, org.), pp.205-233, Campinas-S.P.: Autores Associados; Porto Alegre-RS: Editora da Universidade.

SHIROMA, E. O., 2000. A política da diversidade no ensino superior. Separata da Revista Avaliação: *CIPEDES*. Vol.11, nº3, pp. 13-19.

TRINDADE, H., 2001. As metáforas da crise: da “universidade em ruínas” às “universidades na penumbra” na América Latina. In: *Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili, org.), pp. 13-43, São Paulo: Cortez/Clacso.

UNIVERSIDADE DE BUENOS AIRES, 2000. Censo de Estudantes. Buenos Aires.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 1995/1996. *Catálogo Geral da Universidade Federal Fluminense*. Niterói: UFF.

# O MODELO BIOMÉDICO E A REFORMULAÇÃO DO CURRÍCULO MÉDICO DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE<sup>1</sup>

## Resumo

Este artigo analisa a construção do modelo a partir do qual vem se baseando o currículo das faculdades de medicina nas Américas e na maioria dos países europeus. Críticas que vêm sendo feitas a esse modelo são identificadas na reformulação curricular do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). A análise do documento de reformulação curricular da UFF, de 1992, bem como sua comparação com o currículo anterior, à luz da história do modelo biomédico, da teoria curricular e da epistemologia de Ludwik Fleck, aponta em que medida essa reformulação significa uma alternativa ao modelo biomédico de formação dos médicos, ao reducionismo do ser humano ao seu organismo biológico. O novo currículo — com um aumento de 25% da carga horária e a introdução de grande número de aulas práticas, desde o início do curso —, apesar de ainda estar centrado nos aspectos biológicos, já se volta para uma formação mais humanista e se propõe a questionar as "verdades científicas".

**Palavras-chave:** modelo biomédico, educação médica, currículo médico, reformulação do currículo médico.

## Abstract

This work reviews the model used as basis for the curricula of medical universities in North and South America as well as in most European countries. Some criticism about this model is identified on the curricular reformulation of the medicine course of Universidade Federal Fluminense (UFF). The review of the document about curricular reformulation of UFF, from 1992, as well as how it compares to its previous curriculum regarding the history of the biomedical model, the curricular theory, and Ludwik Fleck's epistemology, measures the relevance of this reformulation as an alternative to the biomedical model of forming doctors and to the reductionism of the human being to its biological organism. The new curriculum; with a 25% raise in credit hours and the inclusion of many new practical classes since the beginning of the course —, although still focusing the biological aspects, already shows a more humanist formation and intends to question the "scientific truths".

**Key words:** biomedical model, medical education, medical curriculum, reformulation of the medical curriculum.

---

<sup>1</sup> Este artigo foi publicado na Revista História, Ciências, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro Volume 8, número 1, março-junho 2001, ISSN 0104-5970.

## **Introdução**

Na primeira parte deste artigo, procuramos traçar a construção do modelo biomédico através da trajetória de construção da racionalidade médica, em que os conceitos do normal e do patológico se estabeleceram. Abordamos, ainda, as raízes históricas da medicina social — para demonstrar que o movimento contemporâneo tem suas raízes no século passado — e chegamos ao Relatório Flexner, com suas conseqüências para a formação médica.

Na segunda parte, pretendemos discutir em que sentido a proposta de reformulação curricular da UFF, elaborada em 1992 e implantada em 1994, estabelece novas possibilidades de articulação entre o biológico e o social no estudo do processo saúde-doença, bem como os reflexos dessa articulação sobre o processo de formação de novos médicos. Desejamos indicar até que ponto essa proposta poderá refletir as críticas ao modelo biomédico, que vem sendo utilizado para a construção dos currículos de medicina.

A publicação do presente artigo, passados sete anos do início da implantação da nova proposta, coincide com o ano de formatura da segunda turma no novo currículo. Como o processo de implantação ainda é considerado um processo em andamento, sua análise continua válida. Esperamos que, a partir da experiência estudada, outros processos de reformulação curricular a serem realizados ou já em andamento possam se beneficiar e aproveitar a experiência vivida na Faculdade de Medicina da UFF.

O ensino médico no Brasil e no mundo vem sendo analisado e debatido pelos profissionais da área médica e pelos meios de comunicação, pela sociedade em geral. Há, de certa forma, um consenso quanto à insatisfação no atendimento da população e quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica.

As propostas de mudanças no sistema de saúde, em especial no que concerne aos cuidados básicos com a saúde, não vêm sendo acompanhadas pelos currículos dos cursos de medicina. A educação médica no Brasil parece não valorizar o alcance de objetivos coerentes com a realidade social, nem elaborar planejamentos eficazes nesse sentido.

As análises históricas e sociológicas do desenvolvimento da medicina moderna e da formação do médico como categoria profissional têm sido influenciadas

por visões que tendem a ressaltar ora o caráter autônomo do processo de trabalho profissional diante da sociedade, ora seu caráter subordinado às demandas objetivas de grupos sociais (Coe, 1984).

No que concerne à formação médica, é possível identificar dois processos quase independentes: uma extensa formação clínica, centrada nas ciências biomédicas — que reforça a prática individualista da medicina — e uma abordagem social, incapaz de redefinir criticamente essa formação e seus diferentes tipos de prática.

Este artigo pretende discutir em que sentido a proposta de reformulação curricular da UFF estabelece novas possibilidades de articulação entre o biológico e o social no estudo do processo saúde-doença, bem como os reflexos dessa articulação sobre o processo de formação de novos médicos.

A partir da análise do documento de reformulação do currículo de medicina da UFF, à luz da história do modelo biomédico e da epistemologia de Ludwik Fleck, objetivamos apontar em que medida tal reformulação significa uma alternativa ao modelo de formação dos médicos, no que diz respeito ao reducionismo do ser humano ao seu organismo biológico.

### **A construção do modelo biomédico**

O deslocamento epistemológico — e clínico — da medicina moderna de arte de curar indivíduos doentes para disciplina das doenças supôs uma passagem histórica que se iniciou no Renascimento, final do século XV, e foi até o início do século XVI (Luz, 1988).

O movimento de ruptura das antigas maneiras de conceber o organismo humano se deu com a anatomia e instaurou uma nova racionalidade médica, moderna, que tinha como traço fundamental o mecanismo fisiologista do período clássico. Nessa concepção, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina. Ocorreu, então, segundo Luz (1988), a transformação da prática clínica. Os hospitais passaram a ser organizados como espaço clínico de uma ciência das entidades patológicas. O corpo humano tornou-se, então, a sede das doenças; e as doenças, entidades patológicas.

Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças se fez não pela observação da vida, mesmo que em corpos doentes, mas em corpos mortos, "traçando-se, a partir da visão da morte, os limites do trajeto da vida" (Luz, 1988, p. 89). Assim, a

saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas.

Essa visão de doença é herança de uma história de cerca de três séculos: "Desde então, o método cartesiano tornou-se o paradigma dominante da ciência e o universo passou a ser concebido como um sistema mecânico, consistindo em objetos separados que, por sua vez, foram reduzidos a seus menores elementos materiais" (Vaitsman, 1992). A história da formação desse paradigma pode explicar os motivos de transformação, no século XIX, da disciplina das doenças em ciência do normal e do patológico.

Ao longo do tempo, os modos de expressão do adoecer e da doença foram se modificando. As formas de produção dos conhecimentos médicos influenciaram a relação da prática médica com o doente e a doença. Ocorreu um afastamento do médico em relação ao doente, e maior teorização dos discursos médicos.

A visão do doente pela instituição hospitalar, praticada pela medicina de beira-de-leito predominantemente no século XVIII, transcendeu as distinções entre mente e corpo encontradas na medicina moderna. Tratava-se de enfrentar a doença como manifestação de causas, subjetivas e externas, e se procurava alcançar uma causa universal da doença. Essa medicina baseava-se em uma patologia especulativa e em nosologias fenomenológicas (Luz, 1988).

Segundo Foucault (1980), desde o Renascimento, o ensino de clínica se organizava a partir da transmissão de um professor (tutor) diretamente para os alunos, em hospitais. Os casos deviam ser reunidos num "corpo da nosologia", e a clínica se fechava sobre a totalidade didática de uma experiência ideal. Mais importante do que o encontro entre o doente e o médico era o de uma verdade a decifrar uma ignorância: o papel do médico de hospital era descobrir a doença. O paciente era visto apenas como o portador de uma doença.

Por outro lado, na clínica, se encontram doenças que o portador desconhece. Ainda segundo Foucault (1980), o que está presente é a doença no corpo que lhe é próprio, e este não é o do doente, mas o de sua verdade. A clínica constitui a expropriação da doença, e o indivíduo serve para sua enumeração, seu exemplo. A clínica tem a sua própria verdade sobre as doenças.

Para Foucault (op. cit., p. 67), o diagnóstico da doença "recolhe uma dupla verdade: uma, oculta, mas já presente, da doença; outra, claramente dedutível, do fim e dos meios". Interpôs-se um véu entre o olhar do médico e o paciente: "Não é portanto o

próprio olhar que tem poder de análise e síntese; mas a verdade de um saber discursivo que vem se acrescentar de fora."

A institucionalização da doença pelo médico provocou uma desconfiança do sofrimento do paciente, pois este não é, nessa maneira de ver, a expressão de uma doença dos órgãos. Essa abstração da doença — do doente — levou ao questionamento de Canguilhem: "O que é um sintoma sem contexto ou pano de fundo?"

Para Canguilhem (1990, pp. 66, 65), a clínica é um instrumento da prática médica, e o médico pode, junto ao paciente, diagnosticar as doenças para melhor lidar com a patologia. O autor defende a clínica, argumentando que a "doença do médico" só poderia ser compreendida "na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio". O comportamento do clínico, muito mais fisiologista do que médico, capaz de entender a doença como "uma forma diferente de vida" do paciente, se deve a um falseamento do fato patológico objetivo, que ocorre porque "os sintomas subjetivos e os sintomas objetivos raramente coincidem um com o outro". Além disso, o fato de determinadas doenças possuírem períodos de latência variáveis e estágios subclínicos contribui para o médico "desconfiar" dos sintomas do paciente. Impõe-se uma noção: a doença do doente não é a mesma que a doença, anatômica, do médico.

A definição de doença válida do ponto de vista da ciência é a do médico, e não a do doente. Leriche demonstra que o silêncio dos órgãos não equivale necessariamente à ausência de doença" (Canguilhem, op. cit., p. 68). Muitas vezes os órgãos estão doentes sem que apareçam sintomas.

Médicos e cirurgiões dispõem de informações clínicas e, às vezes, utilizam também técnicas de laboratório que lhes permitem saber que estão doentes pessoas que não se sentem doentes. Mas a medicina existe porque as pessoas se sentem doentes, e não porque existem médicos que as informam sobre suas doenças. A doença do doente não é a mesma do médico.

A medicina atual é oscilante quanto à questão da doença e do sofrimento. O médico preocupa-se com o seu desempenho técnico e, em sua formação, recebe informações ambíguas sobre o que valorizar nas queixas dos pacientes. Segundo Vieira (1991), os livros acadêmicos recomendam ao profissional que deixe os pacientes expressarem livremente suas moléstias, pois aí se fundamentaria o estabelecimento de uma relação médico-paciente em "clima de simpatia e confiança" (Surós apud Vieira, 1991). Mas, logo a seguir, esse autor salienta: "Sempre que possível, a anamnese deve vir animada de uma orientação ou intenção diagnóstica, omitindo detalhes sem

interesse", para que não se torne "um trabalho dispersivo de diagnóstico". Vieira questiona: "Como pode estabelecer-se uma relação médico-paciente se o paciente só pode falar com limites?" Na verdade, terá o médico o direito de determinar o melhor para o paciente? Por vezes, o procedimento cientificamente mais indicado não garante mais anos de vida ao paciente, ou, ainda, anos de vida mais felizes.

Portanto, a formação médica — que torna o profissional cada vez mais distante do respeito ao desejo do paciente, o dono do "corpo que está sendo tratado" —, muitas vezes o leva a cometer erros por se considerar "dono do saber" e não escutar a opinião do "dono do corpo".

Em determinadas situações, a demanda do paciente se faz exclusivamente pelos exames complementares, o que o médico muitas vezes considera uma intromissão em sua área, em seu poder, criando-se um confronto na consulta. O médico, por seu lado, sente-se cada vez menos confiante em seu "olho clínico" e, para atender seja à ansiedade do paciente, seja à sua própria, solicita exames.

A influência da tecnologia, exercida sobre o exame físico, repercute na relação médico-paciente. O paciente se afasta, é afastado. A solicitação de um exame deveria ter como pressuposto básico o raciocínio clínico: no uso de um exame complementar estaria a necessidade de excluir ou confirmar um diagnóstico. O ato médico vem perdendo suas antigas características: a anamnese, uma vez que o médico não escuta o paciente; o exame físico, pois o médico não o examina. Sua substituição pelos exames complementares é preocupante, também, pelo fato de os médicos terem dificuldade de interpretar esses exames. A tecnologia interfere na terapêutica e na alta dos pacientes.

Na realidade, a introdução da tecnologia na medicina se insere em um processo mais amplo. No campo do saber médico, a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, alicerce consensual da moderna medicina científica.

O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar.

O fenômeno biológico é explicado pela química e pela física. Não parece haver espaço, portanto, dentro dessa estrutura, para as questões sociais, psicológicas e para as dimensões comportamentais das doenças. Acredita-se serem as doenças resultado ou de processo degenerativo dentro do corpo, ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que o invadem, ou, ainda, da falha de algum mecanismo regulatório do organismo. Segundo essa visão, doenças podem ser detectadas apenas por métodos científicos.

Partindo do princípio, concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores.

A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica. Em muitos casos, essa abordagem foi bem-sucedida. A ciência e a tecnologia médicas desenvolveram métodos altamente sofisticados para remover ou consertar diversas partes do corpo.

Porém, segundo Porto (1994, p. 20), "a incorporação tecnológica passou a produzir, em graus variáveis, efeitos colaterais, como interferência na relação médico-paciente, novos riscos; iatrogenia; níveis exagerados de especialização; institucionalização dos cuidados de saúde; aumento nos custos dos serviços; distorção na alocação de recursos no sistema de saúde etc."

As conclusões de Canguilhem (1990) sobre as relações entre o normal e o patológico tornam mais complexa a abordagem da prática médica. Suas reflexões levam ao questionamento da própria prática médica que, impregnada de organicismo e reducionismo, contribuiu para a fragmentação do indivíduo. A consequência mais visível dessa fragmentação foi o afastamento médico-paciente. O autor mostra que a racionalidade anatomoclínica, interessada em enumerar e classificar doenças, revelou-se insuficiente, pois excluiu aspectos importantes do adoecimento do indivíduo.

A vida só tem sentido na pessoa humana individualizada. A abstração da doença leva a uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade, a certeza da morte.

A constatação e a compreensão da onipotência e do autoritarismo — talvez tentativas de negar a morte — contribuem para o resgate das subjetividades do paciente

e do médico. Para Canguilhem (1990), a razão de ser da medicina é o lidar com a dor, com o sofrimento e com a morte. A superação da visão organicista e reducionista da medicina, através da inclusão do social, do psicológico e da morte, podem contribuir para aproximar a medicina da concepção desse autor.

Esses questionamentos estão, de alguma forma, presentes na reformulação dos currículos médicos, apontando, portanto, para uma visão diferenciada e mais abrangente do que aquela voltada somente para as questões orgânicas.

### **Raízes da medicina social no mundo e no Brasil**

A medicina social, vista como possível alternativa para o modelo excessivamente biológico e tecnológico, não aparece apenas no século XX, em função da especialização e "tecnologização" da medicina e dos problemas decorrentes dessa fragmentação. Na França e na Alemanha, por volta de 1850, já se concebia a medicina como uma ciência social. Entre os princípios afirmados estava o de que as relações entre saúde e doença e condições econômico-sociais deveriam ser submetidas à investigação científica. Suas bases científicas e ideológicas levaram à apresentação de diversas leis, entre elas, a Lei de Saúde Pública, submetida à Sociedade Berlinense de Cirurgiões em 1849: o Estado deveria providenciar um número de médicos bem treinados para atuar na promoção de saúde e no combate à doença, tratando de implantar o desenvolvimento saudável, tanto físico como mental, do cidadão (Rosen, 1980).

Em 1893, Behring, médico alemão, assinalava que tais idéias mereciam restrições, porque, de acordo com a nascente teoria das doenças infecciosas de Pasteur, o médico poderia trabalhar na sua "especificidade sem a necessidade de um desvio para considerações e reflexões sociais" (Rosen, 1980, p. 78).

Com o nascimento de novas teorias sobre a gênese da doença — Claude Bernard, escola anatomoclínica; René Laennec, ênfase no diagnóstico individual; François Bichat, o estudo das doenças nos tecidos — começavam a existir "filiações" a determinadas escolas, e uma concepção pressupunha a negação às outras (Da Ros, 1995). O que as novas concepções tinham em comum era a negação da medicina como ciência da sociedade. A medicina como ciência social implicava compromisso e redirecionamento econômico do Estado; as novas concepções, por sua vez, além de desonerar o Estado, responsabilizando os indivíduos por suas doenças, necessitavam do

desenvolvimento de equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista de desenvolvimento.

Enquanto isso se passava na Europa, nas Américas desenvolvia-se um modelo eclético de medicina, com "filiação" a diversas escolas, inclusive com a valorização de conhecimentos populares e místicos (Neto, 1994). Mas, em 1910, Abraham Flexner realizou uma primeira grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas.

Abraham Flexner, professor da Universidade Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos para desenvolver uma avaliação da educação médica em seu país e no Canadá, no começo do século XX. O objetivo da avaliação era dar ao ensino médico uma base científica sólida.

O resultado dessa avaliação foi a publicação, em 1910, do Relatório Flexner, que, articulado pela American Medical Association, teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos (Fox, 1980).

Esse relatório serviu de base para o ensino de medicina nos Estados Unidos; nele fixou rigorosas diretrizes, a que se obedece até hoje, e que têm reflexos em várias outras partes do mundo.

As modificações ocorridas nas faculdades de medicina da América Latina a partir de 1950 repetem os conteúdos surgidos desse modelo nos Estados Unidos. O Brasil, até 1950, tinha 16 cursos de medicina. Entre 1950 e 1971, surgiram mais 59 faculdades (Ministério da Educação, 1989) que, por orientação federal, seguiram o modelo "flexneriano".

Com a Reforma Universitária — lei no 5.540/1968 —, implantada durante o governo militar, oficializou-se a separação entre o chamado currículo básico e o profissionalizante, modificando-se a dinâmica interna dos currículos e favorecendo a lógica do complexo médico-industrial.

Na década de 1970, movimentos que se indispuseram com a lógica imposta aos cursos e com a prática estimulada na área da saúde unificaram-se e passaram a ser intitulados Movimento Sanitário (Da Ros, 1986). O processo que se instalou foi de disputa, nas práticas de saúde e no discurso, pela hegemonia no setor. Em 1988 foi aprovada pela 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 e inclusão de práticas de medicinas ditas alternativas.

Em 1993, o Governo Federal colocou em prática o Programa de Saúde da Família, que garante, 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 a educação em saúde<sup>2</sup>.

Mas a pergunta que se faz é se esse movimento — que implicou mudança do discurso oficial quanto à prática médica — teve reflexo em termos de modificação da estrutura curricular das faculdades de medicina do Brasil. Na verdade, a divisão do curso de medicina em várias disciplinas estreitamente calcadas numa visão biologicista, a grande ênfase dada às especialidades, o ensino excessivamente teórico e a formação pela qual passa o corpo docente contribuem para que o médico esteja sendo instruído de forma a conceber fragmentariamente a relação saúde-doença.

### **O processo de reformulação curricular**

No final da década de 1970, professores e alunos da Faculdade de Medicina da UFF, descontentes com o ensino e a aprendizagem ali desenvolvidos, iniciaram um processo de discussão e avaliação do currículo médico. A direção da Faculdade de Medicina, solidária com esse movimento, instituiu um grupo de trabalho, formado por representantes de todos os departamentos envolvidos e de representantes estudantis (Diretório Acadêmico).

Após um ano de trabalho, foi elaborado um documento preliminar de reformulação curricular com vistas a propiciar ampla discussão a respeito. O processo sofreu várias interrupções e só foi efetivamente retomado em 1983.

No documento preliminar foram fixadas algumas etapas, a serem vencidas a partir das discussões: definição do profissional a ser formado, estudo de documentos relativos a reformulações curriculares, estudo da realidade do Brasil, estudo da capacidade instalada funcional dos serviços públicos de saúde de Niterói e da realidade do ensino.

---

<sup>2</sup> Em 1997, o Governo Federal buscou incentivar processos de organização de pólos de formação, capacitação e educação permanente para pessoal de saúde da família, articulando universidades e demais instituições de ensino com secretarias municipais e estaduais de saúde.

Após a realização das três primeiras etapas, concluiu-se que havia necessidade de efetuar mudanças nos sistemas de saúde e de educação, já que os profissionais formados por esses sistemas reproduziam deficiências constatadas pelo grupo de trabalho, tais como ausência de compromissos sociais com a população; formação excessivamente teórica, com ênfase nas especialidades médicas e em tecnologias de tratamento e de investigação diagnóstica de doenças, em detrimento do conteúdo humanístico e de promoção da saúde.

Concluiu-se, também, que o sistema de saúde não atendia às necessidades básicas de assistência médica da população e que pouca ênfase era dada ao preparo dos professores de medicina, bem como aos métodos de ensino-aprendizagem e ao seu papel educacional. O ensino era voltado para a doença, predominando aulas teóricas e demonstrativas, utilizando-se situações fictícias em detrimento de práticas reais. As disciplinas foram consideradas excessivamente numerosas e compartimentalizadas; o hospital era valorizado como campo de ensino (Universidade Federal Fluminense, 1990). Parece-nos que essas conclusões já apontavam para uma crítica ao modelo biologicista e "flexneriano" de formação médica.

Em 1977, o professor Hugo Coelho Barbosa Tomassini, do Departamento de Saúde da Comunidade, foi convidado a assumir a Secretaria Municipal de Saúde de Niterói. Com sua equipe, promoveu a reestruturação dessa secretaria, estabelecendo um plano diretor para a implantação e expansão da rede municipal de saúde, estendendo sua cobertura a toda população de Niterói.

Concomitantemente, a UFF promoveu o desenvolvimento do Trabalho Docente Assistencial, através, primeiramente, do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil (PISMI — 76/81) e, a partir de 1982, do Programa de Integração Docente Assistencial em Saúde (PIDAS), com o apoio da Fundação Kellogg's e da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

Como conseqüência dessas iniciativas — que passavam pela mobilização de profissionais de outras instituições de saúde de Niterói (Secretaria Municipal e Estadual, Inamps) e dos setores que discutiam a reforma curricular na universidade —, foi desenvolvida, a partir de 1982, a experiência pioneira das Ações Integradas de Saúde (AIS) no Brasil, intitulada Projeto Niterói (Universidade Federal Fluminense, 1990), precursor do SUS. "No Projeto Niterói, grupos interinstitucionais desenvolveram ações visando a municipalização dos serviços, a gestão colegiada, a universalização da atenção, o sistema de referência e contra-referência, a organização das bases de dados,

as análises epidemiológicas e o desenvolvimento de programas" (Silva Jr. et alii, 1996, p. 52).

A Faculdade de Medicina participou ativamente da implantação da comissão executiva local do Projeto Niterói, que buscava articular o Setor Público de Saúde (estado, município, Inamps, UFF), numa atuação integrada, hierarquizada e regionalizada dos Serviços de Saúde.

Professores do Departamento de Saúde da Comunidade, atual Instituto de Saúde da Comunidade, que já atuavam isoladamente em diversas Unidades de Saúde em Niterói e São Gonçalo — através das disciplinas de introdução à saúde comunitária, ciências da conduta, saúde comunitária, internato e residência em medicina preventiva e social e da habilitação de enfermagem em saúde pública — concentraram-se na zona Norte de Niterói, em 1983. O processo de formação de recursos humanos, na implementação das AIS, originou experiências ricas em conteúdo pedagógico, humanístico e social (idem *ibidem*).

O Departamento de Saúde da Comunidade promoveu discussões sobre o currículo médico e sobre os currículos de outras áreas de saúde que ofereciam disciplinas voltadas para a atuação conjunta das áreas de capacitação profissional, numa visão de saúde interdisciplinar. Rediscutia-se o papel e a importância da equipe de saúde na formação desses profissionais.

Outros departamentos, como os de Medicina Clínica e Materno-Infantil, ampliaram sua atuação "extramuros", mantendo áreas de estágio para graduação e pós-graduação em unidades primárias da rede pública.

Esse processo, desde seu início, remete-nos à crítica feita ao modelo de formação médica quanto à sua ênfase no aspecto biológico e mecanicista, que resulta em uma formação fracionada e desumanizante. A preocupação com a capacitação profissional interdisciplinar tende a minimizar os problemas da separação do conteúdo médico em especialidades.

O processo de reformulação curricular, então, que havia recomeçado em 1983, evoluiu até a elaboração de sua proposta, em 1992, e posterior implantação, em 1994. Entre os diversos motivos de tais interrupções estão as mudanças de direção dentro da própria universidade e na Secretaria de Saúde de Niterói.

### **O novo currículo pleno do curso de medicina da UFF**

A reformulação curricular da UFF data de 1992, e sua implantação, de 1994, com a resolução no 37/94 do Conselho de Ensino e Pesquisa (CEP). O processo de reformulação, de mais de dez anos de duração, ocorreu paralelamente às mudanças da rede de saúde de Niterói e do Brasil, no contexto do SUS.

O currículo apresenta-se como um documento teórico do qual constam os objetivos, o detalhamento do modelo curricular e o resumo dos três programas que o compõem — Programa Teórico Demonstrativo (PTD), Programa Prático-Conceitual (PPC) e Programa de Internato — e suas respectivas fases. Além dos três programas, desenvolve-se, paralelamente, o Programa de Iniciação Científica, em que se estrutura "uma base de caráter obrigatório e contida no Programa Prático-Conceitual, complementada por atividades de natureza inicialmente optativa, as quais no futuro deverão se agregar definitivamente ao corpo curricular" (Universidade Federal Fluminense, 1992).

A seguir, o documento traz a descrição dos objetivos que se colocam para o curso de medicina da UFF, que são:

- a busca da interdisciplinaridade;
- a necessidade de repensar constantemente os conhecimentos da área médica, decorrência da velocidade do desenvolvimento da ciência e da tecnologia;
- a formação de médicos que sejam humanistas, técnicos competentes, com conhecimentos, atitudes e comportamentos éticos, habilidades psicomotoras e compromisso social.

A parte relativa à avaliação se refere tanto à análise do próprio currículo quanto à avaliação proposta pelo currículo para os alunos, que é descrita da seguinte forma:

A avaliação da estrutura curricular dar-se-á ao final de cada etapa vencida e terá seu momento culminante no final de sua total implantação. Haverá uma constante sondagem de opinião, a ser respondida por alunos, professores, coordenador do curso de medicina e profissionais da rede de serviços públicos que orientarão o trabalho supervisionado. A análise dos resultados poderá levar a conclusões quanto à necessidade de reformulação ou manutenção do currículo adotado.

