

O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal

The Flexner Report: for Good and for Bad

Fernando Luiz Pagliosa^I
Marco Aurélio Da Ros^{II}

PALAVRAS-CHAVE:

- Educação médica;
- Currículo;
- Educação de graduação em medicina.

KEY WORDS:

- Education, medical;
- Curriculum;
- Education, medical, undergraduate.

Recebido em: 13/09/2007

Reencaminhado em: 11/02/2008

Aprovado em: 13/02/2008

RESUMO

Às vésperas de completar cem anos de publicação, o Relatório Flexner e a figura de seu autor são, até hoje, foco de debates e polêmica. Neste artigo, discutem-se os aportes de Abraham Flexner para a educação médica a partir da publicação de seu relatório, em 1910. Apresenta-se uma breve biografia de Flexner. Os autores analisam a importância e as principais críticas e limitações do modelo flexneriano de educação médica. Partem de uma contextualização do estado da arte da educação médica à época da publicação do relatório, chegando aos tempos atuais. Discutem a construção de um modelo contemporâneo de educação médica, considerando as críticas históricas ao modelo de formação de médicos, as atuais necessidades sociais de saúde, os novos conhecimentos sobre como aprendemos e suas repercussões para o processo de ensino-aprendizagem e as diretrizes nacionais para a graduação em Medicina.

ABSTRACT

The Flexner Report, which is close to its 100 anniversary, and its author have been the center of debate and controversy until our days. This article presents a brief biography of Abraham Flexner and discusses the importance of his report for medical education. The authors analyze the relevance, the main criticisms and the limitations of his model for medical education. They start the analysis contextualizing the state of the art of the medical education at the time when the report was published and finish it, examining this kind of education in the present days. The authors also discuss the construction of a contemporaneous model taking into consideration the historical criticism of the model in which the physicians have been prepared, the present social needs of health, the new knowledge about the way we learn and its repercussions for the teaching-learning process as well as the national policy for undergraduate medical education.

^I Universidade do Planalto Catarinense, Santa Catarina, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em 1910, foi publicado o estudo *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*¹, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (*Flexner Report*) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial.

Às vésperas de completar cem anos, o relatório continua a gerar debates e polêmicas. Indubitavelmente, a figura e os aportes de Abraham Flexner são, até hoje, foco de debates apaixonados entre defensores e detratores de suas propostas – uns aclamam seu criador como o grande reformista e transformador da educação médica em todos os tempos, e outros o consideram o principal responsável pela consolidação de um modelo de formação de médicos que nunca conseguiu atender às necessidades de saúde das sociedades onde foi implantado, isto é, em praticamente todo o mundo²⁻⁵. O adjetivo “flexneriano” é aplicado, geralmente com caráter pejorativo, aos currículos que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos. Esta foi a sua proposta que se tornou mais conhecida, embora não a única. De fato, seu modelo de educação médica resistiu quase cem anos e ainda se encontra em vigência na maior parte das escolas médicas do mundo. Seu informe constitui, seguramente, a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada^{2,3}.

A verdade é que, para o bem e para o mal, é impossível discutir a educação médica, em qualquer parte do planeta, sem referir Flexner e seu relatório. Isto se deve, em grande parte, à grande capacidade de Flexner como administrador e à sua habilidade em manipular as estruturas de poder, além de saber utilizar a autopromoção de forma muito eficaz. Na verdade, Flexner não teve idéias originais sobre o ensino médico. Quando fez sua investigação e elaborou seu relatório, as modificações na educação médica nos EUA já estavam em curso. Ele a fez avançar, por certo. O mesmo acontecia em outras partes do mundo, inclusive no Brasil. As forças e idéias sobre a educação médica existentes naquele momento histórico nos EUA e na Alemanha foram habilmente utilizadas por Flexner, levando-o a se tornar “o líder autoproclamado de um movimento de reforma do ensino médico que mais tarde o tornaria publicamente reconhecido”⁶. A força de seu relatório deve-se à natureza abrangente, em termos numéricos, da sua avaliação, à ênfase sobre as bases científicas e, em grande parte, ao fato de ter sido dirigido primariamente ao grande público⁷.

Conhecer como foi construída a trajetória de vida deste personagem talvez ajude a entender melhor o desenvolvimento e os desdobramentos de suas contribuições, para o bem e para o mal, à educação médica.