Quanto à avaliação da nova metodologia, propõe:

A avaliação da metodologia do ensino teórico-prático e o desempenho dos alunos envolverá dois aspectos: a auto-avaliação e a heteroavaliação. Tanto professores quanto alunos participarão da avaliação do processo ensino-aprendizagem, das disciplinas, das fases do trabalho supervisionado, das etapas do estágio curricular e do currículo pleno. As conclusões poderão levar à reformulação e/ou inovação da metodologia de ensino e à promoção do aluno de uma etapa para outra e, finalmente, ao término do curso.

Após esta breve descrição da apresentação do Documento do Currículo Pleno da UFF, passamos a uma análise de seu conteúdo, que será feita a partir de questões fundamentais de currículo: marco conceitual, modelo curricular, integração teórico-prática, interdisciplinaridade, modelo de avaliação, preparação de recursos humanos. Através da análise desses pontos do currículo, bem como de sua abordagem, pretendemos averiguar sua coerência interna, entendendo coerência interna como a concordância entre a lógica dos pressupostos teóricos e a proposta de execução em todas as etapas.

Em relação às considerações preliminares e justificativa, nosso primeiro questionamento diz respeito às referências bibliográficas. No texto, não são citadas as fontes de consulta bibliográfica nem são feitas referências. O único momento em que há referência teórica é na apresentação do modelo analítico curricular, embora não se apresente, de fato, a referência bibliográfica. Além do aspecto formal, essa falta de referências pode indicar uma deficiência quanto a não serem assumidas as linhas teóricas e conceituais. Trata-se de um aspecto importante, uma vez que partimos do princípio de que um currículo nunca é neutro e sempre reflete as forças político-ideológicas que o apóiam ou que se lhe opõem.

Apontamos, ainda, como problema do texto das considerações preliminares e justificativa, a falta de contextualização. O período pelo qual passou a reformulação curricular coincide com a mudança da demanda do papel social do profissional de saúde, pois corresponde à implantação do SUS. Compõe, também, o cenário político desses anos uma crise no modelo de formação médica; não há, entretanto, contextualização dessa discussão. Consideramos necessária, em documentos de propostas curriculares, a

definição das tendências que organizam o campo de conhecimento, como dado fundamental para a delimitação do marco conceitual.

No documento é feita uma crítica ao modelo curricular e ao marco conceitual seguido pelos cursos de medicina, crítica essa que apresenta características comuns às já mencionadas neste artigo. As características do currículo médico criticadas nas considerações preliminares do documento são:

- forte ênfase dada à doença, e não à saúde;
- desvinculação entre ensino básico e profissional, além do distanciamento físico entre as duas áreas;
- freqüente despreparo do profissional médico em relação ao aspecto pedagógico e didático, o que implica a utilização de uma metodologia pouco adequada ao desempenho da função docente;
- ênfase no conteúdo a ser ensinado, sem a preocupação com a aprendizagem real do aluno;
- massificação do ensino resultante do grande afluxo de candidatos que ingressam nas escolas superiores, sem obedecer a uma planificação adequada;
- carência de desenvolvimento de uma metodologia científica que integre conhecimento clínico com conhecimento epidemiológico;
- domínio do uso de situações fictícias em salas de aula e laboratórios, em detrimento de situações reais, tanto no ciclo básico quanto no ciclo profissional;
- excessivo número de disciplinas, dadas de forma fragmentada, sem integração interdisciplinar;
- utilização das enfermarias como única possibilidade de contato aluno-paciente, o que gera uma relação profissional exagerada, que dificulta a aprendizagem do aluno e a recuperação do paciente;
- valorização excessiva da especialização, resultando em prejuízo para a formação integral do médico.

O documento apresenta, portanto, uma proposta de alteração dessas características. Procuraremos, então, verificar sua coerência interna, tentando identificar as modificações propostas no modelo curricular (disciplinas e ementas).

Ainda no começo do documento — nas considerações preliminares e justificativa —, é apontado um "freqüente despreparo do profissional médico em relação ao aspecto pedagógico e didático, implicando a utilização de uma metodologia

pouco adequada ao desempenho da função docente". Surge o questionamento de como esse novo currículo poderia mudar tal realidade, uma vez que o documento não aponta para a efetivação de uma estratégia de preparação do corpo docente.

A respeito do preparo do corpo docente, Giroux (1983, p. 258) afirma:

Para os professores implementarem uma noção mais abrangente de educação para a cidadania, eles terão que entender não apenas as ligações que existem entre o currículo oculto e o formal, mas também as conexões complexas que existem entre o currículo e os princípios que estruturam modos semelhantes de conhecimento, e as relações sociais na sociedade maior.

Consideramos esse aspecto fundamental, pois trata-se de crítica comum a vários cursos de medicina e reivindicação freqüente dos estudantes da área médica. É o que se pode constatar no depoimento da representante estudantil, do diretório acadêmico da UFF, em 1992: "Alguns professores vêm dar as aulas sem nenhuma preocupação com a questão didática. Chegam e, mesmo antes de dizer 'bom dia', começam a escrever no quadro-negro, e nós, os alunos, temos que passar a aula copiando ... . Muitas vezes nem sobra tempo para algum questionamento mais subjetivo."

Buscaremos, a seguir, identificar a coerência interna do currículo no sentido de viabilizar a preparação diferenciada do profissional médico, através da análise da estrutura curricular e das disciplinas propostas.

Inicialmente, o documento Detalhamento do Modelo Curricular (Universidade Federal Fluminense, 1992, p. 8) demonstra que a parte fundamentalmente prática aumenta à medida que a parte fundamentalmente teórica diminui. Ainda na descrição desse modelo, destacamos:

A inter-relação entre os conteúdos teóricos e práticos distribuídos nas etapas teórico-demonstrativas e prático-conceituais: na primeira associa-se o conteúdo teórico a uma demonstração prática executada pelos docentes e, na segunda, completa-se uma prática executada pelos alunos, sempre baseada em uma discussão conceitual das ações e de seu referencial teórico.

As características mais importantes a serem destacadas nesse modelo seriam a integração do ciclo básico ao profissional através das atividades práticas desde o começo do curso; a ampliação do campo de estágio para além do Hospital Universitário

Antônio Pedro, propiciando maior contato dos alunos com a comunidade desde o começo do curso; o envolvimento de equipes interdisciplinares na organização e desenvolvimento das atividades — e um exemplo citado é a constituição de equipes de coordenação das atividades prático-conceituais envolvendo os vários departamentos, embora, segundo depoimentos de professores do Instituto de Saúde da Comunidade, a equipe de coordenação não tenha envolvido vários departamentos, mas apenas esse instituto; a valorização dos aspectos éticos da profissão, da liberdade de discussão ideológica, metodológica e, conseqüentemente, o questionamento das 'verdades científicas'.

Para começar a análise crítica pelo último item aqui destacado, perguntamos: sabendo-se que os professores dos cursos de medicina são, em sua maioria, médicos, e que, para desempenharem a tarefa de ensinar não lhes é exigida qualquer formação pedagógica; sabendo-se ainda que a formação vem sendo feita dentro do modelo médico que valoriza as "verdades científicas", como se garantirá a "liberdade de discussão ideológica, metodológica e o questionamento das 'verdades científicas'" que não estavam sendo garantidos antes?

De acordo com o pensamento de Fleck (1986, pp. 75, 77), as verdades científicas têm datas e momentos específicos:

Na história do conhecimento científico não existe nenhuma relação lógico-formal entre as relações e suas provas: as provas se acomodam às concepções tão freqüentemente quanto as concepções às provas... . cada época tem concepções dominantes, resíduos das do passado e germens das do futuro.

O autor utiliza vários exemplos onde as "verdades" consideradas "científicas", em cada momento histórico, são substituídas por outras "verdades". Um dos exemplos é o caso da teoria clássica das doenças infecciosas. Segundo tal teoria, toda doença infecciosa era causada por um agente vivo e diminuto, e não se podia ver, ainda, que esse agente existisse também nas pessoas saudáveis; só muito mais tarde se descobriu a noção dos portadores sãos. Depois veio o "segundo golpe": a variabilidade dos microrganismos. Nos tempos de Koch, não se podia aceitar nenhuma variabilidade. Foi necessário que se passasse um certo tempo para que as múltiplas observações desse fenômeno fossem aceitas. Fleck continua: "O terceiro golpe na teoria clássica da infecção foi proporcionado pela teoria dos "vírus filtráveis", pois só então se

demonstrou que a infecção clássica, ou seja, a invasão dos agentes causais, é um caso excepcional no mecanismo de produção da infecção."

A partir do exemplo utilizado por Fleck, indagamos se, para garantir o questionamento das "verdades científicas" durante o curso médico, não haveria a necessidade de se realizar uma preparação em que os novos parâmetros propostos pelo currículo atual pudessem ser vivenciados, aprendidos, aplicados? Cabe ressaltar que, no documento em pauta, não está descrito como se pretende capacitar os professores do curso de medicina para trabalhar com a nova proposta curricular, nem se esse currículo foi implantado com apoio e/ou unanimidade de todos os departamentos.

Em entrevista feita com professores e responsáveis pela implantação do currículo, percebe-se que não houve consenso de todos os departamentos da Faculdade de Medicina quanto à implantação do mesmo. Através de depoimentos do coordenador de curso e de professores de alguns departamentos, feitos em jornal interno da UFF (1995, p. 7), em matéria intitulada 'Currículo novo expõe confronto entre duas visões de mundo', fica clara a insatisfação de professores do Departamento de Cirurgia Geral e Especializada e do Departamento Materno-Infantil. Foi mencionado, também, que o Departamento de Medicina Clínica votou contra a implantação do novo currículo: o "chefe do departamento de Medicina Clínica recorda que seu departamento votou contra o novo currículo e critica o que considera urgência na implantação. Lembra que o departamento sugeriu uma fase de transição de dois anos para melhor adaptação, num sistema de mudança gradual."

O coordenador do curso de medicina, por sua vez, considera legítimas as preocupações dos professores, mas atribui grande parte das críticas à desinformação e à falta de diálogo entre os departamentos. Denuncia, ainda, "uma grande apatia e ausência de parte dos professores nas reuniões em que se organizam os horários e programas dos períodos. ... O currículo não se mostrou ruim porque nem chegou a ser inteiramente posto em prática" (idem, ibidem, p. 8). Não há dúvidas, portanto, de que não houve consenso quanto ao novo currículo.

A dificuldade de diálogo entre os departamentos da Faculdade de Medicina poderia ter entre outras explicações, segundo Fleck (1986), o fato de esses departamentos representarem as especialidades médicas, que constituem diferentes 'coletivos de pensamentos', com distintos 'estilos de pensamento'. As concepções de medicina e os objetivos da formação médica parecem ter diferenças para cada uma das áreas, o que prejudica o diálogo. Para que haja intercâmbio de idéias, é necessário

também o esforço de criação de um diálogo abrangente e, de fato, interdisciplinar. São justamente as diferenças que podem tornar necessário e frutífero o intercâmbio.

Ainda na busca de uma análise das características que, neste trabalho, foram consideradas as mais importantes do currículo, a seguir comentaremos o fato de as atividades práticas serem oferecidas desde o começo do curso, bem como o de o campo de estágio ter sido ampliado para além do Hospital Universitário. Essa modificação, além de significar maior integração teoria-prática, propicia maior contato dos alunos com a comunidade, possibilitando sua inserção no processo de trabalho das Unidades de Saúde, cuja rotina de serviço, complexa e dinâmica, é bem diferente daquela dos hospitais universitários.

Segundo relato de professor do Instituto de Saúde da Comunidade, em 1995, a inserção na comunidade, mesmo antes de o aluno exercer qualquer atividade identificada como médica — sua inserção se faz a partir das disciplinas introdutórias — lhe permite o contato com o ser humano em sua realidade e vida.

Para apreender o envolvimento dos departamentos com a nova proposta, é necessário verificar até que ponto as disciplinas e suas ementas se modificaram — ou se apenas mudaram seus nomes.

Neste ponto, aproveitamos para assinalar o fato de as ementas estarem descritas em forma de tópicos. Considerando a ementa como "uma descrição resumida dos conteúdos e da forma como serão trabalhados e não uma seqüência de itens de programas" (Paixão,1995), parece-nos estar mal utilizado esse elemento da proposta.

O PTD está dividido em quatro fases, cada uma com dois períodos letivos. Sua carga horária é de 3.195 horas e 213 créditos teóricos. As matérias do ciclo básico se desdobram em disciplinas, como grandes áreas que, por sua vez, se desdobram em subáreas. Por exemplo, a matéria ciências biofisiomorfológicas se subdivide em nove disciplinas: biologia geral I, biologia celular e molecular, neurobiologia, fisiologia VI, fisiologia VII, morfologia I, morfologia II, morfologia III e anatomia médico-cirúrgica.

No ciclo profissional, a matéria medicina integral I, por exemplo, se desdobra nas disciplinas medicina integral do adulto e do idoso I, II, III e IV. Em nota de rodapé, há uma observação que esclarece que a matéria medicina integral I engloba o conteúdo das matérias obrigatórias do currículo mínimo: estudo da saúde coletiva; iniciação ao exame clínico; bases da técnica cirúrgica e anestesiologia; obstetrícia e ginecologia; pediatria; ciências fisiológicas; psiquiatria; patologia e clínica dos órgãos e sistemas; medicina legal; terapêutica; deontologia e gerontologia.

A seqüência aconselhada da distribuição das disciplinas do PTD pelos períodos mostra que o aspecto biológico é mantido no começo do curso. A primeira disciplina descrita é neurobiologia, a segunda e terceira são biologia celular e molecular e biologia geral.

Essa abordagem pode ser um indício de que o modelo utilizado é o biomédico, o que, a nosso ver, se explica pelo fato de ser um currículo da Faculdade de Medicina. Talvez se trate de um currículo biomédico mais humanista e, de certa forma, preocupado com a manutenção do ser humano em sua totalidade, e não dividido em partes.

Podemos exemplificar com o fato de as disciplinas estarem divididas por critério de faixas etárias e não por partes do corpo de cada faixa etária. Por exemplo, a disciplina em que se estudam as características e problemas dos olhos, oftalmologia, não está mais isolada. No currículo antigo estudavam-se as questões referentes aos olhos em todas as idades. Já no novo currículo a oftalmologia é estudada no contexto do aprendizado do corpo por inteiro, por fases da vida ou faixas etárias (criança, adolescente, adulto e idoso) nas disciplinas medicina integral da criança e do adolescente e medicina integral do adulto e do idoso. O núcleo de organização da disciplina passa a ser o ser humano, em suas fases da vida, e não mais a parte do corpo, no caso, os olhos.

Quanto à carga horária das disciplinas, o quadro comparativo entre os dois currículos permite observar que os créditos aumentaram de 275 para 382, o que significa aumento da carga horária. Além disso, há um aumento da carga horária na parte teórica e não apenas na prática. O aumento da carga horária prática se justifica pelo novo enfoque do currículo, com ênfase na prática, mas a que se deve o aumento da carga teórica?

Uma justificativa pode ser a evolução do conteúdo médico e da própria medicina. Devemos, porém, ponderar sobre o que esse aumento de carga horária significa na vida acadêmica do estudante de medicina, pois a carga horária total do curso passa de 7.320 horas-aula para 9.135 horas-aula. Ou seja, há um aumento de 1.816 horas-aula, isto é, de cerca de 25%.

Ora, para averiguar se há sobrecarga de aulas para os alunos, é necessário examinar a carga horária semanal. O fato de o currículo ter aumentado sua carga horária pode demonstrar um aumento de sua extensão e não de sua intensidade, já que esse curso é dado em vinte semanas por período.

Em todos os períodos, houve aumento de carga horária teórica semanal. Esse aumento variou de 200%, no primeiro período, a 20%, no sexto. A carga horária prática semanal não aumentou em todos os períodos: oscilou entre aumentos de até 157% e quedas de mais de 160%.

Porém, em função das especificidades do novo currículo, a simples comparação de carga horária não abarca suas diferenças. Ora, no currículo anterior, as disciplinas demonstrativas eram consideradas práticas e, em sua maioria — segundo depoimento do coordenador do curso (em 1996) —, consistiam de exemplificações por parte dos professores e não de experimentação por parte dos alunos. Poderíamos, então, considerar as aulas ditas práticas do currículo antigo como teóricas, se analisadas à luz do novo modelo curricular. A partir desse novo parâmetro, a comparação das cargas horárias semanais das disciplinas dos dois currículos indica queda da carga teórica e aumento da carga prática.

Uma das principais críticas e preocupações que cercam a análise de reformulações curriculares diz respeito ao acréscimo excessivo de carga horária, a chamada sobrecarga ou "inchaço" do currículo. No caso do currículo médico, o primeiro problema quanto ao aumento de carga horária é relativo ao tempo que os alunos terão para estudar, processar o aprendizado e viver sua vida extra-acadêmica. Quando se propõe um currículo interdisciplinar, os alunos do curso devem ter tempo, também, para realizar, na prática, a interdisciplinaridade. Além disso, tem sido uma reclamação constante do corpo discente a falta de tempo para manter uma boa saúde física e mental. Assim, o aumento excessivo de carga horária talvez seja um ponto desfavorável dessa reformulação. Transcrevemos um trecho de entrevista com um aluno do sétimo período, em 1992, em que ele reclama dessa carência:

Com a carga horária intensa que somos obrigados a cumprir, às vezes não dá nem para almoçar... e como eu posso dizer para um paciente que ele deve se alimentar melhor ou que seu filho deve ter horário para o almoço, se eu mesmo não o tenho? Afinal, se quero falar sobre saúde, trabalhar com a saúde da população, tenho que ser coerente!

Estudos realizados em sala de aula recomendam uma proporção de horas de estudo individuais por cada hora teórica de aula de três para um. Ou seja, o estudante necessita, para poder assimilar o conhecimento adquirido em uma hora de aula teórica, de três horas de estudo. A proporção para as horas de aulas práticas se inverte, pois se

considera que o conteúdo já estará sendo assimilado durante a experimentação prática e, portanto, o aluno necessitará de menos horas para assimilar o conteúdo (Paixão, 1996). A partir dessas proporções se pode questionar o tempo de assimilação que terá o aluno do curso de medicina da UFF, já que, em algumas disciplinas, chegará a ter mais de trinta horas semanais de aula.

Onde entra a interdisciplinaridade? Não está descrito, no currículo, como se dá a prática interdisciplinar. Há profissionais de diversas áreas trabalhando em conjunto? Isso está proposto nos objetivos, mas não fica claro se realmente houve um trabalho interdisciplinar para a elaboração e implantação desse currículo, nem se todos os departamentos se envolveram na reformulação e implantação do mesmo. Os depoimentos já citados não mostram que isso tenha acontecido.

Através de depoimentos do coordenador do Grupo de Estudos para a Reformulação Curricular e de professores do Departamento de Saúde da Comunidade — atual Instituto de Saúde da Comunidade —, no ano de implantação do currículo (1994), alguns departamentos não participaram das discussões para a reformulação, outros nem conseguiram reunir-se internamente para analisar a proposta e emitir seu parecer; outros, ainda, se opuseram a essa proposta. A interdisciplinaridade, portanto, sofreu obstáculos e dificuldades desde a fase de elaboração do currículo. Identificamos esse tipo de problema enfrentado pela Faculdade de Medicina como reflexo do que Fleck (1986) denomina 'incomensurabilidade de idéias'. Os diversos departamentos da referida faculdade correspondem às diversas especialidades do campo médico. Cada campo tem uma determinada área de atuação e, conseqüentemente, um estilo de pensamento. Essa diversidade de estilos de pensamentos cria uma diversidade de coletivos de pensamento e, finalmente, uma incomensurabilidade de idéias.

Atualmente, o currículo — que já formou sua primeira turma em dezembro de 1999 — está aos poucos conseguindo avançar no sentido da integração de departamentos. Isso vem se dando, segundo depoimento de professor do Instituto de Saúde Comunitária (março de 2000), como reflexo da melhor estruturação das disciplinas e do melhor domínio, por parte dos professores, do que seja a proposta curricular e de suas etapas.

Persistem as dificuldades — que existem desde a implantação do currículo — com a organização do trabalho de campo. Durante o primeiro ano do curso ainda não é possível realizar, plenamente, as atividades de campo previstas. Na opinião do professor

entrevistado, o problema continua centrado numa questão de preparação e treinamento de professores e tutores, tanto para que a proposta seja claramente compreendida quanto para que os profissionais sejam capazes de trabalhar melhor em suas atividades.

Numa pesquisa de avaliação da nova proposta curricular — que está começando a ser desenvolvida por uma equipe de professores do Instituto de Saúde Comunitária —, os 44 alunos formados na primeira turma responderam a um questionário, manifestando-se favoravelmente ao currículo. Apesar de muitas críticas aos primeiros semestres do curso, os alunos consideram que sua postura profissional e a compreensão da realidade social foram fortemente influenciadas por esse currículo. A Faculdade de Medicina passou por uma avaliação do MEC no ano passado, e a proposta didático-pedagógica do novo currículo obteve a nota máxima, representada pelo conceito A.

### **Conclusão**

Ao analisarmos o documento de reformulação curricular da UFF, consideramos que houve avanços importantes no sentido de questionar o modelo biomédico de formação. Acreditamos, porém, que a profissão médica requer conhecimentos da área biológica, e não se pode eliminar o aspecto biomédico na formação desse profissional.

Avaliamos, contudo, ser necessária a introdução de conteúdos da área de ciências sociais, como instrumento para a formação do médico capaz de atuar nos problemas de saúde mais recorrentes da população brasileira, bem como no domínio das tecnologias. O médico, para lidar com a dicotomia entre a tecnificação da prática médica e o aumento das especializações, por um lado, e o aumento crescente do agravo de problemas básicos de saúde da população, por outro, deve estar apto a questionar seu papel diante das duas (ou mais) vertentes e a atuar no sentido de melhorar a qualidade de vida e de reduzir os níveis do adoecer. Nesse sentido, parece-nos que o curso de medicina da UFF indica uma reformulação capaz de avançar nos aspectos citados, principalmente através de seu modelo curricular.

A introdução precoce do estudante nas aulas práticas, mesmo que inicialmente ainda não seja visto como médico, contribui para a transformação da postura desse futuro profissional, tornando-a mais ética. Os alunos estão, desde o primeiro período, divididos em pequenos grupos (oito alunos), e, a partir do

aprendizado dos determinantes históricos, sociais e ideológicos do processo de saúde-doença e do meio ambiente (UFF, 1992), entram em contato com os conteúdos referentes a um grupo populacional real de Niterói. Dessa forma, elaboram o conhecimento de forma teórico-prática e vivenciada.

Assim, ao conhecer uma comunidade e sua população desde o começo do curso, o aluno talvez venha a ter mais condições de assimilar os conteúdos teóricos, na perspectiva da compreensão do ser humano em sua totalidade e não mais dividido em partes, como acontecia com o tipo de formação anterior. Conseqüentemente, deverá adotar uma postura mais ética na relação médico-paciente e estar melhor qualificado para enfrentar as dificuldades cotidianas de sua profissão.

### **Referências Bibliográficas**

Canguilhem, G. 1990 O normal e o patológico. 3ª ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Coe, R. M. 1984 Sociología de la medicina. 3ª ed., Madri, Alianza Editorial.

Da Ros, M. A. 1995 A presença de Tyler e Flexner no curso de medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina. (mimeo.)

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

Fleck, L. 1986 La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madri, Alianza Editorial.

Foucault, M. 1980 O nascimento da clínica. 2ª ed., Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Fox, D. M. 1980 'Abraham Flexner's unpublished report: foundations and medical education, 1909-1928'. Bulletin of History of Medicine, 54: 475-82.

Giroux, H. 1983 Theory and resistance in education. South Hadley, Bergin and Garvey Press.

Luz, M. T. 1988 Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campos.

Ministério da Educação 1989 Documentos do Ensino Médico. 3ª ed., Brasil.

Neto, E. R. 1994 'Reorientando o setor saúde no Brasil'. Encontro Continental de Educação Médica. Punta del Este.

Paixão, S. S. 1996 Comunicação pessoal.

Paixão, S. S. 1995 Questões de currículo no ensino superior. Rio de Janeiro. (mimeo.)

Porto, M. A. T. 1994 'A circulação do sangue, ou o movimento no conceito de movimento'. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. I (1), pp. 19-34.

Rosen, G. 1980 Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro, Graal.

Silva Jr., A. G.; Pires, A. C.; Marins, J. J. N. e Tomassini, H. C. B 1996 'As experiências de articulação universidade-serviço-sociedade em Niterói', RJ. Divulgação, 12: 51-56.

Universidade Federal Fluminense 1995 Casarão — Jornal Laboratório do Curso de Jornalismo. Niterói, UFF/IACS, Departamento de Comunicação Social, vol. 17.

Universidade Federal Fluminense 1992 Proposta de Currículo Pleno. Niterói, Faculdade de Medicina/Centro de Ciências da Saúde/UFF.

Universidade Federal Fluminense 1990 Programa de capacitação extramural em saúde da UFF. Projeto Zona Norte de Niterói. Niterói, CCM/Colegiado Gestor do IAV-CEM. (mimeo.)

Vaitsman, J. 1992 'Saúde, cultura e necessidades'. Em S. F. Teixeira (org.), Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

Vieira, M. M. 1991 Reflexões sobre racionalidades médicas: dilemas de um clínico. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

## A REFORMULAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BUENOS AIRES (1986 - 2002)

### **Resumo**

Este artigo tem como questão central o processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA) no período de 1986-2002. Buscamos identificar, no processo analisado, algumas marcas da mudança por que passa o Estado desde a década de noventa e percebemos que as várias propostas de modificação no currículo estiveram vinculadas às modificações do panorama mundial. As mudanças no Estado descritas, seus reflexos na Lei Argentina de Educação Superior (1995) e as propostas do Mercosul Educativo; a dinâmica interna própria das universidades públicas argentinas, herdadas da Reforma de 1918 (atravessada pela disputa política); a dimensão pedagógica que faz com que os profissionais da área de educação tenham grande prestígio e indiquem os caminhos a seguir nos processos de reformulação curricular da Medicina da UBA (Currículo Baseado em Resolução de Problemas ou Currículo por disciplinas) são alguns dos eixos que estiveram presentes na realidade estudada. Cada uma das peças acima fez parte do quebra-cabeças e vem conformando o processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA, por cerca de duas décadas.

**Palavras-chave:** educação médica, reformulação curricular, Universidade de Buenos Aires

### **Abstract**

This article has as central issue the process of curricular reform of the Medicine Course of the University of Buenos Aires (UBA) in the period of 1986-2002. We aim to identify some marks, in the analysed process, of the change in the State that has been taking place since the nineties. And we perceived that the some proposals of modification in the curriculum has been related to the modifications of the worldwide panorama. The changes in the State described, its consequences in the Argentinean Higher Education Law(1995) and the proposals of the Educative Mercosul; the specific internal dynamics of the Argentine public universities, inherited from the Reform of 1918 (crossed by politics dispute); the pedagogical dimension where the professionals of the education area have the great prestige and indicate the ways to follow in the processes of curricular reformulation of the medicine of the UBA (Problem Based Learning Curriculum or Curriculum by discipline) are some of the axles that had been present in the studied reality. Each one of the parts above was part of the puzzle and comes conforming the process of curricular reformulation of the Medicine Course of the UBA, for about two decades.