BREVE BIOGRAFIA DE FLEXNER

Os dados biográficos a seguir foram tomados principalmente de Patiño² e Tomey³.

Abraham Flexner nasceu em Louisville, Kentucky, em 13 de novembro de 1866. Era o sexto de nove filhos de Moritz Flexner e de Esther Abraham. Seus pais, judeus alemães, imigraram para os EUA em 1853.

O irmão mais velho de Abraham, Simon Flexner, foi um eminente patologista da Universidade Johns Hopkins e da Universidade da Pensilvânia. Foi um dos fundadores da Fundação Rockefeller e diretor do Rockefeller Institute for Medical Research. Descobriu o bacilo de Flexner, causador da disenteria e desenvolveu um soro para o tratamento da meningite.

Em 1884, aos 17 anos, Abraham ingressou na Universidade de Johns Hopkins, onde, em junho de 1886, obteve o grau em Artes e Humanidades. Após a graduação, iniciou a carreira de educador como professor da Louisville Boy’s High School. Em 1890, fundou seu próprio colégio, Mr. Flexner’s School.

Em 1898, Flexner casou-se com Anne Crowford, uma ex-aluna, de abastada família da Geórgia, que havia sido atriz na Broadway. Teve duas filhas, sendo que uma delas, Eleanor, foi ativista social e ingressou no Partido Comunista em 1936. O casamento abriu horizontes mais amplos para Flexner, que, em 1905, fecha as portas de seu colégio com o objetivo de mudar-se para a Europa. Antes, matriculou-se na Escola de Graduados de Harvard, concluindo seus estudos de pós-graduação em 1906. Neste mesmo ano, transferiu-se com a família para a Europa, estabelecendo-se em Berlim.

Em Heidelberg, no verão de 1907, escreveu seu primeiro livro, *The American college: a criticism*, no qual critica o sistema educativo norte-americano. O livro foi publicado em 1908, quando de sua volta aos EUA, e resultou em um convite do presidente da Carnegie Foundation, Henry S. Pritchett, para realizar um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Flexner visitou as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante seis meses. Com base nas avaliações que fez, publicou seu famoso relatório.

Em 1910, após a publicação de seu relatório, Flexner volta à Europa com a finalidade específica de estudar a educação médica. Estudou, em particular, a educação médica da Inglaterra, da França e da Alemanha. Periodicamente, publicava boletins da Fundação Carnegie com a análise de suas observações. Em 1912, produziu um estudo sobre a educação médica

na Europa: *Medical education in Europe. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Em 1925, elaborou um estudo comparativo entre a educação médica norte-americana e a de certos países europeus: *Medical education. A comparative study*.

A Europa e especialmente a Alemanha exerceram profunda influência sobre a obra de Flexner. Foi ele quem estimulou, com o patrocínio do General Education Board, a tradução para o inglês e a publicação nos EUA, em 1925, da obra de Theodor Billroth sobre a educação médica na Alemanha e Áustria, um tratado de 508 páginas, publicado originalmente em 1876. Muitos afirmam que a medicina e a educação médica norte-americanas nasceram na Johns Hopkins, mas tiveram sua origem na Alemanha e em Theodor Billroth.

Em 1912, Flexner passou a fazer parte do pessoal do General Education Board, fundado em 1902 por John D. Rockefeller e a primeira fundação estritamente educacional dos EUA. Tinha como função examinar o estado das universidades da América do Norte e a educação médica em particular. Permaneceu até 1927.

Em 1929, escreveu outro livro: *Universities: American, English, German*, publicado em 1930.

Abraham Flexner foi o organizador e o primeiro diretor do Instituto de Estudos Avançados de Princeton, com suas três escolas – matemáticas, economia e política e humanidades –, onde ficou até encerrar suas atividades acadêmicas. Contribuíram com o Instituto luminárias da ciência e da intelectualidade de então, como Albert Einstein e John Von Neumann.

No final de sua vida, vivia em um hotel em Nova York, até que, em 1957, suas filhas decidiram transferi-lo para Falls Church, uma pequena cidade da Virginia, onde morreu em 21 de setembro de 1959, aos 92 anos. Antes, escreveu sua autobiografia, publicada em 1960.