**Key words:** medical education, curricular reform, University of Buenos Aires.

## **Introdução**

O presente trabalho tem como questão central o processo de reformulação curricular do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA). E, para compreendê-lo é necessário entender o contexto que lhe serve como pano de fundo, afetando e determinando a dinâmica tanto interna quanto externa à instituição: o da mudança na relação e no contrato social, que se produz na década de noventa, entre o Estado e a universidade.

No processo de reformulação curricular da Medicina da UBA percebemos diversos eixos conformando uma rede de influências e convergências de fatores que determinaram seu desenvolvimento e entraves respectivamente.

Quais seriam tais eixos?

O Estado, Estado de Bem-Estar, Cultura Reformista, Mercosul, Políticas Públicas, Lei de Educação Superior, Relação do Estado com a Universidade.

A mudança de um Estado de Bem-Estar para um Estado avaliador, seus reflexos na Lei de Educação Superior de 1995 e as propostas do Mercosul Educativo, a dinâmica interna própria das universidades públicas argentinas, guiadas pela Reforma de 1918<sup>1</sup>, nas quais a disputa política está atravessada pela disputa político-partidária (fundamentalmente a partir de 1983<sup>2</sup>), e a dimensão pedagógica, que faz com que os profissionais da área de educação nessa Faculdade de Medicina gozem de grande prestígio e indiquem os caminhos a seguir nos processos de reformulação curricular da Medicina são alguns dos eixos que atravessam a realidade estudada. Cada uma das peças acima fez parte do quebra-cabeças e conformou (e conforma) o processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA.

### **1. O Estado avaliador, as reformas das universidades e o papel das agências internacionais**

Consideramos que o processo de reformulação curricular se encontra refletido na mudança que se produz a partir da década de noventa: o Estado de Bem-Estar, no âmbito educativo, é substituído por um Estado avaliador. Para o Estado de Bem-Estar a universidade

---

<sup>1</sup> Do ponto de vista histórico, o movimento estudantil da Reforma deu às universidades argentinas (e latino-americanas) seu estilo organizacional: o co-governo de estudantes, professores e graduados – corpos colegiados que representam os três estamentos para tomar as decisões; os concursos de docentes; cátedras paralelas; atividades de extensão universitária inseridas no meio social; a organização de centros de estudantes com atividades para atender às demandas dos alunos, tanto administrativas (fotocópias, publicações, horários, ofertas de cursos, etc.) quanto políticas (Mollis, 1995).

era “uma instituição social, com ação e prática social fundada no reconhecimento público de sua legitimidade e de suas atribuições, num princípio de diferenciação que lhe conferia autonomia perante outras instituições sociais e estruturada por ordenamentos, regras, valores de reconhecimento e legitimidade internos a ela, com autonomia do saber em face da religião e do Estado” (Chauí, 1999:217). E o que passa a ser a universidade para este novo Estado avaliador?

Nas últimas duas décadas os governos da América-Latina têm adotado regimes neoliberais que vêm reestruturando seus sistemas de educação. Esse processo estabeleceu-se a partir de uma série de medidas comuns à região: “ajuste da oferta” (redução do investimento público na educação); “reestruturação jurídica do sistema” (novas leis de educação); e “profunda redefinição do papel do Estado do ponto de vista educacional” (saindo da função social de educar e assumindo o papel de fiscalizador e avaliador). “Políticas de descentralização e transferência, reformas curriculares, mudanças significativas na gestão escolar e na formação docente (...) implementadas pelos governos neoliberais latino-americanos com apoio de alguns organismos internacionais – como o Banco Mundial ou o Banco Interamericano de Desenvolvimento” (Gentili, 2001:98).

Para Roberto Leher, “ o Banco Mundial determina que o modelo europeu de universidade – estatal, autônoma, pública, gratuita e baseada no princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão – não é compatível com a América Latina” (Leher, 2001:153).

Desde a década de 90, a substituição do chamado Estado de Bem-Estar por um Estado que avalia a prestação dos serviços, mas descentraliza a administração educativa, teve muito impacto sobre as dinâmicas de poder econômico e político. E promoveu nos sistemas de educação superior latino-americanos, profundas mudanças e reformas (Mollis, 1999).

O período das reformas neoliberais na América Latina, desde a reforma educacional desenvolvida no Chile, expandiu-se progressivamente a quase todos os países da região. A partir da recuperação democrática destes países, algumas universidades públicas foram consolidando respostas adaptativas às demandas de uma agenda internacional promovida pelo Banco Mundial e mais tarde pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID – (México, Colômbia e Argentina), mas houve, também, severas resistências institucionais (Bolívia e Brasil) (Mollis & Bensimon, 1999).

---

<sup>2</sup> A disputa política se transforma em disputa político-partidária a partir de 1983, quando se constata uma clara hegemonia do partido político UCR (União Cívica Radical) nos órgãos de governo da UBA.

Nas universidades, as pressões externas dos organismos internacionais têm orientado a diversificação de fontes de financiamento (venda de serviços e cobrança de taxas escolares), reformas curriculares (encurtamento dos cursos de graduação para obter mais rápida inserção no mercado de trabalho), seletividade no acesso (exames tipo vestibular), promoção de novos cursos orientados para o mercado (Marketing, Finanças, Sistemas, etc.), atualização docente e rápida expansão de universidades particulares. Estas tendências formam parte de uma “agenda internacional” que se aplica na América Latina, (e nos países pós-socialistas da Europa) e constituem o contexto internacional em que se inserem as reformas atuais na Argentina (Mollis, 1999).

Acreditamos que as recomendações do Banco Mundial, e de outras agências internacionais, vêm influenciando a construção das políticas educacionais do Mercosul. A avaliação e o credenciamento universitários se constituem em pontos fundamentais para entender as tendências mundializantes em matéria de políticas para o campo da educação superior na Argentina. E aparecem no contexto da reformulação do currículo da medicina.

No caso específico estudado, percebemos que as várias propostas de modificação no currículo e de reformulação curricular estiveram vinculadas às modificações do panorama mundial (mundialização) e refletidas na Argentina – e em toda a região – pelas políticas neoliberais. Um exemplo ilustrativo neste caso é o da promulgação da Lei de Educação Superior (Nº Lei Nº 24.521 de 1995) com a introdução de mecanismos centralizados de avaliação e credenciamento universitários (através da Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário, CONEAU<sup>3</sup> e Secretaria de Políticas Universitárias) e seu impacto na autonomia universitária.

Outro exemplo do impacto da citada lei e suas conexões/interfaces com a administração do decano da faculdade de medicina da época, foi a aprovação do artigo Nº 50 estabelece que “... nas universidades com mais de cinquenta mil (50.000) estudantes, o regime de admissão, permanência e promoção dos estudantes será definido ao nível de cada faculdade ou unidade acadêmica equivalente”. Tal modificação significou, entre outras, uma mudança muito importante em um dos princípios da Reforma de 1918, característico das

---

<sup>3</sup>A CONEAU tem a função de avaliação institucional de todas as universidades nacionais, provinciais e particulares; o credenciamento de pós-graduações e cursos regulares e a emissão de recomendações sobre os projetos institucionais de novas universidades estatais e das autorização provisória e definitiva de estabelecimentos universitários privados. Possui, também, a função de emitir parecer sobre o reconhecimento de entidades particulares de avaliação universitária. Tem mandato legal para realizar as seguintes tarefas: avaliações externas; credenciamento de cursos de graduação; credenciamento de cursos de pós-graduação; avaliação de projetos institucionais; reconhecimento de entidades particulares (CONEAU, 2002).

universidades argentinas: o ingresso democrático, direto e sem limite de vagas para as universidades públicas.

Para entender a dinâmica na qual a universidade argentina se insere e sua forma de organização, tanto no aspecto do ingresso dos estudantes quanto em outros, é necessário remeter-se à Reforma de 1918. Em todos os relatos de reuniões e das entrevistas realizadas esteve presente a idéia do marco dos princípios da Reforma de Córdoba (1918). Fosse para resgatá-los ou tentar superá-los, os princípios da Reforma podem ser considerados norteadores da estrutura universitária argentina, registrados em seu estatuto interno.

Na atual situação, em que o processo de mundialização em curso parece aprofundar a polaridade entre ricos e pobres, a América Latina desempenha um papel subordinado, de periferia. E, dentro da América Latina, Argentina e Brasil ocupam um lugar central na nova agenda modernizante, através do Mercosul, uma das estratégias para a implementação dessa nova agenda. A seguir, faremos uma rápida descrição do Mercosul e de suas influências nas discussões e reformulações curriculares.

## **2. Estado e regionalização: as políticas do Mercosul**

Um dos traços destacados da mundialização capitalista na última década foi o aparecimento e consolidação de blocos econômicos regionais destinados a aumentar os níveis de intercâmbio comercial e de integração econômica regional. Os casos da União Européia, o Acordo de Livre Comércio de América do Norte, o bloco dos países do Sudeste Asiático e o Mercado Comum do Sul (Mercosul), constituem os exemplos mais visíveis da tendência citada, mesmo que apresentem notórias diferenças em suas dinâmicas e níveis de integração. A evolução destes processos – e compreensão de suas conseqüências sociais – não pode estar desligada da hegemonia política e econômica do neoliberalismo.

Neste sentido cabe assinalar que a evolução recente dos processos de integração (alguns deles de longa data, como no caso da União Européia) tem estado ligada de forma direta ao que genericamente podemos chamar de “ideologia de mercado” e que em muitos casos estes processos vem servindo para veicular ou aprofundar, em espaços regionais mais amplos, os preceitos econômicos ligados a mercantilização dos bens públicos<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> No caso europeu, por exemplo, a disciplina fiscal exigida pelos acordos de Maastricht e de Amsterdã para a construção da moeda única (o euro) serviu como ferramenta para a aplicação de políticas orçamentárias ortodoxas em escala nacional que tiveram um considerável impacto na retração do gasto público e no debilitamento dos direitos sociais e trabalhistas conquistados pelos assalariados depois da Segunda Guerra Mundial.

A partir de meados da década de oitenta os países do cone sul da América Latina foram protagonistas de uma experiência de integração até então inédita na região: o Mercosul.

Esse processo de integração, que adotou desde o início a forma de uma união aduaneira imperfeita, atravessou diferentes fases ligadas à evolução econômica de seus respectivos integrantes (fundamentalmente Brasil e Argentina) à luz do impacto das políticas econômicas neoliberais. Independentemente das expectativas iniciais – no sentido de que o Mercosul poderia constituir-se em uma experiência de integração regional que priorizara um modelo de desenvolvimento autônomo na região – o impacto crescente das políticas econômicas liberais, o impacto das sucessivas crises financeiras internacionais que afetaram Brasil e, na atualidade a Argentina, fizeram com que o processo de integração perdesse impulso. Principalmente a partir de 1999 e da desvalorização da moeda brasileira, que afetou os termos de intercâmbio comercial entre os dois sócios principais, e se encontra hoje em uma profunda crise. Diante desta realidade, e das frustradas expectativas iniciais de integração em diferentes âmbitos que excediam o mero marco do intercâmbio comercial (educação, cultura, etc.), é preciso indagar-se sobre as “promessas não cumpridas” do Mercosul, que tanta expectativa geraram em âmbitos oficiais e acadêmicos.

Tentar responder a estas questões significa historiar o processo e tentar identificar os diferentes ciclos que caracterizaram esta experiência, assim como também os diferentes interesses envolvidos no processo de integração. Não é o objetivo deste trabalho realizar uma análise pormenorizada da evolução econômica do Mercosul. Entretanto, à luz das tentativas de harmonização de políticas universitárias que foram incentivadas desde a assinatura do Tratado de Assunção em 1991, acreditamos que seja importante questionar sobre o impacto – se existe – que as políticas de educação superior do Mercosul, através das discussões do Mercosul Educativo, tiveram e/ou têm no processo de reformas curriculares e nos processos de harmonização do credenciamento de títulos universitários. Nosso universo de análise, como assinalamos na primeira parte deste trabalho, se constitui no processo de reformulação curricular na Faculdade de Medicina da UBA. Partindo das discussões esboçadas nas comissões técnicas de educação superior, do chamado Mercosul Educativo<sup>5</sup>, nos interessa

---

<sup>5</sup> Em 1991 o Conselho do Mercado Comum criou a Reunião de Ministros de Educação. Com a assessoria do Comitê Coordenador Regional, composto pelos representantes oficiais dos governos na área educacional, esta reunião tem como função propor as medidas que coordenem as políticas educacionais dos estados membros e os Planos de Ação. Desde então, passaram a realizar-se reuniões semestrais de Ministros de Educação – alternando a presidência de cada reunião – e reuniões do Comitê Coordenador Regional (composto por 12 membros permanentes, sendo três por país). Ao Comitê compete a organização das principais pautas e os temas técnicos a serem desenvolvidos pelos especialistas, ao longo de cada semestre. Se constituíram diversas comissões de trabalho para o tratamento de vários temas específicos da área educativa. Nas comissões foram definidas, por

analisar se existe alguma influência dos debates e recomendações destes âmbitos no processo de reforma curricular, dentro da estratégia de homogeneização dos países “periféricos”.

Na área médica já foram definidas as diretrizes curriculares a serem seguidas por todas as faculdades de medicina dos países membros do Mercosul. A que demanda atenderão tais diretrizes e até que ponto serão implementadas por todas as faculdades, públicas ou privadas?

No caso específico da Faculdade de Medicina da UBA, cada processo de reformulação obedeceu uma lógica dependendo das lideranças que a impulsionassem. No processo anterior (interrompido em agosto de 2000) a idéia era de seguir as indicações do Mercosul Educativo com relação às diretrizes curriculares e, em geral, o trabalho acompanhou as modificações previstas pela Lei de Educação Superior em coerência com os delineamentos dos organismos internacionais em indicações para a América Latina.

Já no atual processo de reformulação curricular, iniciado em dezembro de 2000, não foram discutidas especificamente ditas questões nas reuniões durante o ano 2001 nem foi explicitado o seguimento ou não de tais princípios (aprofundaremos no decorrer do artigo).

A partir de nossa observação participante nas reuniões de reformulação curricular, realização de entrevistas com informantes-chave dos processos desenvolvidos durante as duas últimas décadas e leitura de material levantado (tanto fontes primárias quanto secundárias) observamos que os processos vem sendo perpassados por vários eixos (já mencionados) e faremos a análise levando em conta sua interface.

Passaremos a relatar o caso específico da reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA, incluindo seus antecedentes históricos e especificidades.

### **3. Reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA (1986-2002)**

A Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA), nas últimas duas décadas, passou por várias tentativas de reformulação curricular. Desde 1983, com a volta à democracia, a faculdade passou por diversos movimentos de reformulação curricular e, desde 1986, pela implantação de inovações curriculares. O mais recente processo de reformulação curricular tem dois momentos: o primeiro durante os anos de 1999 e 2000 e o segundo a partir de dezembro de 2000 até a presente data. Cada momento se relaciona com a gestão de dois diferentes decanos.

Buscaremos contextualizar o processo vivido desde a década de 80, na tentativa de relatar a origem dos dois mais recentes momentos e seu desenvolvimento, incluindo, ainda, as

---

exemplo, a necessidade de se estabelecer as diretrizes curriculares a partir das quais todas as faculdades de medicina devam basear-se para elaboração e reformulação de seus currículos.

características do modelo de autonomia universitária, tipo de direção e administração das faculdades da UBA e – como se denomina na Argentina – o governo autônomo das universidades públicas e, mais especificamente, o governo da UBA. Consideramos ser importante tal relato para a contextualização e compreensão dos processos com suas particularidades.

### **3.1 A gestão da UBA e a volta à democracia**

A UBA, assim como a maioria das universidades nacionais argentinas, seguindo os delineamentos da Reforma de 1918, como mencionamos anteriormente, tem organização acadêmica em forma de cátedras e faculdades. Os Conselhos Diretivos das Faculdades são eleitos por votação direta dos diferentes “cláustros”<sup>6</sup> e neles estão representados os professores, os graduados e os estudantes. Os conselhos, por sua vez, elegem os decanos das faculdades.

Os membros dos órgãos colegiados superiores da universidade também são resultado de eleições dos diferentes “cláustros”. O Conselho Superior integrado pelo reitor, os decanos e representantes dos professores, graduados e estudantes compõem, junto com os membros dos conselhos diretivos, a assembléia universitária que elege, por sua vez, o reitor.

Segundo depoimentos de professores e alunos da faculdade de medicina da UBA (em entrevistas realizadas durante os anos 2000 e 2001) o curso de medicina, desde 1986, vem discutindo a necessidade de reformar o seu currículo.

No ano de 1983, com a volta da democracia e depois de anos de ditadura militar, que afetaram profundamente a administração das universidades públicas argentinas, o novo governo determinou a designação de decanos normalizadores<sup>7</sup> que, no prazo de dois anos, deveriam normalizar o funcionamento das faculdades e abrir concursos para professores. O decano normalizador da faculdade de medicina, desse período, foi Dr. Fernando Carlos Matera (1984 a 1986).

Foi necessário um período de normalização porque, com os golpes militares (nas décadas de sessenta e setenta), as universidades públicas sofreram intervenção e se designaram interventores que suprimiram os corpos colegiados e assumiram suas faculdades,

---

<sup>6</sup> Os cláustros se referem aos grupos de representantes dentro dos conselhos (diretivo e superior), aos corpos colegiados que representam os três estamentos para tomar as decisões: cláustros de professores, estudantes e graduados.

<sup>7</sup> Em outros períodos de pós-ditadura também foram indicados decanos normalizadores (Faculdade de Medicina, UBA, 2002).

modificando os estatutos e demais corpos normativos das respectivas universidades. Foi a clausura da autonomia universitária.

Os interventores, com atribuições para colocar à disposição aleatoriamente os cargos universitários, colocaram em prática a remoção de autoridades e deixaram fora das universidades um número significativo de docentes, funcionários e estudantes. Foram suprimidas unidades acadêmicas, cursos e disciplinas nas universidades públicas, e modificados planos e programas de estudo. As áreas mais afetadas foram das ciências sociais e as ciências básicas. Foram eliminados muitos dos princípios reformistas (da reforma de 1918): voltou a fortalecer-se a estrutura em faculdades fragmentadas em cursos e se reverteu a tendência a flexibilizar os currículos tornando-se mais rígidos e controláveis (Paviglianiti, 1996).

Outras modificações foram impostas como a diminuição do gasto público em educação superior; cobranças de taxas e mensalidades nas universidades; redução das matrículas e das vagas e a proliferação de instituições particulares de ensino superior (universitárias ou não).

Como, então, se poderia realizar a tarefa de redemocratização das universidades?

Estes fatos fizeram com que, a partir de 1984, as universidades argentinas tivessem que passar por um longo trabalho de restauração das condições acadêmicas e de administração para recuperar sua autonomia e capacidade de criação e transmissão do conhecimento (Paviglianiti, 1996).

Durante os anos 1976 a 1982, a UBA teve o ingresso de estudantes restringido e decanos impostos pelo presidente (militar) da república. Além disso muitos professores e estudantes foram perseguidos, torturados e mortos além de tantos outros que foram proibidos de trabalhar na universidade. Com a volta da democracia, então, foi necessário reestruturar o corpo docente e reorganizar as faculdades. Dentre as medidas de reorganização, foi criado o Ciclo Básico Comum, em 8 de agosto de 1984. Através do expediente nº 29459/84, o Conselho Superior da Universidade de Buenos Aires resolveu em seu art.1º: “Estabelecer a partir de 1985 um Ciclo Básico Comum – CBC<sup>8</sup> – que constituirá o primeiro ciclo curricular dos Cursos da Universidade de Buenos Aires” (Universidade de Buenos Aires, 1984).

---

<sup>8</sup> O Ciclo Básico Comum é o primeiro ano dos estudos universitários que funciona como um curso introdutório, de nivelamento e seleção (Mignone, 1998).

### **3.2 As novas “experiências curriculares” (1986-1998) no contexto político neoliberal**

Como surge o movimento de reformulação curricular e a partir de que liderança?

Na Faculdade de Medicina da UBA, desde 1986, surgem as primeiras discussões sobre a reforma curricular e são implementadas novas “experiências curriculares”. Ainda na gestão do decano normalizador, foram criados os MAP – Módulos de Atenção Primária –, que constituíam-se em três módulos, com 64 horas semestrais cada. A idéia central dos módulos era de permitir que os alunos, desde o começo do curso, tivessem o contato com a prática na área de Atenção Primária, nos centros de saúde.

Em 1986, assume o primeiro decano eleito na Faculdade de Medicina, Dr. Guillermo Jaim Echeverry<sup>9</sup>, que deu continuidade à implantação dos MAP e à discussão sobre reforma curricular. Entre os anos de 1996 e 1997, os MAP foram suprimidos e substituídos pela disciplina Medicina Familiar, reduzindo aos poucos a ida dos alunos ao “campo” até eliminá-la.

Na opinião dos professores entrevistados, as experiências curriculares não foram avaliadas, não tiveram continuidade e algumas foram criticadas por não ter havido capacitação prévia dos docentes e outras por ter prolongado o horário de permanência dos alunos nos hospitais.

Dentre as experiências de reforma curricular a que teve maior tempo de duração, embora tenha gerado grande debate e polêmica, foi a do denominado “Plan B”, que relataremos mais adiante.

A Faculdade de Medicina da UBA, por vários anos (durante os anos de governo do presidente Carlos Menem) teve como decano Dr. Luis Nicolas Ferreira. Em seu mandato gerou-se muita polêmica e foram propostas mudanças curriculares, muitas vezes contrárias e incoerentes com as determinações do estatuto interno da UBA.

As duas gestões do decano Dr. Luis Nicolas Ferreira na faculdade de medicina da UBA, entre os anos de 1990 e 1998, estiveram marcadas pelo desejo de restrição do ingresso de alunos por ano na faculdade<sup>10</sup>, tema central e polêmico dentro da UBA e das universidades públicas argentinas em geral (houve e há um debate interno e externo à faculdade que registramos através das entrevistas realizadas e leitura dos principais jornais argentinos). Neste

---

<sup>9</sup> Recentemente Dr. Guillermo Jaim Echeverry foi eleito o novo reitor da Universidade de Buenos Aires, em abril de 2002, para substituir o reitor Oscar Schuberoff, que esteve a frente do cargo por 12 anos.

<sup>10</sup> Em livro publicado pela faculdade de medicina, resultado das Jornadas “Política de Formação de Recursos Humanos em Saúde”, em 1991, o decano Ferreira publica um artigo criticando a excessiva quantidade de alunos na faculdade e o ingresso irrestrito (Ferreira, 1991).

sentido podemos dizer que sua administração tentou dar conta da agenda política neoliberal em relação a limitação de ingresso de alunos na universidade.

Durante o período em que foi decano, Dr. Ferreira conciliou o cargo com a presidência da Associação de Faculdades de Ciências Médicas da República Argentina (A.FA.CI.ME.R.A.) e da Federação Panamericana de Faculdades e Escolas de Medicina (FE.PA.F.E.M.). No período em que presidiu tais instituições, foram realizadas atividades conjuntas com o Ministério de Cultura e Educação, através da Secretaria de Políticas Universitárias (S.P.U.), criada pela Lei de Educação Superior. Uma das atividades foi a elaboração de documentos que estabeleceram que o curso de medicina deve ser considerado um “curso de risco” e, por esse motivo, propõe a criação de *standards* para o credenciamento de todos os cursos de medicina do país.

Desde 1996 um grupo de trabalho, composto por profissionais das duas instituições citadas, SPU e AFACIMERA, se dedicou a elaborar os padrões para “acreditação” (ou credenciamento) com o intuito de que os cursos de medicina do país desenvolvessem reformulações que atendessem tais *standards* para “melhorar a qualidade da educação médica e adequação aos requerimentos da Lei” e “homologar normas no âmbito do Mercosul (Morera & Brissón, 1998:1). E pretendendo estabelecer “um marco de referência levando em conta as políticas e reformas do setor, os padrões de exercício profissional, o funcionamento dos serviços de saúde, as normativas vigentes, os processos de integração das economias regionais (...)” (Morera & Brissón, 1998:2).

A partir da atuação dessas instituições percebemos que tais propostas estiveram interrelacionadas com as tentativas de reformulação curricular do período. E que as modificações implementadas no currículo de medicina durante a gestão do decano Ferreira estiveram influenciadas pelas discussões do Mercosul Educativo.

Uma das atividades do Mercosul Educativo tem sido a criação de *standards* para os cursos de título universitário dos países do Mercosul. Os primeiros cursos escolhidos foram Agronomia, Engenharia e Medicina, tendo a Comissão Técnica de Educação Superior, o Grupo de Trabalho de Especialistas em Credenciamento e Avaliação e as Comissões Consultivas de Agronomia, Engenharia e Medicina, em reuniões periódicas, estabelecido os *standards* (Memorando de Entendimento sobre a implementação de um mecanismo para o reconhecimento de títulos de graduação universitária nos países do Mercosul, 1998).

A seguir passaremos a relatar a controvertida proposta de reforma curricular que foi o chamado “Plan B”.

### 3.2.1 O Plano B

Em 1992, na primeira administração do decano Ferreira, a faculdade de medicina propôs uma reforma curricular que tinha como premissa a criação de um exame de ingresso. A idéia era a de cursar as disciplinas, com poucas variações, (vide anexo 1) mas com outra metodologia. Uma parte das disciplinas do Ciclo Biomédico seriam cursadas na faculdade e outra parte em um hospital, com a idéia de integrar os dois ciclos e, ainda, acrescentando o Internato Anual Rotatório. Outra mudança foi o estabelecimento de “correlatividades”, aprovadas no ano de 1993<sup>11</sup>.

A justificativa para implementar o exame de ingresso era um aumento na carga horária prática no currículo e argumentação de que os recursos disponíveis não seriam suficientes para o número total de alunos normalmente ingressantes na faculdade por ano (cerca de 2000). Porém a Universidade, através do Conselho Superior, aprovou a proposta de reformulação curricular mas não aprovou a criação de um exame de ingresso. A partir desse fato, e por considerar que sem a restrição no número de alunos não seria possível implementar a nova proposta metodológica, a direção da faculdade propôs a aplicação de um plano piloto a um número menor de alunos: o “Plan B<sup>12</sup>”. O plano foi implementado em 1993, com os princípios que apresentamos no quadro a seguir:

#### Quadro 1 – Principais modificações propostas no Plan B

<b><u>“PLAN” B 1992/1993 – 2001</u></b>	
Proposta piloto	{ <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1818 h Ciclo Biomédico</li> <li>- 3446 h Ciclo Clínico</li> <li>- 2604 h Internato</li> </ul>
Carga horária	
Contato dos estudantes com pacientes no hospital desde o 1º período	
Processo ensino-aprendizagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tutorial</li> <li>● Interdisciplinar</li> <li>● Integração Ciclo Biomédico com Clínico desde o 1º período</li> </ul>
Nº de alunos: 100 por ano: selecionados pelas médias mais altas no CBC (Ciclo Básico Comum)	

Fonte: Elaboração própria com base nos documentos curriculares, nas atas de reuniões do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina, Expediente Nº: 507.433/92, do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina, UBA.

<sup>11</sup> Não estavam regulamentadas “correlatividades” no currículo anterior (correlação entre as disciplinas através de pré-requisitos). A partir de 1993 ficaram estabelecidas as correlatividades, vigentes até o presente, com adaptações.

<sup>12</sup> A expressão “plan de estudios” em espanhol significa grade curricular. Aqui ‘Plan B’ se refere a uma proposta curricular. Utilizaremos a denominação original “plan” em espanhol no decorrer do texto.

O grupo que participou da experiência piloto foi um número reduzido de alunos por cada docente. Para ser aluno do “Plan” B era necessário ter médias altas no CBC e passar em uma entrevista. Caso se quisesse aplicar o modelo metodológico a toda a faculdade, como na idéia original, seria necessário reduzir, e muito – de 2000 a 200 – o número de alunos da faculdade ou aumentar o número de docentes, para assim manter a proporção de alunos por cada docente. Isso fundamentalmente pela idéia de um acompanhamento tutorial e de integração das matérias do Ciclo Biomédico com as do Clínico através da prática nos hospitais, devido ao número limitado de vagas nos hospitais para realizar esse tipo de atividade.

O “Plan” B foi previsto para atender a 100 alunos e coexistiram dois currículos paralelamente por cerca de 8 anos. No ano de 2001 se formou a última turma que participou da experiência e foi garantido o direito de terminar o curso na modalidade iniciada, mesmo que o plano piloto tenha sido derogado desde 1998.

A idéia era de que o “Plan” B fosse um plano piloto, sendo o ponto central de sua “metodologia” demonstrar que com um número menor de alunos se poderia formar melhores profissionais. E, como não foi aprovada a restrição do ingresso de alunos na faculdade, a experiência não pôde ser socializada.

O argumento usado na crítica ao plano, dos professores e alunos entrevistados, era com relação a um plano aplicado aos melhores alunos e com a idéia de que para passar pelo plano já havia uma pré-seleção. E que, como não foi feita uma experimentação com dois grupos paralelamente para posteriormente comparar resultados, não se pôde tirar conclusões.

Os professores que participaram da elaboração e aplicação do plano responderam às críticas dizendo que o objetivo foi o de experimentar o que se podia fazer com um número reduzido de alunos e com os recursos disponíveis nos hospitais e não uma comparação entre dois grupos diferentes.

Os grupos de alunos do “Plan” B estiveram, permanentemente tutoriados e estimulados por professores de alto nível, em um grupo pequeno (principalmente comparando com o número de alunos por turma na faculdade de medicina). Na fala dos entrevistados resgatamos a de um professor de Clínica Médica de que “nas condições descritas, não importaria o método de ensino, o resultado seria garantidamente muito bom”.

Para os docentes que trabalharam no “Plan B” a experiência foi positiva, pois puderam trabalhar com os melhores alunos e em grupos pequenos, com muito bom rendimento. Mas, ainda segundo a opinião dos entrevistados, não foi possível avaliar como seria transferível a experiência pra os mais de 2000 alunos que entram por ano na faculdade de medicina.

A proposta de reformulação curricular foi implementada e é a vigente até o momento e foram feitas adaptações aos recursos disponíveis. Por exemplo, o tempo previsto para a prática não é todo utilizado; as correlatividades foram aplicadas com menos rigidez; o internato foi paulatinamente sendo organizado, etc.

A segunda tentativa de modificação curricular durante a gestão “Ferreira” foi relativa ao CPI (Ciclo Pré-Universitário), que foi uma tentativa de criar um curso de ingresso para a faculdade de medicina.

### **3.2.2 O Ciclo Pré-Universitário de Ingresso em contradição com o estatuto da UBA**

A Lei de Educação Superior de 1995 (Nº 24.521) foi promulgada sem o consenso de parte do movimento estudantil, alguns reitores e professores universitários e até representantes do poder legislativo (Mollis, 2001). Gerou muito debate no meio acadêmico – tanto público como privado –, mobilização social com passeatas; inúmeros textos e artigos acadêmicos e de jornais foram escritos sobre o debate da Lei. “O estilo e tipo de mudanças realizadas, depois de longas negociações, (...) marca claramente que as modificações foram introduzidas para suprimir os aspectos mais evidentes e questionáveis da autonomia; (...) para dar uma maior participação às universidades na Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário (CONEAU) ou para melhorar seu próprio projeto em matéria de governo e planejamento para o controle das universidades nacionais (...). Através do uso dos meios de comunicação de massa e um discurso bem elaborado, apresentou-se à sociedade uma lei consensuada” (Paviglianiti, 1996: 84).

A Lei, além de impor limites à autonomia universitária, permite a criação de sistemas de restrição do ingresso, atendendo às determinações da agenda do Banco Mundial para a América Latina, citadas no início deste artigo.

A Universidade de Buenos Aires, através de sua secretaria acadêmica e reitorado, se opôs à Lei e decidiu não acatá-la e nem aplicá-la em suas faculdades. Mas o decano da faculdade de medicina, Dr. Luis Ferreira, utilizou de preceitos da Lei aplicando um mecanismo de seleção com intenção de estabelecer um limite de vagas para o ingresso de alunos no curso de medicina.

Em 1995 (e 1996), durante a segunda gestão do decano Dr. Luis Ferreira, criou-se o Ciclo Pré-Universitário de Ingresso (CPI), um curso seletivo para a entrada na faculdade de medicina (para os cursos de medicina; enfermagem; fonoaudiologia; kinesiologia e fisioterapia; nutrição e obstetrícia). O curso apresentava disciplinas direcionadas às áreas médicas e tinha

exames eliminatórios. O aluno que não passasse tinha que cursar novamente o CPI no ano seguinte. A diferença do Ciclo Básico Comum (CBC), o CPI não tinha o objetivo de nivelamento<sup>13</sup> dos estudantes vindos do nível médio (segundo grau) nem de orientação vocacional.

A intenção da elaboração do CPI era a de aplicar o artigo Nº 50 da Lei de Educação Superior que, como já citamos, estabelece que nas universidades com mais de cinquenta mil (50.000) alunos, cada faculdade pode definir o regime de admissão, permanência e promoção dos estudantes.

A partir nesse momento, foi assumido o enfrentamento entre a Reitoria da UBA – a cargo de Oscar Shuberoff (do partido União Cívica Radical) – e o decano (que era menemista, ou seja, do partido Justicialista). O Conselho Superior da UBA – órgão máximo de governo universitário – se colocou firme contra Ferreira. Anulou a resolução que havia criado o Ciclo Pré-Universitário de Ingresso (CPI), ratificou o Ciclo Básico Comum (CBC) como primeiro ano dos cursos da UBA e anunciou que os alunos que não passassem no CBC não receberiam o diploma (Clarín, 2001).

Quando Ferreira terminou seu segundo mandato (em 1998) o conflito começou finalmente a destravar-se. E, em agosto de 1998, depois de difíceis negociações entre o reitor Shuberoff e o novo decano, Salomón Schächter, foi acordada a derrogação do CPI e, no seu lugar, aprovou-se para a faculdade de medicina um CBC modificado, com disciplinas específicas. Mas continuou pendente a situação dos cerca de 5.000 alunos que começaram a faculdade cursando o CPI e não o CBC. Esses estudantes não receberiam o diploma sem completar o CBC (Clarín 2001)<sup>14</sup>.

Atualmente a polêmica se resolve da seguinte forma: os alunos que cursaram o CPI, quando se formam podem receber o diploma graças à sentença da Câmara Nacional de Apelações. Os respectivos diplomas têm no verso um esclarecimento de que o diploma foi expedido em cumprimento da referida sentença.

Apesar do CPI não ter sido uma reformulação curricular do curso de medicina (mas de todo o centro de ciências médicas), o relato da situação, da polêmica e do impasse criado a partir de sua implantação demonstra algumas questões específicas desta faculdade e dos

---

<sup>13</sup> O CPI, nesse sentido, não tem nada a ver como CBC por não ter o propósito de nivelamento. Propunha a aquisição de conhecimentos diferentes dos da educação média, mas com objetivo de seleção e não nivelamento.

<sup>14</sup> No Conselho Diretivo de Medicina, em 1998, votou-se a favor de uma proposta dos estudantes da Franja Morada (grupo estudantil ligado ao partido político ‘União Cívica Radical’) para que se aceitasse a excessão de que os alunos em questão não tivessem que cursar o CBC (tendo cursado o CPI) considerando-os como vítimas de uma disputa política. Mas o reitor não aceitou e acusou de demagógica a citada proposta.

processos de discussão e mudança característicos das universidades argentinas e, em especial, da UBA. A disputa político-partidária faz parte do cotidiano das discussões dentro e fora das instâncias decisórias da faculdade e seus processos não podem ser compreendidos o conhecimento dessas particularidades.

Todos os entrevistados reportavam-se a algum fato referente ao “Plan” B, ao CPI e à gestão do decano Ferreira para responder às perguntas relativas aos processos de reformulação curricular mais recentes. Percebemos que se trata de um marco a partir do qual, seja criticando ou elogiando, os membros da faculdade sempre consideram parte do processo total de reformulação das últimas duas décadas da faculdade de medicina. E, por esse motivo, descrevemos o processo de ambas tentativas de reformulação curricular antes de apresentar as duas reformulações mais recentes. Passamos a relatar a primeira a seguir.

### **3.3 Proposta de Reformulação Curricular de 1999**

A gestão do decano Dr. Salomón Schächter (1998 a 2000) impulsionou a reformulação curricular. Em seu discurso pronunciado no dia 27 de março de 1999, para apresentar o anteprojeto do “Cambio<sup>15</sup> Curricular” deixa claro que a reformulação curricular seria uma prioridade de sua gestão em concordância com os claustros. E, pela Resolução de 25/9/98, criou um Grupo de Trabalho para fazer um estudo e formular um anteprojeto. O grupo estava integrado por professores dos departamentos de medicina, pediatria, anatomia, fisiologia, humanidades médicas, secretaria de educação médica, etc. (Faculdade de Medicina – UBA, 1999b).

Foi solicitado a esse grupo que, em um prazo de até seis meses, apresentasse um anteprojeto de reforma curricular no Curso de Medicina. Depois de uma série de reuniões semanais, desde outubro de 1998, entregaram, em março de 1999, um documento de proposta de reforma curricular.

Nas palavras do decano: “É meu fervente desejo que este documento sirva de base para uma ampla discussão dos três claustros (docentes, graduados e alunos), para chegar a um projeto final consensuado a fim de que esta Faculdade de Medicina possa iniciar o milênio com um Curso de Medicina renovado, e de acordo com os tempos e as exigências de uma sociedade moderna e de acordo, também, com o prestígio centenário de nossa Faculdade” (Faculdade de Medicina – UBA, 2000).

---

<sup>15</sup> A palavra “cambio” em espanhol significa mudança e, nesse caso, é utilizada para denominar as reformas ou reformulações curriculares.

Como parte de um processo de reformulação curricular do Curso de Medicina, se criou, por resolução do Decano nº 119/00, uma Comissão Mixta com o objetivo de analisar o anteprojeto do novo Currículo e discutir os mecanismos de instrumentação do mesmo (Faculdade de Medicina – UBA, 2000).

Uma das primeiras atividades desenvolvidas pela Comissão, foi a implementação de um Programa de Formação Docente, coordenado pela pedagoga, professora da Secretaria de Educação Médica, Profa. Amanda Galli e uma equipe de pedagogas coordenada pela mesma. O Programa, destinado a formação de professores e auxiliares docentes, desenvolveu-se com o objetivo de oferecer uma oportunidade de reflexão sobre as tendências atuais em Educação Médica e de fortalecer algumas habilidades docentes específicas.

Segundo o “Documento Preparado pelo Grupo de Trabalho sobre Mudança Curricular no Curso de Medicina” (1999), a convocatória obteve uma resposta maior do que a esperada, tanto nas Jornadas para Professores, como nas Oficinas para a Formação de Tutores.

Como resultado do período de trabalho das Comissões *ad hoc* criadas para avaliar e definir as unidades temáticas correspondentes ao 3º ano do novo currículo, foram entregues os relatórios correspondentes, cujos delineamentos foram postos à disposição dos interessados, para consultar e dar opinião.

As unidades temáticas definidas foram: Neuro-ciências; Ação dos Fármacos; Mecanismos Gerais da Lesão; Bases Fisiológicas e Bioquímicas das Doenças; Meio Ambiente, Agressão e Defesa.

Por outro lado, se conformaram as comissões que estiveram responsáveis pela discussão das unidades temáticas correspondentes ao 4º e 5º ano do curso de medicina e trabalharam em seus delineamentos gerais. Os módulos foram os seguintes: Grandes Entidades Clínico-Cirúrgicas; Relação Médico Paciente; Doença e Saúde da Mulher, Doença e Saúde da Criança; Os Problemas Médicos e a Tomada de Decisão; Farmacologia e Terapêutica; Epidemiologia Clínica; Economia e Saúde; Trauma e Emergência; Humanidades Médicas; Ciências Sócio-Sanitárias.

No discurso do Decano Schächter de 27 de março, já citado, estava claramente estabelecida a necessidade de se reformular o currículo da faculdade de medicina dentro dos parâmetros estabelecidos pela A.FA.CI.ME.R.A (Associação de Faculdades Médicas da República Argentina, cujo presidente era o Prof. Dr. Luis Ferreira), CONEAU (Conselho Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário), Lei de Educação Superior e Mercosul: “Para poder ser credenciado de acordo com os critérios definidos pelo Ministério de Cultura e Educação em consulta com o Conselho de Universidades com base em um perfil

mínimo de credenciamento. Para obter uma categorização digna que deverá obter-se de acordo com os perfis definidos pela CONEAU (A, B ou C) (...). Para fortalecer a posição de nosso país em toda futura negociação no reconhecimento de equivalências para o exercício de nossa profissão no Mercosul.” (Discurso do Prof. Dr. Salomón Schächter pronunciado no dia 27/03/1999).

No documento preparado pelo “Grupo de Trabalho Sobre Reforma Curricular no Curso de Medicina” (Faculdade de Medicina – UBA, 1999) também se percebe a vinculação com as determinações da A.FA.CI.ME.R.A, CONEAU, Lei de Educação Superior e Mercosul.

“As Faculdades de Medicina da Argentina que compõem a A.FA.CI.ME.R.A fizeram recentemente uma proposta sobre o perfil profissional, incumbências do título de médico e conteúdos mínimos do ensino. Este documento foi aprovado em forma geral pelo Conselho de Universidades e, considerando que será aplicado pela CONEAU como base para a avaliação das Faculdades de Medicina prevista pela Lei de Educação vigente, deve ser tomado como base absolutamente necessária para qualquer modificação curricular que se tente realizar” (Faculdade de Medicina, 1999b).

É interessante observar que, considerando a Lei de Educação Superior Argentina como uma demonstração das transformações neoliberais sofridas na educação desse país na década de noventa (como descrevemos anteriormente), a proposta de reformulação curricular apresentou clara concordância com tais princípios e obedece as tendências que enfatizam a avaliação e o credenciamento como centrais.

O grupo de trabalho que elaborou a proposta de reformulação curricular considerou que, para levar adiante o processo de transformação do modelo educativo e prática docente seria fundamental elaborar um currículo coerente com as tendências vigentes, definir e implementar uma estratégia para o desenvolvimento do corpo docente e implementar uma reforma acadêmico-administrativa.

Para a discussão da reformulação se propunha realizar um Congresso Docente Permanente no ano de 1999 para apresentar propostas, discutir e promover a análise das mesmas na busca de um consenso. Posteriormente, planejou-se a criação de uma Comissão de Controle de Execução do Currículo, que exercesse “a autoridade epistemológica e garantisse a vigência das reformas assim como propostas de soluções para as situações novas surgidas” (Faculdade de Medicina, 1999b).

Como um dos pontos centrais da proposta citada, estava a crítica, mais uma vez, ao alto número de estudantes na faculdade e baixa proporção entre professores contratados (com

formação docente) e os auxiliares sem remuneração. Aí estão alguns dos problemas centrais da UBA, debatidos tanto nas faculdades quanto nos meios de comunicação e que apareceram nas outras propostas de reformulação: a restrição do número de alunos por ano com o estabelecimento de um exame de ingresso (não está previsto no estatuto da UBA) e o problema do número professores (não são abertas vagas para concursos proporcionais ao incremento do número de alunos a cada ano). De acordo com o censo realizado no ano 2000, cerca de 30% dos professores da universidade são *ad honorem*<sup>16</sup>, ou seja, trabalham sem remuneração.

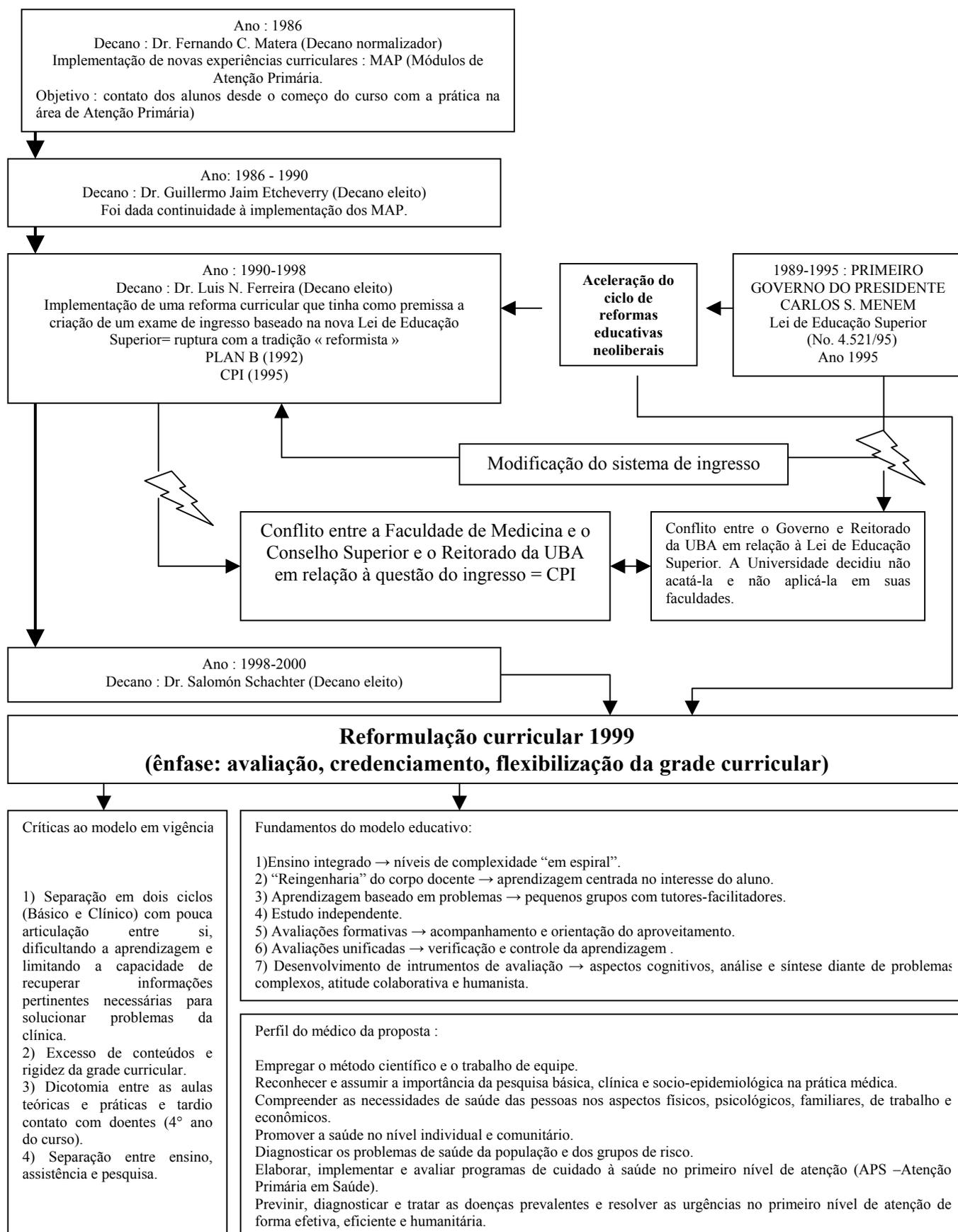
Antes de passar ao próximo sub-item, apresentamos um quadro com o esquema do processo de reformulação curricular apresentado até agora e com a proposta de 1999.

---

<sup>16</sup> Em geral são profissionais recém-formados que exercem a docência nas chamadas ‘aulas práticas’, que não passam por concurso e não recebem nenhum tipo de salário ou pagamento além da experiência que acumulam (as aulas teóricas são oferecidas de forma magistral pelos titulares das cadeiras ou adjuntos).

## Quadro 2

### Reformulações curriculares na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA) 1986-1999



A proposta de reformulação curricular de 1999 aborda, então, a questão posicionando-se a favor do estabelecimento de um número restrito de vagas por ano para o curso de medicina. Estabelece como condição fundamental para a adequada implementação da proposta a redução do número de estudantes que ingressem no 2º ano para 1400 alunos (o primeiro ano é o Ciclo Básico Comum). Ao desenvolver e apoiar na proposta a redução do número de alunos, o decano e sua equipe se posicionaram frente a um dos grandes debates das universidades públicas argentinas o que representou uma grande polêmica no âmbito político-universitário (que comentaremos no sub-item 3.4).

### **3.3.1 Organização Curricular da proposta (1998-1999)**

Na proposta se define que quatro hospitais seriam sedes acadêmicas, com 350 alunos distribuídos em cada (“hospitais de cabeceira” com uma rede de unidades docentes e serviços de saúde sob sua responsabilidade, e um dos hospitais seria o hospital universitário – Hospital de Clínicas). A condução e supervisão do ensino em cada uma das sedes estaria a cargo de um Diretor de Estudos e de um Conselho de Professores participantes.

Nas quatro sedes se implementaria um currículo integrado na perspectiva de superar o ensino tradicional por disciplinas e, em cada sede, os mesmos objetivos de aprendizagem e conteúdos de ensino. Os conteúdos de ensino seriam distribuídos em módulos de integração, unidades temáticas integradas articuladoras dos conhecimentos básicos e clínicos, e de saúde individual e coletiva. “As unidades temáticas deveriam ter uma sequência em espiral de complexidade crescente” (Faculdade de Medicina, 1999b).

Em uma das sedes se implementaria a aprendizagem baseada em problemas e, para a implementação da metodologia seria necessário uma capacitação docente e formação dos facilitadores de grupo. Se esperava implementar em todos os casos a metodologia de estudo independente: com base na orientação bibliográfica e guias de leitura. As atividades presenciais (aulas teóricas ou práticas ou de orientação bibliográfica) representariam 40% do tempo que o aluno deveria dedicar ao estudo (baseado em 10 horas diárias) do 1º ao 3º anos.

Nos anos seguintes se esperava uma integração do aluno na atividade hospitalar, extendendo o tempo habitual da residência médica. Se estimava uma dedicação presencial de 6 horas diárias para os 4º e 5º anos. E para o 6º ano, o Internato (1440h), sendo 48 semanas, com 30 horas semanais de prática.

Com relação a forma de avaliação, é proposta a implementação de três instâncias de avaliação unificadas para as 4 sedes: uma ao final do 3º ano, outra ao final do 5º ano e a terceira ao finalizar o Internato. Esta última avaliação seria um exame final de curso, para

receber o diploma de médico. Estas avaliações unificadas seriam independentes das provas implementadas para a avaliação formativa e somativa em cada um dos módulos de integração.

As equipes docentes que planejassem cada um dos módulos ou blocos – obrigatórios e/ou eletivos – deveriam estabelecer os pré-requisitos específicos para esse bloco. O conjunto destes pré-requisitos, articulados, constituiria o sistema de “correlatividades”. E seria complementado com uma tabela de equivalências para disciplinas aprovadas para permitir a incorporação de alunos provenientes de outros sistemas.

A duração total do curso proposta é de 6 anos (6.240 horas) e a extensão do ano letivo de 40 semanas, como apresentado na Grade Curricular (vide anexo 2).

A partir do documento elaborado pelo grupo de trabalho, foram formadas comissões interdepartamentais para organizar os módulos de ensino. As comissões se reuniram durante todo os anos de 1999 e 2000 semanalmente e elaboraram documentos contendo a organização dos módulos, os objetivos, os conteúdos de ensino das aulas teórica e práticas, os casos-problema e respectivas avaliações. Foram feitas discussões sobre a proposta e, por um longo período, durante as reuniões se questionou se o processo era ou não democrático devido ao fato de que as comissões trabalharam em uma tarefa pré-determinada com pouco espaço para questionamentos. Também se discutiu até que ponto se poderia implementá-la e com que recursos suplementares se contaria para tal efeito.

Ao final do processo as comissões realizaram a tarefa encomendada e, em sua maioria, chegaram a desenvolver uma discussão interdisciplinar.

Porém, em dezembro de 1999, o decano foi pressionado a renunciar ao cargo, como explicaremos no próximo sub-item, e o processo de reformulação curricular mudou de rumo e liderança. Tal mudança foi um reflexo da forma de governo da UBA. Faremos uma relato da mudança, na perspectiva de demonstrar as interrelações da política universitária com as reformulações curriculares, especificidade do caso que não pode ser negligenciada.

### **3.4 A mudança de decano: qual sua influência na reformulação curricular?**

A nova gestão propôs uma reformulação curricular começando um novo processo sem dar continuidade ao que vinha sendo feito antes. Por mais que tenham sido feitas críticas ao processo anterior (não ter sido democrático; não ter tido viabilidade de implantação por falta de recursos; propor a elitização do curso com a restrição do ingresso, etc.), opinamos que a necessidade de mudança de rumo da reformulação esteve prioritariamente vinculada a mudança política da direção da faculdade. Por isso, consideramos que seja necessário descrever a mudança de direção, na medida em que aponta para a compreensão do chamado

governo das universidades públicas argentinas (instâncias de participação e decisão) e demonstra características importantes percebidas na reformulação curricular da medicina.

Depois de duas gestões, entre 1994 e 1998, Dr. Luis Ferreira propôs um candidato nas eleições de março de 1998, Dr. Salomón Schächter, que venceu as eleições porém não seguiu a forma “ferreirista”<sup>17</sup> de administração e direção da faculdade de medicina e implantou uma forma pessoal de administração.

A partir de depoimentos dos professores e representantes estudantis entrevistados (de setembro 2000 a agosto de 2001), o relato da mudança de decanato se deu da seguinte forma:

Aparentemente Dr. Salomón Schächter não estava vinculado às idéias de Dr. Ferreira e delineava uma nova política de ações para a Faculdade de Medicina. Fundamentalmente a reforma curricular e a proposta de um limite de entrada de 1400 alunos para o 2º ano do curso. Esta realidade se transformou em dezembro de 1999, quando realizaram-se as eleições de representantes estudantis<sup>18</sup> e ganhou “a maioria” dos alunos do partido da “Aliança”. Desde então houve pressão para destituição do decano. As forças políticas estavam confrontadas já que o decano, Dr. Schächter, e o secretário acadêmico, Dr. Marcelo Torino, eram considerados como “herança” da gestão de Ferreira, portanto menemistas, e todos os outros representantes do Conselho Diretivo eram ocupados por membros da Aliança (e da chamada “agrupação estudantil” Fraja Morada, ambas vinculadas ao partido Radical).