O “MÉTODO” DE AVALIAÇÃO DE FLEXNER

Abraham Flexner, após seu comissionamento na Carnegie Foundation, em dezembro de 1908, vistoriou pessoalmente todas as 155 escolas médicas dos EUA e do Canadá em um período de 180 dias. Se considerarmos os finais de semanas, deslocamentos e viagens, podemos facilmente perceber que não teve muito tempo para avaliar cada instituição. Whorthen *et al*⁸ afirmam que:

Embora baseado apenas em visitas de um dia, feitas por ele e um colega, Flexner afirmou que o treinamento de qualidade inferior era óbvio de imediato: “Uma volta pelos laboratórios revelava a presença ou ausência de aparelhos, espécimes

de museu, biblioteca e alunos; o cheiro contava a história toda da forma pela qual a anatomia era estudada” [...] Formulou as conclusões de suas avaliações em termos contundentes (definindo, por exemplo, as quinze escolas de Medicina de Chicago como “a mancha do país em relação à formação médica”) e logo “as escolas entraram em colapso a torto e a direito, em geral sem um único murmúrio”.

As palavras citadas pelos autores são de Flexner em sua autobiografia, publicada em 1960.

Flexner desprezava qualquer esforço para validar os critérios ou o processo que empregava, insistindo em que os indicadores “óbvios” que utilizava eram suficientes para formular um juízo de valor. Seu trabalho foi executado sem a utilização de um instrumento de avaliação padronizado. Em sua autobiografia, agora analisada por Hiatt⁹, ele deixa clara a maneira como realizou a pesquisa: “Em umas poucas horas, uma estimativa confiável pôde ser feita a respeito das possibilidades de ensinar medicina moderna em quase todas as 155 escolas que visitei” [destaque de Hiatt].

Um processo de avaliação realizado por um único especialista, por meio de “uma volta pelos laboratórios” “em umas poucas horas” e sem a utilização de qualquer instrumento de coleta de dados padronizado e validado é definido, de forma jocosa, pelos pesquisadores que trabalham com avaliação de programas como um mero “passeio de mãos nos bolsos” pelo local avaliado⁹. Pois foi esta avaliação que se transformou no principal, e praticamente único, instrumento para a acreditação das escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá, com implicações diretas em todo o mundo ocidental durante a primeira metade do século XX.

O CONTEXTO DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO INÍCIO DO SÉCULO XX

É importante entender o contexto em que o estudo de Flexner foi produzido. À época, a situação das escolas médicas nos EUA era caótica. Como não havia necessidade de concessão estatal para o exercício da medicina, abolida em meados do século XIX, havia grande proliferação de escolas de Medicina, com abordagens terapêuticas as mais diversas. As escolas podiam ser abertas indiscriminadamente, sem nenhuma padronização, estando vinculadas ou não a instituições universitárias, com ou sem equipamentos, com critérios de admissão e tempo de duração diferenciados e independentemente de fundamentação teórico-científica¹⁰.

Além da medicina ortodoxa, as terapêuticas não convencionais – como o fisiomedicalismo ou botanomedicalismo, precursores da fitoterapia, e a homeopatia – tinham escolas de graduação bem estruturadas, muitos médicos praticantes e grande aceitação social^{11,12}.

Um fato determinante é que, a partir do final do século XIX, a crescente indústria farmacêutica passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da American Medical Association, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas¹¹. A associação entre a corporação médica e o grande capital passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da “medicina científica”. “Pode-se concluir, pois, que a medicina científica ou o ‘sistema médico do capital monopolista’ se institucionalizou através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades”¹⁰.

É nesse contexto e em meio a estes interesses que Flexner se insere, produz seus trabalhos e ganha notoriedade.

Flexner considerava a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá desnecessária e/ou inadequada. Fez planos e mapas pormenorizados, onde estabelecia o número, a alocação e a distribuição das escolas de Medicina no Canadá e nos EUA⁶. Em sua opinião, das 155 escolas existentes, apenas 31 tinham condições de continuar funcionando¹³. Nos EUA, o número de escolas de Medicina caiu de 131 para 81 nos 12 anos posteriores ao informe³. O número de escolas médicas homeopáticas diminuiu de 20 para 4 entre 1910 e 1920. Muitas se converteram ao modelo biomédico. A última escola de fisiomedicalismo foi fechada em 1911. Cinco das sete escolas para negros foram fechadas. A escola médica se elitizou e passou a ser freqüentada pela classe média alta^{10,14}.