No início de agosto o secretário acadêmico, Marcelo Torino, foi destituído “pela maioria” da Aliança o que desembocou na crise que culminou com a renúncia de Schächter. Seu mandato seria de 9 de março de 1998 a 2001 mas terminou em 24 de agosto de 2000 e no dia 25 de agosto foi eleito o candidato da Aliança, Salomón Muchnik (Clarín, 25/08/00).

A partir da gestão do novo decano a proposta de reformulação curricular foi interrompida e é iniciado um novo processo de discussão e elaboração de uma proposta que descreveremos a seguir.

---

<sup>17</sup> Os entrevistados, na sua maioria, (com exceção dos correligionários) se referem à gestão do decano Ferreira identificada com a política chamada menemista e que tem como característica acatar e aplicar as políticas neoliberais. No caso da medicina se identifica medidas privatizantes da saúde, valorização das especialidades médicas e privadas em detrimento da saúde pública, aplicação da Lei de Educação Superior e adaptação do currículo médico à lei, como mencionamos no decorrer do artigo.

<sup>18</sup> Os representantes estudantis se renovam a cada ano, os representantes dos professores a cada quatro anos e os graduados a cada dois anos. O reitor é eleito a cada quatro anos, pela assembléia universitária (Mollis, 2001).

### **3.5 A Atual Proposta de Reformulação Curricular (2000-2001)**

A nova proposta é impulsionada pelo novo decano e secretário acadêmico.

No dia 14 de dezembro de 2000 foi realizada a primeira reunião, chamada “Jornada de reflexão sobre avaliação permanente e reforma curricular”. Com a participação de professores e estudantes da Faculdade de Medicina da UBA, da reitoria da UBA e de professores externos à UBA (e até ao país), foram discutidos os temas: avaliação, ingresso, permanência, egresso, internato rotatório e residência. E, a partir da reunião seguinte, em abril de 2001, passaram a ser realizadas reuniões quinzenais (e algumas vezes semanais) para ampliar os temas da primeira jornada e com a coordenação da subsecretária de Planejamento Educativo, Professora Nidia Schuster.

Alguns dos temas das seguintes reuniões foram:

Ciência, saúde e educação superior; aprendizagem baseada em problemas e centrada no estudante; o conhecimento básico na prática médica; integração no ensino da medicina; a educação médica e a educação; metodologia do ensino, objetivos, propostas e inovações; capacitação docente e novas metodologias de ensino; alternativas de formatos curriculares; reformulação curricular e experiências recentes; modificação estrutural ou não estrutural, flexibilidade curricular, módulos integrados, seminários optativos; o problema do ingresso em uma eventual reforma dos estudos; microbiologia médica e reforma curricular; bases conceituais das reformas curriculares; integração curricular, integração entre cursos na área de saúde; atenção primária, doenças infecciosas que geram marginalidade na infância; módulos de atenção primária (MAPs); uso racional das novas tecnologias no ensino; inclusão da atenção primária da saúde nos currículos; propostas de reformulação curricular de ginecologia; a experiência da saúde mental; integração do ciclo clínico com o ciclo biomédico; internato rotatório; experiência de internato no hospital de pediatria; avaliação por resolução de problemas do departamento de pediatria; avaliação da aprendizagem; flexibilidade curricular para mudanças nos cursos; avaliação do ensino, avaliação da aprendizagem, permanência do aluno nos cursos, ingresso e egresso; avaliação diagnóstica dos conhecimentos do ciclo biomédico na unidade hospitalar, resolução de problemas, patologia II; o ensino das humanidades médicas nas universidades argentinas; modelo médico-atropológico integral; formação do médico e sua inserção social; universidade e política; pediatria: experiência docente de 20 anos; qualidade educativa na UDH (Unidade Docente Hospitalar); ensino e estilos de pensamentos e aprendizagem; avaliação diagnóstica dos conhecimentos do ciclo biomédico na unidade hospitalar; universidade e política.

Desde o final do ano 2000 e durante todo 2001, a secretaria acadêmica da faculdade de medicina organizou as “Jornadas para el Cambio Curricular” com a idéia de que fosse um fórum aberto de auto-avaliação institucional. Paralelamente criou a Subsecretaria de Planejamento Educativo com a intenção de sistematizar as contribuições participativas da comunidade educativa envolvida.

O processo de discussão inicialmente se propôs a avaliar o material elaborado pelas comissões da reformulação anterior, mas efetivamente não foi feito nenhum trabalho nas jornadas nem aproveitamento da experiência prévia. A única referência foi através de críticas: o processo anterior não havia sido democrático, a proposta não tinha levado em conta a real capacidade e realidade da faculdade de medicina, já que dependia de uma estrutura de bibliotecas e de quantidade de tutores preparados para trabalhar em pequenos grupos que a faculdade não dispunha. Também consideraram que os recursos não teriam sido suficientes para implementar a reformulação proposta.

Nas primeiras jornadas alguns professores presentes que tinham participado ativamente do processo anterior pareciam estar frustrados e perguntaram se algo seria aproveitado da experiência anterior. Mas as respostas naquele momento não pareceram convincentes e, nos comentários durante os intervalos “do café”, lamentaram que cada gestão tenha sempre a necessidade de recomeçar do zero e que tal atitude provoca descrédito por parte dos professores interessados em participar.

Observamos que, no decorrer das reuniões, poucos professores que participavam das comissões de reformulação curricular na gestão do decano Schächter compareceram. Mas, mesmo assim, alguns dos que foram as reuniões da atual gestão haviam feito parte da liderança do processo anterior. Isso demonstra um interesse real pelas discussões e modificações de caráter pedagógico, independentemente da linha política da atual liderança da faculdade<sup>19</sup>.

Às conclusões que chega a coordenação das Jornadas de Reformulação Curricular (decano, secretário acadêmico e subsecretária de planejamento educativo), buscando o consenso dos que participaram, são de que “toda reformulação inovadora no processo de ensino requer atualizações organizativas em função de um diagnóstico e uma avaliação permanente das atividades acadêmicas” (Faculdade de Medicina – UBA, 2001). E, a

---

<sup>19</sup> Com esse comentário queremos reforçar a idéia de que os processos de reformulação curricular tem obedecido a mais de uma lógica, conciliando tendências pedagógicas e políticas. Ou seja, como relatamos anteriormente, apesar da mudança de direção ter significado uma interrupção de um processo para inciar um novo, isso não impediu a participação nas reuniões de professores de outros grupos políticos e mesmo professores sem identificação com nenhuma das duas linhas de gestão.

secretaria acadêmica, através da subsecretaria recentemente criada, detectou núcleos temáticos que considera as debilidades que devem ser analisadas para gerar um processo que chama de “atualização curricular” viável na faculdade.

Na opinião dos coordenadores (secretaria acadêmica e subsecretaria de planejamento educativo), os processos de reformulação curricular massiva e de raíz, quando analisadas as possíveis resistências, são fadados ao fracasso. Consideram prioritário, então, “assumir as dificuldades a partir de sua identificação e descrição, analisar os problemas utilizando os indicadores para sua medição e avaliar as mudanças que possam gerar novas medidas a implementar”. Optaram pela promoção do que chamaram “motores de câmbio” (motores de mudança), com a idéia de pequenas modificações em vez de uma modificação radical do currículo. Foi considerado como prioritário, para as modificações no currículo que a atual gestão da faculdade de medicina pretende realizar, criar, sob a dependência direta do decanato, um Departamento de Avaliação Permanente e Reformulação Curricular. Para isso há um projeto de Resolução em andamento, a ser aprovado pelo Conselho Diretivo da faculdade. E especificam que o departamento, quando criado, contará com um orçamento específico proveniente do subsídio do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), através do Programa de Atenção Primária em Saúde (PROAPS)<sup>20</sup>.

A seguir, no quadro 3, apresentamos a lista das propostas para os núcleos temáticos do Departamento a ser criado:

---

<sup>20</sup> O Ministério da Saúde argentino, através da Subsecretaria de Atenção Primária e juntamente com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), lançou o Programa de Reforma de Atenção Primária da Saúde (PROAPS) a ser desenvolvido em cinco anos, período durante o qual o organismo de crédito internacional fará um empréstimo de 120 milhões de pesos. O PROAPS incorpora a construção de novos centros de saúde e seu equipamento, assim como também o equipamento dos consultórios dos médicos de “cabeceira”. Nas palavras do

### **Quadro 3 - Proposta para os núcleos temáticos do Departamento de Avaliação Permanente e Reformulação Curricular**

- Capacidade educativa da faculdade → aprofundar o relatório feito em setembro de 1999.
- Ações dos departamentos docentes da faculdade → detectar as necessidades de apoio e assessoramento nas atividades.
- Nível de educação básica e habilidade metodológicas dos estudantes → diagnóstico conjunto com CBC.
- Apoio à implementação de oficinas de atualização → melhorar a integração curricular (carreira docente e de auxiliares)
- Avaliar a coerência entre o perfil profissional requerido pela sociedade e as do modelo curricular do curso.
- Analisar e avaliar alternativa para flexibilização curricular → gerar um espaço para cursos optativos.
- Levantamento das pós-graduações → enriquecer a atualização científica dos docentes e incentivar os estudantes.
- Levantamento das necessidades de atualização bibliográfica, de recursos materiais, didáticos e equipamento → facilitar futuros projetos de inovação curricular.
- Levantamento das necessidades de atualização técnica da Subsecretaria de Tecnologia Educativa e para a Biblioteca da Faculdade → atualização de recursos bibliográficos, multimídia e informáticos e melhoramento de infraestrutura.

Fonte: Faculdade de Medicina, página na Internet em março/2002 (<http://www.fmed.uba.ar>).

Esses foram os pontos centrais levantados a partir das discussões travadas nas Jornadas. Alguns pontos são coerentes com a proposta de reformulação anterior e outros se baseiam justamente em sua crítica. No último item, por exemplo, a questão da atualização e melhoramento dos recursos da biblioteca da faculdade é reflexo da crítica feita à reformulação anterior, segundo a qual a metodologia central seria baseada no ensino por resolução de problemas sem que a faculdade contasse com lugares e recursos para oferecer aos alunos nas pesquisas individuais, fundamentais para a aplicação da metodologia.

A proposta de reformulação, até o momento, está focalizada na criação do Departamento de Avaliação Permanente e Reformulação Curricular no qual serão implementadas as ações para gerar os “motores de cambio”. É interessante observar que tal criação está vinculada à possibilidade de receber os recursos do BID, através do PROAPS. Isso está conectado com o que descrevemos no início deste artigo sobre a influência dos órgãos de financiamento internacionais em linhas de atuação nas áreas de educação e de saúde nos países da América Latina.

---

então ministro da saúde argentino, “se apoiará economicamente a essas casas de altos estudos com o fim de ampliar e melhorar seus currículos e orientá-los para a formação de médicos de 1º nível de atenção”.

Iriart & Waitzkin (2000) descrevem que no relatório do ano 1993 sobre o Desenvolvimento Mundial, “Investir em Saúde”, o Banco Mundial argumentou que a ineficácia dos programas do setor público dificultava a provisão de serviços, assim como a redução da pobreza. O Relatório aconselha outorgar à população incentivos para a compra de seguros privados, a privatização de serviços públicos, a promoção da competência no mercado e a ênfase na atenção primária e na prevenção. Através deste documento e das políticas subseqüentes, segundo as críticas formuladas em toda América Latina, o Banco Mundial vem promovendo a ideologia de que “a saúde é uma questão privada e sua obtenção um bem privado”. “Especificamente o Banco Mundial apóia iniciativas de atenção gerenciada que transferem as instituições públicas de atenção da saúde e os fundos da seguridade social para a administração ou para a propriedade privada. Estas iniciativas trazem consigo novos empréstimos e o conseqüente crescimento da dívida externa dos países que participam”. Ainda segundo os autores, outras agências multilaterais de empréstimo participam nas mesmas estratégias de reforma a exemplo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (Iriart, C. & Waitzkin, H., 2000)<sup>21</sup>.

### **Considerações Finais**

Neste artigo buscamos identificar algumas marcas, no processo analisado, da transformação pela qual o Estado passa desde a década de noventa. E percebemos que as várias propostas de modificação no currículo estiveram vinculadas às modificações do panorama mundial. A mudança na Lei de Educação Superior é um exemplo e o aproveitamento da “brecha” na lei para propor uma modificação no regime de ingresso de alunos na faculdade de medicina a caracteriza bem. Como descrevemos, a modificação na lei produziu uma mudança muito importante em um dos princípios reformistas, característicos das universidades argentinas: o ingresso democrático e sem limite de vagas para as universidades públicas.

Por isso, neste trabalho a percepção da universidade como “instância cultural” foi fundamental e significou entêde-la como um conjunto de ações e contradições que recontaram uma história lida em sua transmissão de saberes, valores e representações. A

---

<sup>21</sup> O Banco Interamericano de Desenvolvimento oferece linhas de crédito para serem usadas nas mudanças das estruturas orgânicas e das plantas físicas dos hospitais que são consistentes com a privatização. Na Argentina o BID colaborou com o Banco Mundial apoiando a conversão de hospitais públicos em “hospitais de autogestão”, com os princípios da atenção gerenciada que exigem a estes hospitais competir no mercado com os privados, para atender aos pacientes cobertos pela seguridade social (Iriart, C. & Waitzkin, H., 2000).

análise cultural das universidades contribuiu com elementos importantes para compreender a crise atual das instituições de educação superior na Argentina. Segundo Marcela Mollis (1995), a universidade se constrói como uma instância de produção, controle e legitimação, em um contexto de tensão constante entre a importância que recebe da sociedade, do Estado, do mercado produtivo e suas tradicionais funções de produção e difusão do saber.

As mudanças no Estado descritas, seus reflexos na Lei da Educação Superior de 1995 e as propostas do Mercosul Educativo; a dinâmica interna própria das universidades públicas argentinas, herdadas da Reforma de 1918 (atravessada pela disputa política); a dimensão pedagógica na qual os profissionais da área de educação têm grande prestígio e indicam os caminhos a seguir nos processos de reformulação curricular da medicina da UBA (Currículo Baseado em Resolução de Problemas ou Currículo por disciplinas) são alguns dos eixos que estiveram presentes na realidade estudada. Cada uma das peças acima fez parte do quebra-cabeças e conformou o processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina da UBA, por cerca de duas décadas.

No decorrer do trabalho de pesquisa identificamos dois aspectos que estiveram presentes concomitantemente no processo de reformulação curricular: um aspecto macro, da racionalidade externa, quando no relato das diferentes tentativas de reformulação curricular apareceu o eixo político-econômico, isto é, os vários momentos vinculados com a política externa e interna da faculdade e na forma marcante com que interferiram nos processos descritos. O outro aspecto, micro, mais internalista, da racionalidade interna, se refere ao currículo diretamente e a forma como foram questionadas as modificações nas disciplinas, sua metodologia, ou seja, o aspecto especificamente pedagógico. E, com relação a este último aspecto, percebemos que durante os vários processos descritos houve sempre um grupo de pedagogas trabalhando permanentemente, independentemente das mudanças políticas dentro da faculdade. E tiveram (e continuam tendo) grande importância nos processos o aspecto pedagógico, na racionalidade interna. Em grande parte dos processos os profissionais da área de educação tiveram papel de liderança ou co-liderança. Mesmo que em alguns momentos os grupos apresentassem diferentes composições (diferentes profissionais da área de educação trabalhando) – e que não pretendamos atribuir às pedagogas um papel neutro, “apenas técnico” nas reformulações – não podemos deixar de observar a continuidade dessa característica que se destaca a partir da importância relevada a esse profissional.

A partir da identificação das duas racionalidades que interagem no processo, o desafio para a reformulação que está sendo desenvolvida é saber qual das duas lógicas predominará. Se o pedagógico e interno das lógicas vai promover uma boa reformulação curricular para que se forme melhores médicos preparados para trabalhar com a realidade de saúde do país, como foi debatido em tantas reuniões. Ou se o cruzamento com as externalidades, as questões políticas e econômicas, além de influenciar as tendências do perfil do médico poderá novamente levar a uma reformulação que não saia do papel, da negociação política em si, sem transformar a política em ação. A universidade argentina está cruzada pelas duas lógicas.

Com esse comentário queremos reforçar nossa conclusão de que os processos de reformulação curricular tem obedecido a mais de uma lógica, conciliando tendências pedagógicas e políticas. E é dentro do marco interno da universidade que se insere o aspecto pedagógico, as dinâmicas e disputas pelas diferentes linhas pedagógicas a serem seguidas.

Há uma dimensão da reformulação estudada que está vinculada às mudanças no Estado mas também há uma dimensão própria da universidade e isso ajuda a entender porque o aspecto pedagógico da reformulação curricular pode ser analisado à parte.

Na área médica foram definidas as diretrizes curriculares a serem seguidas por todas as faculdades de medicina dos países membros do Mercosul. A que demanda atenderão tais diretrizes e até que ponto serão implementadas por todas as faculdades, públicas ou privadas?

No caso específico da Faculdade de Medicina da UBA, cada processo de reformulação obedeceu uma lógica dependendo das lideranças que a impulsionassem. No processo anterior (interrompido no final do ano 2000) a idéia era de seguir as indicações do Mercosul Educativo com relação às diretrizes curriculares e, em geral, o trabalho acompanhou as modificações previstas pela Lei de Educação Superior em coerência com os delineamentos dos organismos financeiros internacionais nas indicações para a América Latina.

Já no atual processo de reformulação curricular, iniciado em dezembro de 2000, não foi discutida explicitamente ditas questões nas reuniões durante o ano 2001 nem foi explicitado o seguimento ou não de tais princípios.

A avaliação e o credenciamento universitários são dois pontos fundamentais para entender as tendências mundializantes das políticas de educação superior na Argentina e aparecem no contexto da reformulação curricular que descrevemos. Porém, a Faculdade de Medicina da UBA, até o momento, é a única faculdade de medicina do país que não entrou no programa de avaliação da CONEAU. Isso se deu em função das disputas político-ideológicas descritas. E é possível que a atual direção da faculdade impulsione a avaliação, mesmo que

adequando-se a proposta estabelecida na Lei de Educação Superior com a qual esteve historicamente discordante (com excessão dos dois mandatos do decano Ferreira).

Nos vários processos de reformulação curricular, as definições sobre o perfil profissional do médico não outorgaram, pelo menos explicitamente, uma grande importância à discussão do modelo de saúde pública. Não podemos deixar de voltar a assinalar que as transformações curriculares aqui analisadas aconteceram e acontecem em um momento histórico na Argentina marcado pela ofensiva das políticas neoliberais, talvez como em nenhum outro país da América Latina. Os efeitos das políticas promulgadas pelos governos que provocaram o desmantelamento, o estrangulamento do orçamento e a privatização do sistema público de saúde, parecem, lamentavelmente, ter seu correlato nas discussões curriculares. Elaborar um currículo e formular as políticas educativas de formação dos médicos pressupõe, a nosso entender, discutir o modelo de profissional que se quer formar e a que tipo de necessidades atenderá.

A pouca presença destes interrogantes nos processos de reformulação curricular apresentados neste trabalho, em um contexto de “naturalização” da mercantilização da saúde, não significa que as definições em torno do tipo de profissional não estejam presentes nos currículos. Mas, diante da ausência de uma clara definição em torno do fortalecimento e transformação do sistema público de saúde, parece consolidar-se cada vez mais um modelo de formação médica de acordo com a mercantilização da saúde.

Frente a grave situação sanitária que atravessam milhões de cidadãos argentinos, seria muito ingênuo deixar de reconhecer o déficit real de profissionais médicos na Argentina. Isto, entretanto, não parece inquietar aos atores governamentais e/ou acadêmicos que têm apostado em um modelo de saúde mercantilizado.

Em um contexto de empobrecimento crescente, o mercado de trabalho médico argentino está diminuindo porque há menos distribuição de recursos e a população que pode consumir a medicina privada é cada vez menor. A diferença está entre o mercado de trabalho e as necessidades sanitárias do país. E a Argentina gasta apenas 8% do PIB em saúde.

A criação de conhecimentos médicos implica na formação de profissionais inseridos no seu contexto sociocultural e de uma escola médica como um lugar de produção de conhecimentos. E de geração de consciência da necessidade de universalizar o direito à assistência sanitária pública, para reverter os perniciosos e devastadores efeitos da mercantilização da saúde.

### Referências Bibliográficas:

ARGENTINA, 1995. Lei N° 24.521 de 1995. Dispõe sobre a Educação Superior.

CHAUÍ, M., 1999. A universidade em ruínas. In: *A universidade em ruínas na república dos professores* (H.Trindade, org.), pp.. Petrópolis: Vozes/CIEPEDES.

CLARIN, 2001. La justicia obligó a Medicina a darle el título a un egresado que no hizo el CBC. *Clarín*, Buenos Aires, 29 de junho, Información General, p.36.

CLARIN, 2000. La facultad de Medicina elige hoy al nuevo decano. *Clarín*, Buenos Aires, 25 agosto, Educación, p. 46.

CONEAU, 2002. Página na Internet, <http://www.coneau.gov.ar> (março de 2002).

FACULDADE DE MEDICINA – UBA, 2001. *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires: OMS, OPAS, Faculdade de Medicina/UBA.

FACULDADE DE MEDICINA – UBA, 2000. Propuesta de Cambio Curricular. <http://www.fmed.uba.ar>

FACULDADE DE MEDICINA – UBA, 1999a. *Ditame da comissão avaliadora de experiências curriculares (“Plan B”)*. Buenos Aires: Faculdade de Medicina, Universidade de Buenos Aires.

FACULDADE DE MEDICINA – UBA, 1999b. *Documento preparado pelo grupo de trabalho sobre reformulação curricular do curso de medicina*. Buenos Aires: Faculdade de Medicina, Universidade de Buenos Aires.

FACULDADE DE MEDICINA, 1992. Expediente: 507.433/92. Conselho Diretivo, Faculdade de Medicina, Universidade de Buenos Aires.

FERREIRA, L.N., 1991. Formación de Recurso Humano y cambio curricular en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. In: *Jornadas: política de formación de recursos humanos en salud* (Faculdade de Medicina, UBA), pp.107-115. Buenos Aires: Prensa Medica Argentina/Facultad de Medicina-UBA.

GENTILI, P. Universidades na penumbra. O círculo vicioso da precarização e a privatização do espaço público, 2001. In: *Universidades na penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili, org.), pp. 97-128. São Paulo: Cortez/Clacso.

LEHER, R. Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas. In: *Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili, org.), pp. 151-188, São Paulo: Cortez/Clacso.

MEMORANDO DE ENTENDIMENTO sobre a implementação de um mecanismo para o reconhecimento de títulos de graduação universitária nos países do Mercosul, 1998. *Documento elaborado na Reunião de Ministros de Educação dos países do Mercosul* (mimeo.)

MIGNONE, E. F., 1998. *Política y Universidad. El Estado Legislador*. Buenos Aires: Lugar Editorial/IDEAS.

MOLLIS, M. & BENSIMON, M., 1999. Calidad de la educación superior desde una perspectiva comparada: el caso de la Argentina y los Estados Unidos. In: *La Universidad Latinoamericana Modernizada* (H. Casanova & R. Rodriguez, org.), pp. , México: Siglo XXI.

MOLLIS, M., 1999. Las políticas de reforma universitaria: la lógica global y la respuesta local – el caso de la Argentina: *Interface*, 5:75-94.

MOLLIS, M., 1995. En busca de respuestas a la crisis universitaria: historia y cultura: *Perfiles Educativos*, 69:35-40.

MORERA, M. I. & BRISSÓN, M. E., 1998. “*Carreras de Riesgo*”: el caso de la Medicina. *Metodología, Procesos y Productos en la formulación de los patrones y estándares previstos por la Ley de Educación Superior*. Buenos Aires: AFACIMERA/La Prensa Médica Argentina.

PAVIGLIANITI, N. et al, 1996. *Recomposición neoconservadora. Lugar afectado: la universidad*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

UNIVERSIDADE DE BUENOS AIRES, 1984. Expediente: 29459/84. Conselho Superior. Universidade de Buenos Aires.

IRIART, C. & WAITZKIN, H., 2000. Atención gerenciada: ¿Exportación de riesgos?, *Boletim Informativo da Faculdade de Medicina*, agosto 2001 a março de 2002. <http://www.fmed.uba.ar/boletinformativo>

### Anexo 1 – Série Histórica das Grades Curriculares (1986-1996)

<u>1986</u>	<u>1986/1988</u>	<u>1994</u> <u>(Plan B)</u>	<u>1996</u>	
<b>Ciclo Básico Comum</b>	<b>Ciclo Básico Comum</b>	<b>Ciclo Básico Comum</b>	<b>Ciclo Básico Comum</b>	
1. Introdução ao Conhecimento Científico -72h.	1. Introdução ao Conhecimento Científico -72h.	1. Introdução ao Conhecimento Científico -72h.	1. Introdução ao Pensamento Científico	
2. Introdução ao Conhecimento da Sociedade e Estado-72h.	2. Introdução ao Conhecimento da Sociedade -72h.	2. Introdução ao Conhecimento da Sociedade -72h.	2. Introdução ao Conhecimento da Sociedade e Estado	
3. Química Biológica I 72h.	3. Biologia -72h.	3. Biologia -72h.	3. Química	
4. Biologia-72h.	4. Química-72h.	4. Química-72h.	4. Biologia e Introdução à Biologia Celular (correlativa a Química)	
5 e 6. <sup>22</sup> Matemática II (Estatística e Probabilidades)	5. Matemáticas -72h. 6. Física -72h.	5. Matemáticas -72h. 6. Física -72h.	5. Matemática 6. Física e Introdução à	

<sup>22</sup> O aluno escolhe dois cursos entre os quatro

Psicologia Química Antropologia			Biofísica (correlativa a Matemática)	
<b>Ciclo Biomédico (1248h.)</b>	<b>Ciclo Biomédico</b>	<b>Ciclo Biomédico (1818h.)</b>	<b>Ciclo Biomédico</b>	<b>1996</b>
Anatomia semestral – 192h.	Anatomia Anual	Anatomia 250h.	Anatomia 250h.	1º ano
Histologia, Biologia Celular, Embriologia e Genética – anual –192h.	Bioquímica- (compreende Química Biológica I e II da currículo anterior)	Histologia, Biologia Celular, Embriologia e Genética - 250h.	Histologia, Biologia Celular, Embriologia e Genética - 250h.	1º ano
Química Biológica II semestral –128h.	Química Biológica II semestral -128h.	Química Biológica - 166h.	Química Biológica - 166h.	2º ano
Módulo de Atenção Primária A semestral – 64h.	Módulo de Atenção Primária A Semestral - 64h.	Módulo de Atenção Primária 64h.	Medicina Familiar (1ª parte) (Atenção Primária em Saúde)-80h.	2º ano
Fisiologia e Biofísica anual – 320h.	Fisiologia e Biofísica anual – 320h.	Fisiologia e Biofísica anual - 416h.	Fisiologia e Biofísica anual - 416h.	2º ano
Microbiologia, Parasitologia e Imunologia – semestral 160h.	Microbiologia, Parasitologia e Imunologia - anual	Microbiologia, Parasitologia e Imunologia - 208h.	Microbiologia, Parasitologia e Imunologia - 208h.	3º ano
Saúde Mental I (Psicologia Médica) semestral –128h.	Saúde Mental I (Psicologia Médica) semestral -128h.	Saúde Mental I (Psicologia Médica) 128h.	Saúde Mental 128h.	1º ano
Módulo de Atenção Primária B – semestral 64h.	Módulo de Atenção Primária B Semestral - 64h.	--	Bioética I 20h.	1º ano
--	Patologia I (geral) Farmacologia I	Patologia I - 240h. Farmacologia I - 96h.	Patologia I - 240h. Farmacologia I - 96h.	3º ano
<b>Ciclo Clínico</b>	<b>Ciclo Clínico</b>	<b>Ciclo Clínico (3446h.)</b>	<b>Ciclo Clínico</b>	
Patologia – 240h.	Patologia II (Especial)	Patologia II - 96h.	Patologia II - 96h.	
Medicina I (Semiologia, Fisiopatologia, Psicosemiologia) – 576h.	Medicina I (Semiologia, Fisiopatologia, Psicosemiologia) - 576h	Medicina A: 685h. Medicina I (Semiologia e Fisiopatologia)	Medicina A: 685h. Medicina I (Semiologia e Fisiopatologia)	
Farmacologia semestral – 96h.	Farmacologia II semestral - 96h.	Farmacologia II 54h.	Farmacologia II 54h.	
Saúde Pública I semestral – 96h.	Saúde Pública I semestral - 48h. Saúde Pública II semestral - 96h.	Saúde Pública I - 96h. Saúde Pública II - 96h.	Saúde Pública I - 96h. Saúde Pública II - 96h.	
Estágio obrigatório de Atenção Primária 4 semanas – 96h.	Estágio obrigatório de Atenção Primária 4 semanas – 96h.	Estágio obrigatório de Atenção Primária 4 semanas - 96h.	Medicina Familiar (2ª Parte) (Medicina Familiar) - 144h.	
Medicina II (inclui Nutrição, Radiologia, Dermatologia, Doenças Infecciosas, Tisiopneumologia, Neurologia) 36 semanas - 864h.	Medicina II (inclui Nutrição, Radiologia, Dermatologia, Doenças Infecciosas, Tisiopneumologia, Neurologia) 36 semanas - 864h.	Medicina B: 1028h. Medicina II (Medicina Interna) - Nutrição, Diagnóstico por Imagens, Dermatologia, Infectologia, Pneumologia, Neurologia	Medicina B: 1028h. Medicina II (Medicina Interna) - Nutrição, Diagnóstico por Imagens, Dermatologia, Infectologia, Pneumologia, Neurologia	

Módulo integrado: Doenças Infecciosas prevalentes (Microbiologia, Epidemiologia e Clínica) semestral – 64h.	Módulo integrado: Doenças Infecciosas prevalentes (Microbiologia, Epidemiologia e Clínica) semestral - 64h.	--	--	
Saúde Pública II semestral – 96h.	--	--	--	
Saúde Mental II semestral – 96h.	Saúde Mental II semestral - 96h.	Saúde Mental II semestral - 96h.	Saúde Mental II semestral - 96h.	
Estágio obrigatório em Clínica Médica 4 semanas – 96h.	Estágio obrigatório em Clínica Médica 4 semanas – 96h.	--	Bioética II 30h.	
Cirurgia (inclui Urologia, Ortopedia e Traumatologia e Neurocirurgia) 20 semanas - 480h.	Cirurgia (inclui Urologia, Ortopedia e Traumatologia e Neurocirurgia) 20 semanas - 480h.	Cirurgia: 571h. - Cirurgia Geral - Urologia - Ortopedia e Traumatologia - Oftalmologia - Otorrino-laringologia - Neurocirurgia	Cirurgia: 571h. - Cirurgia Geral - Urologia - Ortopedia e Traumatologia - Oftalmologia - Otorrino-laringologia - Neurocirurgia	
Tocoginecologia 10 semanas - 240h.	Tocoginecologia 10 semanas - 240h.	Tocoginecologia - 286h. - Obstetricia - Ginecologia	Tocoginecologia - 286h. - Obstetricia - Ginecologia	
Pediatria 10 semanas - 240h.	Pediatria 10 semanas - 240h.	Pediatria 286h.	Pediatria 286h.	
Medicina Legal e Deontologia Médica semestral – 64h.	Medicina Legal e Deontologia Médica semestral - 64h.	Medicina Legal e Deontologia Médica 76h.	Medicina Legal e Deontologia Médica 76h.	
Toxicologia semestral – 64h.	Toxicologia Semestral - 64h.	Toxicologia 76h.	Toxicologia 76h.	
Trabalhos Práticos Urgências Hospitalares 10 vezes – 60h.	Trabalhos Práticos Urgências Hospitalares 10 vezes - 60h.	<b>Ciclo de Internato Anual Rotatório (2604h.)</b>	<b>Ciclo de Internato Anual Rotatório (2604h.)</b>	
Seminários Obrigatórios: Ciências Básicas Humanidades Clínico trimestral – 48h. (cada um)	Seminários Obrigatórios: Ciências Básicas Humanidades Clínico Trimestral - 48h. (cada um)	Unidades docentes: 2604h. Medicina Cirurgia Tocoginecologia Terapia e Urgências Hospitalares Atenção Programática Saúde Mental	Medicina Cirurgia Tocoginecologia Pediatria Terapia e Urgências Hospitalares Medicina Familiar (2ª Parte) Saúde Mental	
<b>Atividades Curriculares Optativas:</b>	<b>Atividades Curriculares Optativas:</b>	<b>Disciplinas Eletivas</b>	<b>Disciplinas Eletivas</b> (Para ser desenvolvidas em qualquer Ciclo do Curso)	
Estágio (para escolher entre): Tocoginecologia, Pediatria e Cirurgia mínimo 1 mês - 96h.	Estágio (para escolher entre): Tocoginecologia, Pediatria e Cirurgia mínimo 1 mês - 96h.	Bioinformática Inglês Metodologia da Pesquisa Bioética	Bioinformática Inglês Metodologia da Pesquisa	
Seminário (para escolher entre): Ciências Básicas, Humanidades e Clínica unidade mínima 1 trimestre -48h.	Seminário (para escolher entre): Ciências Básicas, Humanidades e Clínica Unidade mínima 1 trimestre -48h.	--	--	

Fonte : Elaboração própria, baseada nas grades curriculares e atas de reunião do conselho diretivo da Faculdade de Medicina.



## **O PROCESSO DE REFORMULAÇÃO CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA NO BRASIL E NA ARGENTINA: UMA ABORDAGEM COMPARATIVA**

### **Resumo**

Neste trabalho nos propomos a discutir o processo de reformulação curricular de cursos de medicina no Brasil e na Argentina, tomando os casos da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade de Buenos Aires (UBA). Partimos do marco das reformas do ensino superior na América Latina e suas discussões na área de educação. Buscamos revelar um conjunto de tensões que se produzem entre as particulares culturas de organização universitária, as demandas pela uniformidade da mundialização e a busca do controle burocrático derivado da regionalização do Mercosul (a necessidade de equivalências no credenciamento de programas e títulos, uniformidade de condições de acesso, etc.). Ambos os países estão passando por processos de profunda reformulação de seus sistemas educacionais, articulados com as políticas neoliberais de reforma econômica e de diminuição do papel do Estado nas respectivas sociedades. Entretanto, mesmo existindo semelhanças formais em diversos aspectos, o exame das realidades brasileira e argentina revela diferenças que não devem ser negligenciadas. Abordaremos tais questões no decorrer do artigo a partir da comparação dos dois processos de reformulação curricular. As particularidades de cada caso passaram a receber a devida atenção e destaque a partir da abordagem comparativa.

**Palavras-chave:** educação médica, educação superior comparada, currículo médico no Mercosul

### **Abstract**

In this work we intend to discuss the process of curricular reform of the Medicine Courses in Brazil and Argentina, taking the cases of Federal Fluminense University (UFF) and of the University of Buenos Aires (UBA). We start from the landmark of the reforms of higher education in Latin America and the discussion in the educational area. We aimed at disclosing a set of tensions that turn out between the particular cultures of the university organisation, the demands for the uniformity of the globalisation and the search of the bureaucratic control derived from the Mercosul regional effect (the necessity of equivalences to be accredited by programs and titles, uniformity of access conditions, etc.). Both countries are passing through processes of deep reform in their educational systems, articulated with the neoliberal politics of economic reform and the reduction of the role of the State in their respective societies. However, even with the existence of formal similarities in several aspects, the analysis of the Brazilian and Argentinean realities reveals differences that must not be neglected. We will approach such questions in the article starting from the comparison of the two processes of curricular reform. The specific traits of each case received the due attention and prominence starting from the comparative approach.

**Key words:** medical education, higher education compared, medical curriculum in Mercosul.

## Apresentação

Neste trabalho nos propomos a discutir o processo de reformulação curricular de cursos de Medicina no Brasil e na Argentina, estudando os casos da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade de Buenos Aires (UBA). Partimos do marco das reformas do ensino superior na América Latina e suas discussões na área de educação. Buscamos revelar um conjunto de tensões que se produzem entre as particulares culturas de organização universitária, as demandas pela uniformidade da mundialização e a busca do controle burocrático derivado da regionalização do Mercosul (a necessidade de equivalências no credenciamento de programas e títulos, uniformidade de condições de acesso, etc.).

Ambos os países estão passando por processos de profunda reformulação de seus sistemas educacionais, articulados com as políticas neoliberais de reforma econômica e de diminuição do papel do Estado nas respectivas sociedades. Entretanto, mesmo existindo semelhanças formais em diversos aspectos, o exame das realidades brasileira e argentina revela diferenças que não devem ser negligenciadas.

Então nos perguntamos:

A partir da comparação entre os processos de reformulação curricular das faculdades de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF) e da Universidade de Buenos Aires (UBA), quais as aproximações e divergências levando em conta cada contexto local e regional?

Considerando que há um processo de integração curricular no Mercosul sendo desenvolvido, até que ponto tal processo está presente e influi nas discussões de reformulação curricular na UFF e na UBA?

Quais são as motivações que, no contexto de crise dos sistemas públicos de educação e de saúde brasileiros e argentinos e suas respectivas reformulações, orientam as reformas curriculares?

Abordaremos tais questões no decorrer do artigo a partir da comparação dos dois processos de reformulação curricular. Na comparação pudemos ver questões que se destacaram no caso brasileiro bem como no caso argentino, que apenas puderam ser devidamente dimensionadas quando contrapostas. As particularidades de cada caso passaram a receber a devida atenção e destaque a partir da abordagem comparativa.

Para Marginson & Mollis (2002: 584), “realizar um trabalho de educação comparada sempre envolve tanto diferenças quanto semelhanças. Diferenças e semelhanças são oposições filosóficas, mas não são necessariamente antagônicas ou mutuamente exclusivas, nem na

teoria nem na prática. Sistemas educacionais mostram diversidade em um aspecto e semelhanças em outro; a relação entre ambos pode ser mais complementar que antagônica” (tradução da autora).

A comparação toma maior relevo hoje justamente no modelo teórico da globalização ou mundialização<sup>1</sup>, no qual os países periféricos são tratados de forma homogeneizada pelos órgãos de financiamento internacional, fazendo com que pareçam todos semelhantes, mesmo que, na verdade, se mantenham suas diferenças e especificidades<sup>2</sup>.

As pressões externas aos governos centrais se orientaram por diversificação de fontes de financiamento (venda de serviços e cobrança de taxas escolares), reformas curriculares (encurtamento dos cursos de graduação, para se obter mais rápida inserção no mercado de trabalho), seletividade no acesso (exames tipo vestibular), promoção de novos cursos orientados para o mercado (Marketing, Finanças, Sistemas, etc.), atualização docente e rápida expansão de universidades particulares. Estas tendências formam parte de uma “agenda internacional” que se aplica na América Latina (assim como nos países pós-socialistas da Europa) e constituem o contexto internacional em que se inserem as reformas universitárias atuais no Brasil e na Argentina (Mollis, 1999).

A América Latina está na periferia da mundialização e, dentro da América Latina, Argentina e Brasil estão ocupando um lugar central na nova agenda modernizante. Uma das estratégias para a implementação da nova agenda é o Mercosul.

Um dos traços destacados da mundialização capitalista na última década tem sido o aparecimento e consolidação de blocos econômicos regionais destinados a aumentar os níveis de intercâmbio comercial e de integração econômica regional. Os casos da União Européia, o ALENA (Acordo de Livre Comércio da América do Norte), o ASEAN (bloco que reúne os

---

<sup>1</sup> Preferimos usar o termo mundialização em vez de globalização. “Convém assinalar que o próprio termo ‘globalização’ apresenta sérias dificuldades. De rara utilização nos círculos acadêmicos antes da metade dos anos 80 (embora McLuhan, nos anos sessenta, já houvesse anunciado a famosa metáfora da aldeia global como resultado das novas tecnologias da informação e comunicação), esse termo está atravessado por uma ambivalência ou imprecisão constitutiva em função da variedade de fenômenos que abrange e dos impactos diferenciados que gera em diversas áreas (financeira, comercial, produtiva, social, institucional, tecnológica, cultural, etc.). Ademais, evoca a falsa imagem de um mundo homogêneo e integrado, que pouco ou nada parece ter a ver com realidades de extrema fragmentação e desintegração. Porém, mais importante que as imprecisões e as ambivalências é o fato de que o termo carrega, como marca de origem, um elevado índice de ideologização” (Gomez, 1997:7,8).

<sup>2</sup> As propostas de reforma educacional, de acordo com Gentili (1998), têm sua regularidade, verificada pela expansão de um mesmo núcleo de diagnósticos, propostas e argumentos acerca da crise educacional e suas supostas saídas, assim como na circulação e no impacto que os documentos e recomendações do Banco Mundial e do FMI têm na definição das políticas públicas destinadas a esse setor. Nestas propostas, são a avaliação das instituições educacionais e o estabelecimento de critérios de qualidade que permitem dinamizar o sistema, mediante uma lógica de prêmios e castigos que estimulam a produtividade e a eficiência.

países do Sudeste Asiático) e o Mercosul (Mercado Comum do Sul) constituem os exemplos mais visíveis – ainda que apresentam notórias diferenças em suas dinâmicas e níveis de integração – desta tendência citada<sup>3</sup>.

A ênfase da comparação neste artigo está no olhar institucional, inserido nas políticas e na tomada de decisões dentro de cada caso e nos dois de forma comparada. Para isso utilizamos os dados coletados e analisados durante a pesquisa, através da realização de entrevistas e participação em reuniões e seminários.

Encontramos na realidade pesquisada o que Marginson & Mollis (2002: 583) afirmam: “algumas pesquisas assumem a separação entre educação, política e poder. Acreditamos que no coração da pesquisa internacional de educação comparada, educação se cruza com poder. (...) as demandas do poder moldam as práticas do conhecimento” (tradução da autora).

Nosso ponto de vista é de que a educação médica, e por conseguinte a universidade, tem o papel de formar médicos que atendam as necessidades de saúde da população. Essa formação deve incluir tanto a visão humanista, o compromisso social quanto à habilidade técnica competente e atualizada. Encontramos na realidade observada que muitas vezes tais princípios foram deixados em segundo plano e foram priorizadas as disputas pelo poder.

Os dois casos da medicina, tanto no Brasil quanto na Argentina, formam parte da agenda de modernização. Como afeta essa agenda – passada através do Mercosul e outras ‘fórmulas’ – a formação do médico?

Para responder a essas e outras perguntas nos apoiaremos no referencial teórico e nas entrevistas realizadas com informantes chaves – em sua maioria personagens com poder de decisão política – das duas reformulações curriculares, realizadas no decorrer do desenvolvimento da pesquisa.

---

<sup>3</sup> A evolução desses processos – e a cabal compreensão de suas conseqüências sociais – não pode estar desligada da hegemonia política e econômica do neoliberalismo. Neste sentido cabe assinalar que a evolução recente dos processos de integração (alguns deles de longa data, como no caso da União Européia) tem estado ligada ao que genericamente podemos chamar de “ideologia de mercado” e que em muitos casos tais processos tem servido para veicular ou aprofundar, em espaços regionais mais amplos, os preceitos econômicos ligados à mercantilização dos bens públicos. No caso europeu, por exemplo, a disciplina fiscal exigida pelos acordos de Maastricht e de Amsterdã para a construção da moeda única (o euro) serviu de ferramenta para a aplicação de políticas orçamentárias ortodoxas em escala nacional que tiveram um considerável impacto na retração do gasto público e no debilitamento dos direitos sociais e trabalhistas conquistados pelos assalariados depois da Segunda Guerra Mundial.

## **Os processos de reformulação curricular: o caso da Faculdade de Medicina da UFF e o caso da Faculdade de Medicina da UBA**

Os dois casos analisados são os currículos de formação médica no Brasil e na Argentina, mais especificamente o processo de reformulação do currículo médico em ambos os países, estudando os casos da UFF e da UBA.

O processo de reformulação do currículo da medicina da UFF, iniciado em 1983, teve sua proposta de reformulação terminada no ano de 1992 e sua implantação começou a ser feita a partir de 1994 (ver Koifman, 2001).

A Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (UBA), desde 1983, passou por várias tentativas de reformulação curricular. O mais recente processo de reformulação curricular tem dois momentos: o primeiro durante os anos de 1999 e 2000 e o segundo a partir de dezembro de 2000 até a presente data (ver Koifman, 2002).

A escolha da Faculdade de Medicina da UFF como o caso brasileiro a ser analisado, se deve ao fato de que sua proposta de reformulação curricular tem sido considerada referência para a área de educação médica em congressos nacionais e internacionais. E que, desde sua implementação, o chamado ‘novo currículo’ continua a sofrer uma série de mudanças e adaptações, o que reflete o caráter dinâmico da proposta, e da Faculdade de Medicina da UFF. Salientamos, ainda, o fato de termos tido a oportunidade de acompanhar o processo de reformulação curricular com ‘observação participante’, desde 1991 até sua implantação, em 1994.

A escolha da Faculdade de Medicina da UBA como o caso argentino a ser analisado, se deve ao fato de que ela seja considerada a principal faculdade de medicina na Argentina e que, grande parte do debate sobre a orientação e o perfil profissional do médico nesse país, seja influenciado pelos processos desenvolvidos na UBA. Outro ponto de relevância se deve a que atualmente a Faculdade de Medicina esteja discutindo seu currículo e elaborando uma nova proposta e que participamos do processo com ‘observação participante’.

Passamos, então, a descrever os dois casos de reformulação curricular de forma sucinta (para obter descrição mais extensa ver Koifman 2001 e 2002) .

### **O processo de reformulação curricular do curso de medicina da UFF**

O processo de reformulação curricular da UFF se iniciou no final da década de 70, a partir do descontentamento de alunos e professores com o ensino e aprendizagem realizados até então na instituição e com a inadequação do currículo com as necessidades do sistema de

saúde e necessidades da população. Foi criado, então, um grupo de trabalho que elaborou uma proposta preliminar para ser discutida porém o processo só foi retomado em 1983. O grupo de trabalho concluiu, entre outras coisas, que o sistema de saúde não atendia às necessidades básicas de assistência médica da população, que era dada pouca ênfase à formação de professores e aos métodos de ensino-aprendizagem. “O ensino era voltado para a doença, predominando aulas teóricas e demonstrativas, utilizando-se situações fictícias em detrimento de práticas reais” (Koifman, 2001).

A efetiva elaboração de uma proposta de reformulação curricular só se desenvolveu após modificações profundas no sistema de saúde que, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) – com o Projeto Niterói – e pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), chegaram à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A reorganização do sistema de saúde<sup>4</sup> facilitou a implementação da nova proposta e inserção do profissional que o novo currículo passaria a formar.

O processo de reformulação curricular começou 1983, mas a elaboração final da proposta se deu em 1992 e foi implantada em 1994. E o processo não ocorreu com unanimidade pois não houve consenso de todos departamentos da faculdade de medicina quando da implantação do mesmo. Avaliamos que parte da falta de consenso entre os departamentos se deveu ao fato de que as áreas da medicina, representadas em parte pelos departamentos, têm diferentes objetos de trabalho e objetivos na formação dos alunos em futuros médicos. Durante o processo de reformulação não foi possível criar um verdadeiro diálogo e busca de um debate de fato interdisciplinar (Koifman, 2001).

No modelo curricular proposto, a parte prática aumenta (Programa Prático Conceitual) à medida que a parte fundamentalmente teórica diminui (Programa Teórico Demonstrativo). Na primeira parte associa-se o conteúdo teórico a uma demonstração prática executada pelos docentes e, na segunda, completa-se uma prática executada pelos alunos, sempre baseada em uma discussão conceitual das ações e de seu referencial teórico (UFF, 1992).

Sobre as principais características do novo currículo, a introdução desde os primeiros períodos do estudante nas aulas práticas é um dos pontos inovadores. Os alunos são divididos em pequenos grupos e acompanhados por um tutor nas atividades práticas e em sua posterior análise e elaboração. Além disso, a introdução de matérias da área de história da medicina e

---

<sup>4</sup> A implantação do SUS foi na direção da aplicação do artigo 198 da Constituição Brasileira (de 1988): “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade” entre outros itens.

outras vinculadas à área de ciências sociais, também contribui para uma formação diferenciada e que amplia a capacidade dos alunos de compreensão e inserção na realidade como profissionais.

Uma das idéias centrais do novo currículo, a partir de um contato precoce dos estudantes com a população mesmo antes de serem médicos, tem sido a da formação mais humanista do profissional médico e sensibilização do mesmo para os problemas sociais associados às questões de saúde.

Atualmente o currículo, que formou sua primeira turma em dezembro de 1999, está aos poucos conseguindo avançar no sentido da integração de departamentos. Isso vem se dando, segundo depoimento de professor do Instituto de Saúde Comunitária (ISC) (em março de 2000), como reflexo da melhor estruturação das disciplinas e do melhor domínio, por parte dos professores, do que seja a proposta curricular e de suas etapas.

As dificuldades, desde a implantação do currículo, com a organização do trabalho de campo persistem. Durante o primeiro ano do curso ainda não é possível realizar, plenamente, as atividades de campo previstas. Na opinião dos professores entrevistados, o problema continua centrado no treinamento de professores e tutores para compreender claramente a proposta e que sejam capazes de trabalhar melhor em suas atividades.

Mas, através de uma pesquisa de avaliação da nova proposta curricular, (que está começando a ser desenvolvida por uma equipe de professores do ISC), os 44 alunos formados na primeira turma, ao responderem a um questionário, se manifestaram favoravelmente ao currículo. Apesar de muitas críticas aos primeiros semestres do curso, os alunos consideram que sua postura profissional e a compreensão da realidade social foram fortemente influenciadas por esse currículo.

A faculdade de medicina passou pela primeira avaliação do MEC em 2000. E a proposta didático-pedagógica do novo currículo obteve a nota máxima, representada pelo conceito A.

### **O processo de reformulação do curso de medicina da UBA**

Na Faculdade de Medicina da UBA<sup>5</sup>, desde 1986, surgiram as primeiras discussões sobre a reforma curricular e foram implantadas novas “experiências curriculares”. O mais

---

<sup>5</sup>A Faculdade de Medicina da UBA abrange o curso de Medicina e aos chamados cursos conexos (Enfermagem, Fonoaudiologia, Kinesiologia e Fisioterapia, Nutrição e Obstetrícia) além de cursos técnicos (Podologia, Hemoterapia e Imuno-hematoterapia, Perfusionista em Cirurgia Cardíaca e Radiologia).

recente processo de reformulação curricular tem dois momentos: o primeiro durante os anos de 1999 e 2000 e o segundo a partir de dezembro de 2000 até a presente data. A interrupção de um processo e começo de outro se deu em consequência da mudança de direção da faculdade: cada momento corresponde a duas gestões de dois diferentes decanos.

Os processos de discussão na década de 80 estiveram inseridos no contexto de redemocratização do país e, conseqüentemente, das universidades públicas. A experiência de mudança que teve maior impacto e que foi comentada nas entrevistas que realizamos foi a introdução dos Módulos de Atenção Primária (MAPs) no ciclo biomédico (a partir do 2º ano do curso), com três módulos de 64 horas em cada semestre. Tais módulos incluíam uma atividade prática nos centros de saúde, que aos poucos foi sendo reduzida até a substituição, em 1996, pela disciplina Medicina Familiar, que se estende até o ciclo clínico do curso.

Na década de 90 (1992) foi elaborada uma proposta de modificação no currículo que gerou impacto e muita discussão, pois, teve como premissa a criação de um exame de ingresso. A idéia trazia poucas variações nas disciplinas e uma proposta metodológica baseada nas atividades práticas.

Mas, como o Conselho Superior aprovou a proposta (que é a do currículo até o momento em vigor) e não aprovou a implementação de um exame de ingresso, foi aplicado (em 1993) um plano piloto, o Plano B (“Plan” B<sup>6</sup>). A intenção era provar, com o plano piloto, que a reformulação curricular só poderia ter sucesso se fosse reduzido o número de alunos por ano.

Com uma maior carga horária, os alunos que participaram do “Plan” B tinham contato com pacientes em hospital desde o primeiro período de curso e o ensino era tutorial. Um dos objetivos era a integração do Ciclo Biomédico com o Clínico desde o começo do curso e demonstrar que a redução do número de alunos significaria uma melhora na qualidade do ensino. Mas o “Plan” B foi muito criticado e a experiência foi interrompida em 1998, tendo a última turma terminado o curso em 2001<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> “Plan de estudios” em espanhol significa grade curricular. Mas nesse caso ‘Plan B’ se refere a uma proposta curricular. Utilizaremos a palavra original em espanhol no decorrer do texto.

<sup>7</sup>As críticas à experiência estiveram inseridas em disputas políticas e ao fato do decano que impulsionou a implantação do projeto ter, também, implementado uma experiência de modificação na forma de ingresso dos alunos de medicina diferente do resto da universidade de Buenos Aires. Especificamente com relação ao plano piloto, entre as críticas recebidas pela comissão que avaliou a experiência (e professores e alunos entrevistados): foram selecionados os alunos com melhores médias e não ao azar; não houve um grupo controle da experiência já que o número de alunos que continuou com o currículo “normal” era muito superior ao do Plan B (dificultando qualquer comparação) e, portanto, não se poderia considerar a experiência para aplicar ao grupo todo de alunos.

Depois da experiência do Plan B e do Ciclo Pré-Universitário de Ingresso (o CPI para substituir o CBC<sup>8</sup>, mas que não foi uma reformulação curricular apenas para o curso de medicina mas para toda a faculdade de medicina<sup>9</sup>) a seguinte reformulação curricular elaborada não foi implementada. Desenvolveu-se durante os anos de 1999 e 2000 – e teve como uma das características principais a implementação da metodologia do aprendizado baseado em problemas (PBL). Quando a proposta foi terminada (elaborada a partir de reuniões de uma comissão delegada pelo decano e por mais de um ano de discussões de comissões interdepartamentais), houve uma mudança na direção da faculdade de medicina e o novo decano deu início a um novo processo de reformulação.

O novo processo se deu entre os anos 2001 e 2002 (e ainda continua em desenvolvimento até a presente data) e com objetivo de impulsionar um processo democrático, organizou palestras e debates com profissionais convidados e professores da faculdade com experiências isoladas de reformulação dentro dos departamentos (cátedras). Após um ano de reuniões quinzenais, a coordenação do processo – decanato, secretaria acadêmica e secretaria de planejamento educacional – decidiu estimular o desenvolvimento da reformulação a partir das diversas experiências e gerando “motores de mudança”. Até o momento não se optou por uma reformulação total do currículo mas, em seu lugar, estimular reformulações que já estejam em processo dentro das cátedras e ajudar a divulgação e possível ampliação das experiências de êxito.

Após a breve descrição dos dois casos de reformulação curricular apresentamos um quadro comparativo esquemático das reformulações curriculares e, logo a seguir, um levantamento mais detalhado dos dados relevantes que demonstram semelhanças e diferenças entre os casos.

---

<sup>8</sup> O Ciclo Básico Comum é o primeiro ano dos estudos universitários da UBA, que funciona como um curso introdutório, de nivelamento e seleção (Mignone, 1998).

<sup>9</sup> Em 1995, durante a segunda gestão do decano Dr. Luis Ferreira criou-se o Ciclo Pré-Universitário de Ingresso (CPI) amparando-se na Lei de Educação Superior de 1995 (Nº 24.521/1995), que, no seu artigo Nº 50 estabelece que “... nas universidades com mais de cinquenta mil (50.000) estudantes, o regime de admissão, permanência e promoção dos estudantes será definido ao nível de cada faculdade ou unidade acadêmica equivalente”. Porém a Universidade de Buenos Aires, através de seu reitor, não tinha acatado a Lei e criou-se uma situação de conflito entre a faculdade de medicina e a reitoria. Muitos alunos foram prejudicados por vários anos pois a Reitoria não concordava em emitir os diplomas de medicina para alunos que tivessem cursado o CPI vez do CBC. Em 1998 foi derogado o CPI (para uma descrição completa do processo ver Koifman, 2002).

<u><b>BRASIL</b></u> Medicina UFF	<u><b>ARGENTINA</b></u> Medicina UBA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Curso de Medicina: 1926.</li> <li>• Por ano entram cerca de 160 alunos (80 por semestre).</li> <li>• Processo de Reformulação Curricular: 1983 a 1992.</li> <li>• Implementação: 1994.</li> <li>• Discussões nos departamentos e depois com representação departamental.</li> <li>• Não houve unanimidade entre os departamentos da faculdade de medicina.</li> <li>• Liderança da reformulação curricular: Instituto de Saúde Comunitária e direção da Faculdade de Medicina.</li> <li>• Transformação do sistema de saúde público previamente e concomitantemente com a reformulação curricular.</li> <li>• O Currículo Novo não é incoerente com as “diretrizes curriculares” estabelecidas pelo Ministério de Educação (MEC).</li> <li>• A proposta elimina as disciplinas e implementa um trabalho interdisciplinar através de dois programas: PTD (Programa Teórico Demonstrativo) e PPC (Programa Prático Conceitual).</li> <li>• Houve um aumento de 25% no número de horas/aula.</li> <li>• Objetivos: trabalho interdisciplinar; desenvolvimento de um pensamento crítico; humanização da prática médica; profissional tecnicamente competente, ético e socialmente comprometido.</li> <li>• Contato com a prática médica desde o primeiro período letivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do Curso de Medicina: 1821.</li> <li>• Por ano entram cerca de 2000 alunos.</li> <li>• Processo de discussão desde 1986. Processo atual de Reformulação Curricular 2000, 2001 e 2002.</li> <li>• Algumas implementações na década de 80, 90 . O atual processo ainda está na etapa de elaboração.</li> <li>• Discussões em comissões interdisciplinares e em plenárias abertas.</li> <li>• Busca da maior participação possível e de gerar consensos.</li> <li>• Liderança da reformulação curricular: decanato, secretaria acadêmica.</li> <li>• Não houve transformações prévias no sistema de saúde público nem concomitantes com o processo de reformulação curricular.</li> <li>• A proposta não é incoerente com o perfil e função do médico e conteúdos mínimos estabelecidos pela AFACIMERA e CONEAU.</li> <li>• Gerar motores de câmbio a partir de troca de experiências e inovações em andamento e, em alguns casos, implementação da metodologia de ensino baseada em problemas (PBL).</li> <li>• Não se sabe se haverá aumento no número de horas/aula.</li> <li>• Objetivos: humanização da prática médica; profissional tecnicamente competente, ético e socialmente comprometido.</li> <li>• Contato com a prática médica desde o primeiro período letivo.</li> </ul>

### **Uma análise comparativa**

No caso das duas reformulações curriculares analisadas, a comparação foi feita através da metodologia de descobrimento de variáveis por contexto<sup>10</sup>. Faremos uma descrição e análise das variáveis que intervêm nos processos de reformulação e nos currículos das duas faculdades de medicina.

Os pontos que são considerados relevantes quanto a sua influência em ambas as reformulações curriculares e que utilizaremos para descrever as diferenças são: os contextos sociopolíticos, autonomia universitária e avaliação institucional, forma de ingresso dos alunos, importância da pedagogia, objetivos da formação médica (papel social do médico).

### **Contexto sociopolítico**

Quanto às influências do contexto político regional e o Mercosul, no caso da reformulação curricular da UFF, na época da reformulação, não houve influência que possa ser determinada. Nesse caso o contexto político de maior influência não foi o do Mercosul mas o da Reforma Sanitária Brasileira, portanto mais local.

O projeto da Reforma Sanitária, sustentado por uma produção teórico-crítica, foi formulado a partir do movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta. Entre outros fatores, o movimento, segundo Paim (1997: 11) “teve a importância de questionar a concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, além de apontar diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social”. O braço acadêmico do movimento reformista foi: 1) os departamentos de medicina preventiva e social e 2) as escolas de saúde pública ou seus equivalentes<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup>“Quando usamos técnicas qualitativas para examinar fenômenos extraídos de um contexto, quanto mais perto se observa mais complexo será o critério usado na observação, e mais semelhanças se transformarão em diferenças. Nos estudos qualitativos baseados no estudo de caso complexo, nos quais há sempre mais para pesquisar do que pode ser abarcado, há um viés de *prima facie* (a primeira vista), com respeito à criação, de diferença e incomensurabilidade entre os casos, tendendo a eliminar a possibilidade de comparação. Mas a comparação também pode ser usada para transformar fenômenos diferentes em semelhantes” (Marginson & Mollis, 2002: 585).

<sup>11</sup>“Nesse sentido, a produção teórica desenvolvida nas décadas de setenta e de oitenta permitia apontar a emergência de um paradigma alternativo em Saúde Coletiva centrado em dois conceitos fundamentais: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde (...) esse paradigma orientava muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se refere à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (Paim, 1997: 13).

Silva Júnior (1998) considera que foram percorridos três caminhos para tornar a Reforma Sanitária viável: o legislativo-parlamentar, possibilitando a elaboração da Lei Orgânica de Saúde (nº 8.080 de 1990) e de leis Estaduais e Municipais; o sociopolítico, procurando envolver a sociedade civil e suas organizações; o institucional, implementando um novo sistema de saúde, mais identificado com os ideais de universalidade, equidade, integralidade na atenção da saúde.

A Reforma Sanitária foi um processo que passou pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) e que sofreu a implantação distorcida do Sistema Único de Saúde (SUS) mas não se confunde com os mesmos (Arouca, 1988). “Os esforços para a unificação e descentralização, bem como as tentativas de mudança do modelo assistencial hegemônico nos últimos anos, inscrevem-se nesse resgate” (Paim, 1997).

A reformulação curricular da UFF teve influências do movimento sanitário tanto nas discussões prévias quanto na elaboração de sua estrutura curricular. A lógica da proposta de reformulação está intimamente ligada aos ideais da Reforma Sanitária e sua busca de construção de um profissional médico integrado ao sistema de saúde público (Saippa, 2001). Um dos reflexos dessa influência pode ser traduzido pelo fato dos alunos, durante o curso de medicina, desenvolverem a prática nas unidades de saúde e não somente no hospital universitário. E, diferente de outros currículos de medicina brasileiros que também passaram por reformulações recentemente, os estudantes se inserem na realidade em suas horas práticas de aula (e não ao contrário, nos quais as unidades se adaptam ao curso de medicina).

No caso da prática realizada pelos alunos de medicina da UBA, a prática é desenvolvida principalmente nos hospitais (universitário e não universitário) e, a proposta de reformulação não prevê, até o momento, modificação nesse campo. Isso denota uma menor articulação do currículo com o sistema público de saúde e com a formação do médico conhecendo a prática do sistema no qual deverá atuar.

Tal questão também foi percebida durante as reuniões de reformulação curricular (tanto do processo anterior de reformulação curricular quanto no atual da UBA). A necessidade de articulação da formação do médico com as unidades de saúde básicas foi um tema pouco debatido que apareceu em três das mais de 30 reuniões assistidas. A primeira, uma reunião geral, na qual apareceram vários temas, a segunda, sobre o internato rotatório, em que se relatava a implementação do novo internato rotatório e que havia sido feita uma seleção de hospitais e unidades de saúde para a realização das atividades dos internos (primeira vez em que se falou sobre a prática nas unidades de saúde). E, a terceira reunião

quando apareceu o assunto mais específico, e se debateu a necessidade da mudança do sistema de saúde para que houvesse uma real mudança no perfil do profissional médico. Nessa reunião também se descreveu a aplicação do Programa de Atenção Primária em Saúde (PROAPS) e a participação da Faculdade de Medicina da UBA no mesmo, debatendo sobre a necessidade da faculdade de medicina garantir que sejam formados profissionais preparados para trabalhar com a Atenção Primária em Saúde.

Sobre o referido programa – segundo as informações levantadas nas entrevistas –, em ambos os países está sendo utilizado um empréstimo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para o PROAPS, de hierarquização da atenção primária na saúde.

O Ministério da Saúde argentino (através da Subsecretaria de Atenção Primária com o BID), lançou o Programa (PROAPS) a ser desenvolvido em cinco anos, com o empréstimo de 120 milhões de pesos. Através do programa se planeja construir novos centros de saúde equipados e equipamento dos consultórios dos médicos de cabeceira. A idéia do ministério de saúde é de apoiar economicamente as faculdades de medicina para ampliar e melhorar os currículos e orientá-los para a formação de médicos de primeiro nível de atenção.

Esse é um exemplo que permite vislumbrar a articulação entre as mudanças curriculares e as políticas sanitárias promovidas pelos organismos de financiamento internacional.

Em nossa opinião as recomendações das agências internacionais de financiamento (Banco Mundial, BID, FMI, etc.) vêm influenciando a construção das políticas educacionais do Mercosul. E esse tema também vem sendo debatido na literatura contemporânea na área das reformas educacionais.

Para Roberto Leher (2001) a participação do Banco Mundial não se limita à mera assessoria técnica, como os empréstimos fazem supor, visto que esta instituição, assim como o FMI, atua por meio de condicionalidades. “A recusa de uma política por determinado país pode levar o banco a não lhe conceder o seu aval, deixando-o à margem do mercado internacional de capitais (...) o que faz os governos com legitimidade corroída acatarem o fundamental de suas condições” (Leher, 2001: 185)<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup>“O *modus operandi* do Estado brasileiro configura um determinado modelo de privatização, guardando forte similaridade com as políticas do Banco Mundial para a educação latino-americana e, particularmente, para suas universidades. Em essência, o banco determina que o modelo europeu de universidade – estatal, autônoma, pública, gratuita e baseada no princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão – não é compatível com a América Latina” (Leher, 2001: 155)

Ao centrarmos nossa atenção na influência do Mercosul nas reformulações, percebemos que o ponto mais forte de influência do Mercosul Educativo<sup>13</sup>, além de gerar maior interesse de ambos os países em conhecer a formação médica de seus ‘vizinhos’, foi a discussão e elaboração das diretrizes curriculares.

Apesar dos representantes brasileiros nos grupos de trabalho do Mercosul Educativo terem apresentado as diretrizes elaboradas para criar uma padronização dos cursos brasileiros em 1999, a criação das diretrizes comuns para o Mercosul foram apresentadas mais recentemente. O ponto importante a ser considerando, é que, no Brasil, o Ministério de Educação e Cultura já controlava anteriormente expedição dos diplomas e essa medida não gerou impacto no currículo da UFF. No Brasil, para que uma escola médica seja habilitada, o Conselho Nacional de Educação (CNE) deve autorizar, obedecendo a um currículo mínimo (agora substituído pelas diretrizes curriculares).

Talvez a necessidade de haver sempre o controle e centralização das autorizações esteja relacionada com o grande número de faculdades particulares no Brasil, expansão muito anterior à da Argentina.

Porém, na Argentina, a expedição de diplomas é responsabilidade da universidade, autonomia conquistada na Reforma de 1918. Nesse caso a imposição de diretrizes curriculares externas gera um impacto significativo. Principalmente no que choca com a autonomia universitária.

Outros pontos da comparação, no campo da autonomia universitária merecem ser comentados e o faremos a seguir.

### **Autonomia universitária e avaliação institucional**

Na Argentina, até a Lei de Educação Superior de 1995, não havia nenhum órgão controlador nem avaliador das universidades. Só a partir de então, com a criação da Comissão Nacional de Avaliação Credenciamento Universitário<sup>14</sup> (CONEAU), em 1996, se iniciou um processo de estabelecimento de um sistema de avaliação e credenciamento das universidades.

---

<sup>13</sup> Apesar do seu caráter essencialmente comercial, o Mercosul conta com um setor educativo em funcionamento. Um mês depois da assinatura do Tratado de Assunção, realizou-se, em Buenos Aires um encontro de técnicos, responsáveis e Ministros de Educação do Cone Sul para discutir a conveniência de incorporar ao processo de integração econômica iniciado entre os quatro países, a dimensão educativa. A partir desse momento, realizaram-se várias reuniões e, em 13 de dezembro de 1991, os Ministros de Educação da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai assinaram um Protocolo de Intenções que incluiu as áreas de: “formação da consciência cidadã favorável ao processo de integração; capacitação de recursos humanos para contribuir para o desenvolvimento; harmonização dos sistemas educativos” (Piñon, 1997:187).

<sup>14</sup> Essa comissão tem mandato legal para realizar avaliações externas, credenciar cursos de graduação e pós-graduação, avaliar projetos institucionais para a criação de novas instituições universitárias nacionais ou

Da mesma forma não existia um currículo mínimo ou parâmetros curriculares a serem seguidos pelas novas escolas de medicina. Em geral as escolas seguiram o modelo da Universidade de Buenos Aires, mas com autonomia e liberdade para suas próprias adaptações ou inovações.

Na década de 90, com a abertura dos cursos de medicina nas faculdades particulares, passa a existir uma preocupação com algum nível de controle e regulamentação. E a partir desta época começam a ser implementados os projetos para os programas de avaliação e, fundamentalmente, o trabalho da CONEAU.

As discussões do Mercosul Educativo impulsionaram a necessidade de se estabelecer as diretrizes curriculares e dos *standards* para os cursos de medicina. Como foi considerado um curso de risco, em 1998 o curso de medicina foi o primeiro a ter *standards* estabelecidos para o credenciamento (as outras carreiras de risco são engenharia e agronomia)<sup>15</sup>.

As faculdades de medicina públicas e privadas, com exceção da UBA, se reuniram (1999) e levaram o pedido à CONEAU de adaptação dos *standards* dos EUA às necessidades locais. A CONEAU os adaptou e devolveu em forma de Guia de Auto-Avaliação dos cursos de medicina. Estabeleceram uma convocatória obrigatória que foi acatada pela totalidade das faculdades de medicina argentinas, com exceção da UBA. Dos 184 indicadores dos *standards* dos EUA, se transformaram em 126 argentinos (“Guía de Autoevaluación de Carreras de Medicina. Convocatoria Obligatoria. Año 2000-2001”).

No Brasil a universidade não tem autonomia para expedir os diplomas. Ou melhor, expede o diploma mas a carteira profissional depende do MEC. Depois do MEC é a corporação quem legitima e dá a permissão para exercer a medicina, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Federal de Medicina (CFM), etc.

A cultura avaliativa, de certa forma instalada no Brasil previamente, também facilitou a implementação do programa de avaliação do MEC.

No Brasil, desde a década de 1960, se começava a discutir a avaliação institucional. Foi a partir da Reforma Universitária de 68, implantada durante a ditadura militar, que se constituiu o sistema departamental e o novo padrão de carreira universitária, com o fim das cátedras. Houve a expansão do sistema de pós-graduação e outras mudanças trazidas pela implantação do modelo norte-americano de universidade. Esse modelo substituiu os modelos

---

provinciais, e avaliar o desenvolvimento dos projetos para o posterior reconhecimento de instituições universitárias particulares de parte do Ministério de Cultura e Educação (Mollis, 2001).

<sup>15</sup> Em 1998, a Associação de Faculdades de Ciências Médicas da República Argentina (AFACIMERA) editou o documento “Carreras de riesgo: el caso de la medicina. Metodología, procesos y productos la formulación de los patrones y estándares previstos por la ley de Educación Superior”.

clássicos alemão e francês – que exerceram forte influência nas universidades brasileiras até a década de 60 – dando lugar à busca da racionalização das universidades, sobretudo as públicas, que serão reatualizadas com mais força nas décadas de 80 e 90 (Paula, 2001). A Reforma Universitária, no contexto dos acordos MEC/USAID, trouxe embutidas as idéias avaliadoras e abriram caminho para um sistema universitário que incluía a avaliação e o credenciamento como parte inerente<sup>16</sup>.

Foi a partir do relatório da Comissão Nacional para a Reformulação da Educação Superior, em 1985, que o trinômio autonomia-avaliação-financiamento despontará nas novas políticas e propostas para a universidade brasileira. As propostas apresentadas no relatório reatualizam várias medidas contidas na legislação referente à Reforma de 68.

Na atualidade, a defesa da autonomia universitária pelo governo brasileiro tem inspiração neoliberal. Segundo Leher (2001: 154), “para introduzir sua política, de autonomia, o governo teve de operar uma contradição: negar a autonomia universitária constitucionalmente estabelecida (art.207) por meio de sua resignificação: “autonomia diante do Estado para agir livremente no mercado”. E, para reforçar essa declaração, o autor cita o provão (Exame Nacional de Cursos) e as diretrizes curriculares, entre outros, como estratégias que limitam a competência da universidade para definir o conhecimento a ser transmitido, a forma de transmissão e os temas a serem pesquisados.

No caso das universidades argentinas, as discussões a respeito da avaliação institucional começaram a desenvolver-se, fundamentalmente, a partir da década de 90, com a promulgação da Lei de Educação Superior em 1995. A Lei e decretos de lei passaram a criar órgãos responsáveis pela avaliação e credenciamento do ensino superior.

A Lei foi promulgada em meio a inúmeros debates e manifestações contrárias a mesma. A autonomia é um princípio fundamental na comunidade acadêmica argentina, promulgada na Reforma Universitária de Córdoba de 1918. Para os defensores da autonomia universitária, a avaliação, como foi desenhada na nova Lei de 1995 – de forma autoritária – é vista como uma intromissão indevida do Estado. A montagem do sistema de avaliação

---

<sup>16</sup> A primeira experiência se instaurou através da avaliação das pós-graduações, na qual a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), teve papel fundamental. Em 1979, a CAPES realizou sua primeira avaliação institucional “por pares”. Na segunda metade da década de 80 e toda a década de 90, o Ministério de Educação e Cultura (MEC), passou a criar departamentos e órgãos com funções de avaliação e controle do ensino superior. Como exemplo podemos citar os seguintes órgãos: Comissão Nacional de Reformulação da Educação Superior, em 1985, o Grupo Executivo de Reformulação da Educação Superior (GERES), em 1986, a Comissão Nacional de Avaliação, o Programa de Avaliação das Universidades Brasileiras (PAIUB), em 1992, e o Exame Nacional de Cursos, em 1996 (Cunha, 1998).

comum às universidades públicas e privadas, e que estimula o estabelecimento de critérios de eficiência e competitividade, é rejeitado pela maioria das universidades nacionais<sup>17</sup>.

O Exame Nacional de Cursos, ‘Provão’<sup>18</sup>, que no Brasil vem sendo aplicado, desde 1996, gradualmente a todos os cursos e continua sofrendo boicotes por parte do movimento estudantil<sup>19</sup>, segundo os entrevistados, terá impacto nos conteúdos curriculares na medida que futuramente pode se prever uma necessidade de adaptação dos currículos de medicina às necessidades da prova. Como aconteceu com o vestibular, quando o segundo grau aos poucos foi se transformando em um nível preparatório, apenas voltado para a prova e não para os objetivos iniciais do segundo grau<sup>20</sup>.

O Ministério de Educação argentino ainda não implementou um exame equivalente, embora tenha sido iniciada sua discussão com a possibilidade de que seja implementado futuramente. Essa não será a primeira vez em que os dois países se inspiram um no outro para implementar sistemas de avaliação. Um exemplo anteriormente citado é o das diretrizes curriculares.

Dentro de tantas variáveis descritas que vêm influenciando, de uma ou outra forma, as reformulações curriculares estudadas, nos interessou perguntar qual o lugar e participação da

---

<sup>17</sup> Os órgãos criados pelo Ministério de Educação a partir da Lei são os seguintes: Conselho Nacional de Educação Superior (CNES), em 1993; Secretaria de Políticas Universitárias (SPU), em 1993; Comissão de Credenciamento Universitário (CAP), em 1994; Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário (CONEAU), em 1996. Cada comissão de avaliação externa deverá ser constituída por pares, nomeados pela CONEAU ou por entidades que a substituam, como a das universidades privadas. Na área específica da medicina, ainda foi criado um órgão com funções de avaliação e credenciamento específicos na área do ensino médico: Associação Argentina de Escolas de Ciências Médicas da República Argentina (AFACIMERA).

<sup>18</sup> “... o grande trunfo mediático do MEC é o “provão” que se tornou muito mais um instrumento de classificação do que da melhoria do ensino de graduação e será, a médio prazo, um instrumento de legitimação financeira do MEC para qualificar o setor privado” (Trindade, 2001).

<sup>19</sup> Desde sua implementação em 1996, o provão vem sendo contestado pelo movimento estudantil. Antes disso, algumas entidades vinham discutindo a necessidade de se avaliar a qualidade da formação oferecida pelos cursos universitários, de forma a contribuir para a melhoria do ensino superior. É importante ressaltar que antes da criação do provão já existiam projetos de avaliação muito mais completos como o Programa de Avaliação Institucional da Universidade Brasileira (PAIUB) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que foram completamente ignorados pelo MEC. Há inclusive uma página na internet, criada pelo movimento estudantil, convocando a um plebiscito para avaliar o provão ([www.plebiscitoprovaio.hpg.ig.com.br](http://www.plebiscitoprovaio.hpg.ig.com.br))

<sup>20</sup> Em um documento produzido pela DENEM (Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina) em 27/02/2002, o Exame Nacional de Cursos (ENC – Provão) é criticado: “... o tipo de avaliação proposto pelo MEC, o qual na verdade não consegue fazer um diagnóstico consistente da realidade das escolas e muito menos apontar caminhos de como as escolas devem melhorar. Ao contrário, o tipo de incentivo para melhoria que essas avaliações propiciam é o objetivo do corte de verbas para o conjunto geral de instituições de ensino e uma verdadeira desqualificação do ensino, no momento em que as escolas se vêem tentadas a criar cursinhos pré-provão para melhorar seu desempenho. A preocupação com a coerência entre meios e fins fica prejudicada no momento em que nos perguntamos: como justificar e legitimar um processo (ENC) que module tão negativamente os métodos e finalidades do estudo nos últimos e mais nobres períodos de formação? Ou seja, no momento em que se deveria ter maior dedicação ao exercício de autonomia no aprendizado prático a atenção acaba se voltando para a resolução de um teste limitado à avaliação cognitiva”.

questão pedagógica nas reformulações. Nos dois casos se observou especificidades que descreveremos no próximo item.

### **Acompanhamento pedagógico das reformulações**

Quanto às questões pedagógicas, no caso da reformulação curricular da UFF, não houve um acompanhamento pedagógico permanente. Apesar de realizada uma assessoria pedagógica, no final do processo, a mesma se desenvolveu sem nenhum vínculo oficial com a universidade nem remuneração e não foi instalada uma instância de avaliação pedagógica na implementação do currículo nem em sua continuidade<sup>21</sup>. Durante a primeira parte do processo também se contou com a assessoria de uma pedagoga de maneira extra oficial (não era um profissional contratado nem integrante do corpo docente da UFF).

Por outro lado, as sucessivas reformulações curriculares da UBA têm sido assessoradas e até coordenadas por equipes de pedagogas. Há uma equipe pedagógica no quadro permanente de professores da Faculdade de Medicina da UBA. Sua função, na Secretaria de Educação Médica, é organizar e oferecer cursos de formação pedagógica para os professores da Faculdade de Medicina da UBA. E, nas reformulações curriculares, os processos vêm sendo acompanhados permanentemente por equipes pedagógicas<sup>22</sup>.

O caso da reformulação curricular da medicina da UBA tem essa particular característica. Apesar de contextualizado, o processo decisório político institucional inclui a perspectiva pedagógica e, em alguns momentos, até reforçou o nexo da reformulação com os princípios da Lei de Educação Superior e preocupação em realizar a avaliação proposta pela CONEAU (em concordância com princípios da A.FA.CI.ME.R.A). Nas entrevistas que realizamos pudemos concluir que o suporte pedagógico esteve também vinculado ao momento político e econômico, além dos aspectos técnicos pedagógicos.

Na literatura das reformas curriculares, em geral, são citados os aspectos pedagógicos técnicos e metodológicos como centrais para que efetivamente seja reformulado o currículo e modificado o ensino além do conteúdo (a faculdade de medicina da universidade canadense de Mac Master, freqüentemente citada nos processos de reformulação da UBA, é um exemplo de reformulação com utilização da metodologia de aprendizado baseado em problemas).

---

<sup>21</sup> Na época da elaboração do documento de reformulação curricular foi prevista a formação de uma equipe de avaliação pedagógica permanente do processo de implementação do currículo e que, posteriormente, se transformaria em apoio permanente, porém não se formou tal equipe.

<sup>22</sup> O processo atual de reformulação curricular criou um novo setor: a Secretaria de Planejamento Educativo. A responsável pelo setor é a pedagoga que coordena o processo de reformulação curricular conjuntamente com o secretário acadêmico da faculdade de medicina.

Porém, como produto de nossa pesquisa, chegamos à conclusão que a motivação política e econômica, no caso argentino, esteve muito presente o que faz do mesmo um caso particularmente atrativo.

E no que consiste a particularidade do caso argentino? Consiste em que, nos vários momentos de reformulação, desde a volta à democracia, é lançado mão de todo um aparato técnico pedagógico brutal mas, em última instância, com a mudança do decano (e mudança na linha política) muda tudo e o trabalho realizado até então volta à estaca zero. Ou seja, por mais que haja um aparato técnico pedagógico a racionalidade é outra. E ela tem origens na história da Universidade de Buenos Aires e na faculdade de medicina ao mesmo tempo em que está fortemente afetada pelo movimento internacional de mundialização da economia.

Uma das discussões internas da universidade que afeta amplamente às reformulações curriculares é a do sistema de ingresso na universidade. E como o tema gerou e gera discussões nas reformulações curriculares da Faculdade de Medicina da UBA, passaremos, a seguir, detalha-lo um pouco em seus reflexos nas duas faculdades em estudo.

### **Sistema de ingresso universitário**

O sistema de ingresso nas universidades é um ponto com grandes diferenças entre as universidades públicas dos dois países e que influencia os processos de reformulação curricular. Na UFF os alunos são selecionados através do exame vestibular, realizado pelos estudantes que terminam o segundo grau. Na UBA o ingresso dos alunos é irrestrito, ou seja, ao terminar o nível secundário de estudos os alunos automaticamente podem se inscrever para iniciar o CBC (Ciclo Básico Comum)<sup>23</sup>.

Em consequência do grande número de alunos que se inscrevem por ano para cursar o Ciclo Básico Comum na faculdade de medicina (assim como em outras faculdades da UBA) o debate sobre as implicações da chamada “massificação”<sup>24</sup> do ensino superior tem sido constante na faculdade e é um tema considerado como central. Nota-se, neste sentido, a falta de discussão sobre a questão inserida no tema do financiamento universitário.

Ao afirmar a necessidade de se determinar um número de vagas por ano para a entrada de alunos na faculdade, o decano anterior (até 2000) ganhou impopularidade. Esse fato tem

---

<sup>23</sup> No caso da Universidade de Buenos Aires, ainda que o ingresso ao CBC seja irrestrito e considerado como primeiro ano de estudos universitários, o CBC funciona, realmente, como um curso introdutório e de seleção. Entre 1995 e 1997, por exemplo, segundo informação da reitoria da UBA, uma média anual de 17.400 se perderam no caminho que vai do CBC até as faculdades (Mignone, 1998).

<sup>24</sup> A massificação do ensino superior se traduz no rápido crescimento da matrícula no ensino superior. Para mais detalhes ler Héglio Trindade (2001).

como raízes a própria cultura reformista (Reforma de Córdoba de 1918, na qual um dos princípios fundamentais foi a democratização do ensino universitário) e a posterior experiência da ditadura militar que estabeleceu o ingresso restrito de alunos por ano. Portanto, ainda que venha sendo debatida a idéia da dificuldade de organização do ensino para um número tão grande de alunos na faculdade de medicina – principalmente no período de escassez de recursos determinado fundamentalmente pela política neoliberal em vigência<sup>25</sup> – defender ou atacar tal postura pode significar uma ruptura política importante.

No caso da mudança de decano da faculdade de medicina, no final do ano 2000, parte do conflito gerado que resultou na sua saída do cargo, foi vista pela maioria dos entrevistados, como consequência do projeto de reformulação haver proposto a entrada de, no máximo, 1400 alunos para o segundo ano do curso de medicina.

Os conflitos existentes na gestão que foi substituída foram decorrentes de fatores ligados à reformulação curricular bem como a outras de origem na política universitária da faculdade de medicina e sua inserção na UBA. Não foi tão forte, embora existisse, a pressão de setores da faculdade que discordassem da proposta do perfil de médico que seria formado e da metodologia de ensino proposta (ensino baseado em problemas). A conexão entre o acadêmico e o político é uma particularidade da faculdade argentina.

Na reformulação da UFF, por outro lado, grande parte das disputas entre os departamentos e sua discordância no processo de reformulação curricular – assim como um boicote na implementação do mesmo – esteve conectada com a discordância entre os departamentos nos objetivos da formação do médico estabelecidas no novo currículo. A formação de um médico mais inserido no meio social e preparado, também, para a solução dos problemas de saúde pública despertou questionamentos e debate dentro da Faculdade de Medicina da UFF.

Passaremos, no próximo item, a detalhar um pouco mais tal ponto.

---

<sup>25</sup> Na América Latina, as políticas neoliberais implementadas a partir da década de oitenta seguindo os lineamentos do “Consenso de Washington”, foram os veículos da “mercantilização” da esfera pública. Esse processo se deu tanto através da asfixia e diminuição do orçamento (consequência dos planos de ajuste promovidos pelos organismos de financiamento internacionais e implementados pelos governos da região) como da privatização de serviços públicos, cujo exemplo mais ilustrativo da década de noventa foi a Argentina. Esta transferência progressiva de serviços públicos para a esfera privada, como a educação e a saúde, resultou em um crescimento do setor privado que, no caso da educação, tenta apropriar-se de maneira crescente da “rentabilidade educativa” tradicionalmente “retida” na esfera pública.

### **Objetivos da formação médica/papel social do médico**

Ao que parece, a comparação entre os dois processos de reformulação curricular demonstra, no caso brasileiro que o currículo foi reformulado baseado nas necessidades locais e em uma perspectiva de atender às demandas de saúde pública e integrado com o sistema público de saúde. No caso argentino, percebe-se uma tendência que responde a diferentes interesses. Tanto interesses políticos internos da faculdade de medicina, quanto das necessidades expressadas pelos professores e seus departamentos, com objetivos de modernização da formação médica e preocupação com a qualidade do profissional formado. Algumas falas de professores durante as reuniões de reformulação curricular da UBA ilustram nossa afirmação:

“Não vai haver mudança no currículo, até que a faculdade defina que médico deseja formar, que tipo de profissional quer”. “A reformulação não deve ser mudar disciplinas mas mudar a mentalidade dos professores”. “Esta faculdade tem uma história de que os alunos não se formam para atender às necessidades de saúde da população. E teriam que ser formados para o 1º nível de resolução”. “Somos profissionais mas somos cidadãos. Quando se melhorarem as condições sociais se melhorará a saúde...” (Entrevistas realizadas entre os anos de 2000 e 2001).

Não há dúvida de que a Saúde Pública está em crise na Argentina mas, apesar das declarações transcritas, durante as discussões nas reuniões de reformulação curricular não foi possível transformar a preocupação e vincular a formação médica com a resolução dos problemas de saúde pública do país. Sempre as discussões derivam na impossibilidade de resolução dos problemas já que são vistos como meramente financeiros.

Nos relatos durante as entrevistas apareceu diversas vezes que, nas várias tentativas de reformulação curricular da medicina da UBA, não houve preocupação com as questões acadêmicas mas, em seu lugar, com as de cunho político (política universitária que, por sua vez, está vinculada com disputas partidárias) e de orçamento.

Outro ponto interessante a ser observado é o fato de que, no caso da UFF, a reformulação curricular foi liderada pelo Departamento de Saúde da Comunidade (atual Instituto de Saúde da Comunidade) o que indica uma tendência clara de desenvolvimento da área de Saúde Pública e concentração de esforços para considerar uma área central no currículo.

Na reformulação da UBA o departamento de Saúde Pública não tem tido nenhum papel central nem de destaque. E consideramos que este fato demonstra que, na disputa de poder dentro da faculdade, o departamento de Saúde Pública não aparece com especial realce

e força. O departamento de pediatria, por outro lado, se destaca mais quanto a representação nas reuniões de reformulação curricular e participação no processo.

### **Reflexões que surgem da comparação**

A comparação entre as duas reformulações curriculares almejou enriquecer os resultados da pesquisa. Esse foi um dos principais motivos da opção pelo estudo comparado.

No contexto da mundialização e de tendência à homogeneização dos países continua sendo necessária e útil a percepção das particularidades de cada país e compreensão da origem de suas diferenças e semelhanças.

Além da perspectiva de intercâmbio de profissionais médicos entres os dois países, através dos protocolos assinados no marco do Mercosul, foi necessário comparar para entender o impacto das agendas globais dos países centrais, impondo um modelo para os países periféricos. E quanto há de agenda internacional em ambas reformas, quanto de Mercosul e de particular e específico na dinâmica da Argentina e do Brasil? Quanto há de cultura própria institucional? Quão eficientes foram os processos internos de reformulação?

Mesmo que a autonomia universitária, no caso argentino, seja historicamente consolidada como relatamos antes, das duas reformulações curriculares analisadas o modelo argentino é o que se demonstra mais dependente e influenciado pela macro economia.

Apesar da diferença constatada entre as duas reformulações curriculares, atualmente ambos os países estão recebendo recursos do BID para a implementação de programas ligados à Atenção Primária de Saúde. Tal fato reforça o que afirmamos no início do artigo, de que a percepção dos órgãos financiadores internacionais com relação aos dois países obedece à mesma lógica. A formação médica em ambos os países, além de tendências concomitantes (Programa de Saúde da Família, Médicos de Família, etc.) está valorizando os programas de Atenção Primária. O que significa isso? Por que países como Brasil e Argentina continuam tendo deficiência nessa área?

Por um lado a resposta, partindo da formação médica, nos remete a discussão do perfil do médico e da forma como vem se adaptando ou influenciando pelas pressões de um mercado cada vez mais especializado e voltado para a medicina privada com toda a tecnologia lucrativa que está em seu bojo (um aprofundamento da discussão do modelo biológico pode ser visto em Koifman, 2001).

Por outro, relacionamos os princípios do programa financiado pelo BID com as recomendações da Conferência de Alma-Ata (1978), em relação à implantação de uma rede

de atenção primária à saúde. Tal rede, além de democratizar os serviços de saúde deveria baixar os custos da área de saúde nos países da América Latina.

Para Silva Júnior (1998) a Organização Mundial de Saúde, então, passa a ser a maior difusora da filosofia de Atenção primária em Saúde e o Banco Mundial o principal financiador dessas políticas de saúde. Ao que parece, as recomendações que influenciaram as reformulações curriculares na década de 80, incluindo os dois casos analisados, ainda estão em vigor. E a crítica que tem sido feita a esse tipo de políticas de saúde é que, embora os discursos oficiais falem de universalização do acesso, na prática é mantida a dualidade do sistema, oferecendo os cuidados primários para os segmentos menos favorecidos da população e a medicina de ponta para os mais favorecidos.

Com a crise econômica mundial, aumentaram as críticas neoliberais às possibilidades de se manter as propostas universalizantes de prestação de serviços. Em seu lugar são lançadas propostas de modernização e racionalização do papel do Estado. E, nesse contexto, várias propostas de atenção seletiva são formuladas e estimuladas pelos organismos financeiros internacionais como o BID, Banco Mundial, etc.

Até que ponto tal discurso parece renovar-se permanentemente?

Durante a análise dos processos de reformulação curricular, por diversas vezes, nos questionamos quanto aos objetivos de ambos os currículos e de suas lideranças. Parece-nos evidente que o financiamento de projetos e linhas de pesquisa determina prioridades e objetivos. Na atual crise de financiamento público, influenciada pelas políticas de ajuste em ambos os países, é preciso perguntar-se sobre as conseqüências que acarretam as possibilidades de diversificação de fontes de financiamento que parecem condenar às universidades públicas a uma dependência crescente do financiamento internacional ou do setor privado (laboratórios, etc.).

Qual o espaço para a reivindicação de recursos públicos para as universidades públicas? A Universidade de Buenos Aires, por exemplo, hoje tem em seu quadro docente cerca de 30% de professores *ad honorem*, ou seja, que trabalham sem receber salários. Esse será o ideal de financiamento, baseado em trabalho voluntário?

A partir deste trabalho desejamos ratificar a luta em defesa da universidade pública e gratuita e a necessidade de aumento do investimento público para as universidades públicas. São vários os motivos e vários os casos de países, em que as universidades públicas, passando a ser financiadas por grupos de empresários ou empresas privadas, mudaram seus objetivos acadêmicos “adaptando-se” às necessidades de tais financiadores.

“A “desinversão” universitária forma parte do mandato globalizador pelo qual se deixa a produção do conhecimento inovador nas mãos dos países altamente industrializados, ou seja, o desenvolvimento da pesquisa às universidades e empresas do norte. Na distribuição das funções mundiais do conhecimento, às nossas universidades corresponde o papel de treinadoras de recursos humanos desde que sejam “recursos” e não os currículos humanistas” (Mollis, 2001: 18).

Nosso trabalho tem a preocupação com o compromisso da universidade pública, na área da formação médica, estar voltada para a preocupação com a necessidade de saúde da população. Tanto de atenção primária (e portanto primeira) de saúde quanto ao acesso aos recursos tecnológicos mais modernos. E os médicos devem ser formados para lidar com ambas as necessidades.

E, finalmente, podemos indagar:

Como no caso da Faculdade de Medicina da UBA o projeto de reformulação curricular atual ainda está em desenvolvimento nos perguntamos se esta implementação melhorará ou não a formação dos médicos. Se não for retomada a função social do médico, conectado com o sistema público de saúde, preparando os profissionais para trabalhar nesse sistema, o que acontecerá com a formação dos médicos? Quais mudanças sofrerá o sistema público de saúde a partir do teórico desenvolvimento de programas na área de atenção primária<sup>26</sup>?

A Faculdade de Medicina da UBA foi, até agora, a única que resistiu a entrar no programa de avaliação do Ministério de Educação argentino (através da CONEAU). Que implicações sofrerá a reformulação curricular quando o currículo for avaliado?

No caso da UFF, qual será o impacto do Provão? Haverá mudanças no currículo tendendo a uma adaptação aos requisitos do exame?

Até que ponto a liderança do novo currículo continuará sendo do Instituto de Saúde Comunitária ou envolverá outros departamentos?

Estas perguntas poderão ser respondidas à luz da evolução dos currículos de medicina das faculdades estudadas, nos próximos anos.

---

<sup>26</sup> A partir do que foi relatado em duas das reuniões de reformulação curricular e na Conferência de Educação médica (2001), na Argentina será implementada uma reforma de saúde direcionada para a área de Atenção Primária em Saúde.

### Referências Bibliográficas

AROUCA, A. S.. 1988. Reforma sanitária brasileira, *Tema/Radis*, 11:2-4.

CONEAU, 2000. Guía de Autoevaluación de carreras de Medicina. Convocatoria Obligatoria. Año 2000-2001. mimeo.

CORDEIRO, H., 1991. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Ayuri/ABRASCO.

CUNHA, L. A., 1998. Critérios de avaliação e credenciamento do ensino superior: Brasil e Argentina. In: *O ensino superior e o Mercosul* (J. Velloso, org.), pp. 17-51, Rio de Janeiro: Garamond.

DENEM (Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina), 2002. *Material de Análise para as CLs sobre o que foi produzido após o COBREM em relação ao Movimento de Transformação das Escolas Médicas*. Mimeo.

GENTILI, P., 1998. *A falsificação do consenso: simulacro e imposição na reforma educacional do neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Vozes.

GOMEZ, J.M., 1997. Globalização da política. Mitos, realidades e dilemas. *Praia Vermelha. Estudos de Política e Teoria Social*. 1: 5-25.

KOIFMAN, L., 2001. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, VIII (1): 48-70.

KOIFMAN, L., 2002. O processo de reformulação curricular da Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires (*mimeo*).

LEHER, R. Projetos e modelos de autonomia e privatização das universidades públicas. In: *Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili, org.), pp. 151-188, São Paulo: Cortez/Clacso.

MARGINSON, S. & MOLLIS, M., 2001. The door opens and the tiger leaps: theories and reflexivities of comparative education for a global millenium: *Comparative Education Review (CER)*, 45 (4): 581-615.

MIGNONE, E. F., 1998. *Politica y Universidad. El Estado Legislador*. Buenos Aires:Lugar Editorial/IDEAS.

MOLLIS, M., 2001. *La Universidad Argentina en Tránsito*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

MOLLIS, M., 1999. Las políticas de reforma universitária: la lógica global y la respuesta local – el caso de la Argentina: *Interface*, 5:75-94.

PAIM, J. S., 1997. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: *Saúde e Democracia - A Luta do CEBES* (S. Fleury, org.), pp.11- 24, São Paulo: Lemos Editora.

PAULA, M.F.C, 2001. A inserção da universidade na lógica racionalizadora do capital: casos USP e UFRJ. In: *Universidade e sociedade no Brasil: oposição propositiva ao neoliberalismo na educação superior* (W.C. da Silva, org.), pp.15-56, Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Quartet.

PIÑON, F.J., 1997. Educación y procesos de integración: el caso del Mercosur. In: *Mercosur: La Dimensión Cultural de la integración* (G. Recondo, org.), pp. 181-190, Buenos Aires: Ed. Ciccus.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Constituição, 5 de outubro de 1988, artigo 198.

SAIPA, G. 2001. *Comunicação pessoal*. Niterói: UFF.

SGUISSARDI, V., 1998. Políticas de Estado e políticas de educação superior no Brasil: Alguns sinais marcantes de dependência. In: *Mercosul/Mercosur. Políticas e ações universitárias* (M. C. Morisini, org.), pp.205-233, Campinas-S.P.: Autores Associados; Porto Alegre-RS: Editora da Universidade.

SILVA JÚNIOR, A.G., 1998. *Modelos tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.

TRINDADE, H., 2001. As metáforas da crise: da “universidade em ruínas” às “universidades na penumbra” na América Latina. In: *Universidades na Penumbra: neoliberalismo e reestruturação universitária* (P. Gentili ,org.), pp. 13-43, São Paulo: Cortez/Clacso.

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE, 1992. *Proposta de Currículo Pleno*. Niterói, Faculdade de Medicina/ Centro de Ciências da Saúde/UFF.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tese em forma de artigos, a conclusão final, além de cumprir a função de concluir o trabalho e indicar as possibilidades de seguimento e desdobramento da pesquisa, também tem a função de ratificar a conexão entre os três artigos apresentados. Nos propomos, então, a levantar pontos que consideramos importantes – tenham aparecido nos artigos ou não –, apresentar os eixos/nexos de ligação entre os artigos e, por último, as questões que permanecem abertas e que poderão fazer parte de novas pesquisas e estudos.

Os leitores possivelmente perceberão que o primeiro artigo foi escrito, prioritariamente, com o referencial teórico da área de história e filosofia das ciências e os outros dois com referencial mais conectado com a área de ciências sociais e educação (política educacional, economia da educação). Isso se deve aos diferentes momentos em que foram escritos e as motivações com as quais contou cada momento. O que os três tiveram em comum foi a utilização do material empírico, levantado no decorrer das participações nas reuniões, entrevistas e observações participativas nas reformulações curriculares das faculdades de medicina.

O primeiro artigo, “O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense”, foi o resultado da participação e observação da reformulação curricular da UFF que foi sendo reescrito, adaptado e atualizado na primeira metade do curso de doutorado. O segundo, “A reformulação curricular do curso de medicina da universidade de Buenos Aires” assim como o terceiro, “O processo de reformulação curricular do curso de medicina no Brasil e Argentina: uma abordagem comparativa”, foram escritos na segunda metade do doutorado, a partir do período de estágio realizado na Argentina (com bolsa sanduíche PDEE da CAPES).

A idéia de comparar os dois processos nos dois países partiu da premissa de que no Mercosul se desenvolveria a discussão da homogeneização dos cursos de medicina e compará-los aportaria elementos úteis para a análise de cada experiência e das duas de forma comparada.

A partir da inclusão do ponto de vista comparativo, através da co-orientação da Professora Marcela Mollis, começamos a descobrir uma nova área do conhecimento que

utilizamos como metodologia (como apresentamos na introdução desta tese) e como forma de aproximação teórica: a educação superior comparada.

Ao entrar em contato com a universidade argentina, a percepção da dimensão político-institucional das transformações curriculares passou a se impor e levou à transformação do referencial teórico. A realidade cotidiana da Universidade de Buenos Aires e nossa convivência com a mesma, nos obrigou a compreender o campo da política institucional que, através do contexto, demonstrou algumas particularidades dos dois casos estudados e analisados.

Aos poucos, em contato com o campo de pesquisa, foi ficando cada vez mais clara a necessidade de conhecer a história da universidade argentina, no qual os processos de reformulação curricular se desenvolveram, e as particulares formas de adaptação/subordinação à lógica mercantil, que penetra nas políticas educacionais e de saúde dos governos neoliberais argentinos.

Não queremos dizer com isso que, no caso da Universidade Federal Fluminense, nossa observação tenha se dado à margem da política institucional ou que os governos brasileiros não tenham implementado políticas educacionais e de saúde subordinadas à lógica mercantil. Apenas queremos justificar a escolha das ferramentas teóricas de análise nos artigos sobre cada um dos casos, bem como deixar claro que o momento de observação (participante) nos dois campos, UFF e UBA, tiveram diferentes influências do contexto sócio-político-cultural de cada momento.

Como descrevemos nos artigos, a onda neoliberal que impera na América Latina, trouxe propostas de “modernização” e “racionalização” do papel do Estado nas políticas sociais. Tanto o Brasil como a Argentina têm sido intensamente atingidos.

O olhar comparado permite ver, a partir do contraste, especificidades de cada caso que antes eram menos evidentes e como se percebe os impactos das mudanças nos dois casos estudados.

Os dois casos têm em comum a época em que se iniciam os processos de reformulação curricular, período de transição democrática ou volta à democracia em ambos os países. Consideramos que, em termos históricos, se pode identificar um movimento regional de questionamento e de elaboração de novas propostas. Foram discutidos, desde então, temas em comum: temas relativos ao conteúdo da formação, a importância da interdisciplinaridade, necessidade de ampliar os conteúdos sobre promoção da saúde e prevenção das doenças, introdução de temas de ciências sociais no currículo, necessidade de integração básico-clínico,

importância de aprender fazendo, importância da integração das escolas médicas com os serviços de saúde, etc.

Nas discussões dos dois casos, está a questão do aumento das horas de prática no currículo, no qual os alunos possam observar ou vivenciar a realidade do cotidiano dos centros de saúde e não apenas nos hospitais. A questão da prática na formação médica ainda é um tema recorrente e as soluções têm variado no tempo. Permanece, para os dois casos, a dificuldade de formar profissionais capacitados que sejam tutores da “prática” e que nessa prática sejam introduzidos novos cenários de ensino, fugindo ao paradigma flexneriano no qual o hospital é o local privilegiado de produção de saúde e do ensino de graduação (como desenvolvido no primeiro artigo).

Os dois sistemas públicos de educação e de saúde – tanto o brasileiro como o argentino – estão em crise, reflexo da política neoliberal, que gera a conseqüente diminuição do investimento no setor público. E isso dificulta a possibilidade de capacitar profissionais interessados e com carga horária disponível para exercer tal função (e com incentivo em sua remuneração).

Esta é uma das marcas do processo de mudança do Estado, que procuramos demonstrar nos dois últimos artigos. Percebemos que as várias propostas de reformulação nos currículos estiveram vinculadas às modificações do panorama mundial.

Por isso, nos artigos a percepção da universidade como “instância cultural” foi fundamental e significou entênde-la como um conjunto de ações e contradições que recontaram uma história lida em sua transmissão de saberes, valores e representações. A análise cultural das universidades contribuiu com elementos importantes para compreender a crise atual das instituições de educação superior no Brasil e na Argentina.

No decorrer do trabalho de pesquisa identificamos dois aspectos que estiveram presentes concomitantemente nos processos de reformulação curricular:

O aspecto da racionalidade externa, no qual, nas reformulações curriculares, apareceu a dimensão político-econômica, isto é, vinculada com a política externa e interna das faculdades e como interferiram nos processos descritos.

E o outro aspecto, da racionalidade interna, que se refere aos currículos diretamente e a forma como foram questionadas as modificações nas disciplinas, sua metodologia, ou seja, o aspecto especificamente pedagógico do currículo.

Com relação a este último aspecto, destacamos a dificuldade de realização de processos realmente interdisciplinares. E nos remetemos aos conceitos de Fleck de ‘coletivos de pensamento’, abordado no primeiro artigo. Os vários departamentos ou cátedras se

conformam com seus poderes e áreas de abrangência (na UBA professores entrevistados se referiram às cátedras como “feudos”). Para que, durante as reuniões reformulação curricular, possa ser desenvolvida uma atividade interdisciplinar é necessário tempo (como demonstrou um a reformulação curricular da UBA de 1999) e ampla participação.

A partir da identificação das duas racionalidades que interagem no processo, o desafio para as reformulações é saber qual das duas lógicas predominará. No caso das reformulações curriculares da UBA, até o momento, o predomínio tem sido do aspecto vinculado com a política interna universitária e influenciado pelo contexto regional e mundial. No caso do currículo da UFF predominaram as questões internas e vinculadas ao sistema público de saúde brasileiro.

Com esse comentário queremos reforçar nossa conclusão de que os processos de reformulação curricular tem obedecido a mais de uma lógica, conciliando tendências pedagógicas e políticas.

Como abordamos no segundo artigo, já foram definidas as diretrizes curriculares para os currículos de medicina, a serem seguidas por todas as faculdades de medicina dos países membros do Mercosul. A que demanda atenderão tais diretrizes e até que ponto serão implementadas por todas as faculdades de ambos os países?

A integração universitária será guiada exclusivamente pela lógica da especialização científica ligada à especialização produtiva? Ou adotará outro rumo mais amplo? Quais são as transformações que esses processos trazem para as identidades nacionais e para a capacidade de iniciativa e controle de cada sociedade sobre sua produção educativa e cultural? O que tem sido feito para dar uniformidade internacional a critérios de credenciamento, certificados de estudos, para intensificar os intercâmbios culturais e regular as comunicações? Como têm sido definidos os parâmetros, e segundo quais interesses?

No caso da faculdade de medicina da UBA, cada processo de reformulação obedeceu uma lógica dependendo das lideranças que a impulsionassem, de uma forma geral estiveram influenciados pelas mudanças no panorama internacional, como desenvolvemos no segundo artigo.

No caso da faculdade de medicina da UFF no momento da reformulação as influências externas eram outras. Mas na atualidade sofre as mesmas pressões dos processos de avaliação que impõem uma lógica de competitividade na qual a “moeda corrente” passa ser a produção acadêmica, medida através das publicações, etc.

A avaliação e o credenciamento universitários são dois pontos fundamentais para entender as tendências mundializantes das políticas de educação superior no Brasil e na Argentina e aparecem nos contextos de reformulação curricular que descrevemos.

Um dos principais motivos da opção pelo estudo de forma comparada, descrito no último artigo, foi a perspectiva de enriquecer os resultados da pesquisa. Mas somos conscientes de que os dois casos se encontram em momentos e estágios diferentes. A UFF, com a nova proposta implementada, passa por readaptações e revisões do currículo, na perspectiva de aprimorar a meta de formação de médicos preparados para atender ao sistema público de saúde brasileiro e, ao mesmo tempo, aptos para lidar com todas as permanentes atualizações e conquistas da medicina. A UBA, ainda preparando a implementação de sua proposta de mudança no currículo está optando por uma mudança paulatina em lugar de uma reformulação geral.

Nos passos seguintes da pesquisa (e de outras pesquisas a serem desenvolvidas), seria necessário acompanhar o processo e realizar um estudo das propostas com base em seus resultados, ou seja, avaliar até que ponto os médicos formados se diferenciam dos médicos formados em outras universidades, em ambos os países.

Teremos conseguido fazer um estudo histórico comparado entre a reforma do currículo médico na UFF e na UBA, que não tenha sido somente a justaposição de informação heterogênea?

Algumas das tendências apresentam traços semelhantes, outras diferentes, mas possuem denominador comum: oferecem elementos para compreender o papel desempenhado pelas duas (faculdades de medicina) nas mudanças nas últimas décadas no panorama regional (Mercosul) e, em particular, a configuração que os currículos (processos de reformulação curricular) foram adquirindo, inseridos nos processos de reformas neoliberais dos Estados, brasileiro e argentino, e sua dependência crescente – como mostra o dramático caso da Argentina, no momento em que finalizamos nosso trabalho – dos organismos financeiros internacionais.