Se, por um lado – para o bem –, o trabalho de Flexner permitiu reorganizar e regulamentar o funcionamento das escolas médicas, por outro – para o mal –, desencadeou um processo terrível de extirpação de todas as propostas de atenção em saúde que não professassem o modelo proposto. O grande mérito – para o bem – da proposta de Flexner é a busca da excelência na preparação dos futuros médicos, introduzindo uma salutar racionalidade científica, para o contexto da época. Mas, ao focar toda a sua atenção neste aspecto, desconsiderou – para o mal – outros fatores que afetam profundamente os impactos da educação médica na prática profissional e na organização dos serviços de saúde. Ele assume implicitamente que a boa educação médica determina tanto a qualidade da prática médica como a distribuição da força de trabalho, o desempenho dos serviços de saúde e, eventualmente, o estado de saúde das pessoas. Esta visão ainda pode ser facilmente encontrada hoje. As necessidades de saúde são tomadas como

o ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica¹³.

Mais além da situação específica dos EUA, o estado da arte em educação médica vinha sofrendo transformações importantes a partir da segunda metade do século XIX em todo o mundo. O modelo francês, que se irradiou com grande força de Paris para o mundo a partir de 1830, vinha sofrendo a influência do modelo de medicina e educação alemão. No modelo anatomoclínico francês, os estudantes aprendiam ao lado do leito do paciente e nos anfiteatros anatômicos no hospital treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas, e faziam pesquisas clínicas na faculdade de Medicina. Já o modelo de pesquisa médica alemã estava centrado no laboratório, na hierarquia, na especialização e nas pesquisas experimentais. No caso americano, o modelo francês de educação médica foi implementado de forma apenas parcial, fazendo com que as reformas encontrassem menor resistência. De qualquer forma, as exigências da nova orientação, especialmente a união da prática médica com a pesquisa experimental, necessitavam de uma nova orientação da educação médica⁶.

Quando Flexner assume um cargo permanente no General Education Board, em 1912, subvencionado por Rockefeller, amplia significativamente sua influência e controle sobre as instituições de ensino norte-americanas. Apoiado nos fundos da Rockefeller Foundation e mantendo a filantropia como instrumento para o desenvolvimento e apoio a instituições, sem necessitar de aprovação societária ou governamental mais ampla, Flexner consegue propagar suas idéias. Com este fim, a fundação Carnegie investiu US\$ 300 milhões entre 1910 e 1930. Para a época, muito mais do que hoje, isto representava uma quantia extraordinária. Isto tudo tornou a tarefa de Flexner muito menos problemática do que em outros países, como o Brasil, por exemplo. A suposta autopropagação e a originalidade das idéias de Flexner podem ter, portanto, diferentes interpretações⁶.

O que estava em jogo nesse embate, e o que Flexner propunha, era, na verdade, a reforma do sistema escolar como um todo, reforma essa que recebia o título mágico de *universidade*. É com este intuito e com esta visão que Flexner propõe o modelo alemão de educação médica e pesquisa. Flexner e outros reformadores, como Silva Mello no Brasil, em seus estudos na Alemanha, “perceberam que o mundo estava mudando e sentiram que podiam prover a visão que tornaria suas respectivas nações alinhadas com as novas tendências”⁶.

O MODELO “FLEXNERIANO”

O que Flexner propõe é a instalação de uma nova ordem para a reconstrução do modelo de ensino médico⁵. Os sólidos

princípios sobre os quais o seu relatório estava embasado parecem triviais hoje: as escolas médicas devem estar baseadas em universidade, e os programas educacionais devem ter uma base científica¹³.

De suas recomendações, algumas foram acatadas com relativa facilidade: um rigoroso controle de admissão; o currículo de quatro anos; divisão do currículo em um ciclo básico de dois anos, realizado no laboratório, seguido de um ciclo clínico de mais dois anos, realizado no hospital; exigência de laboratórios e instalações adequadas^{3,13}.

O ciclo clínico deve-se dar fundamentalmente no hospital, pois ali se encontra o local privilegiado para estudar as doenças. Nas palavras do próprio Flexner: "O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta"¹. A doença é considerada um processo natural, biológico. O social, o coletivo, o público e a comunidade não contam para o ensino médico e não são considerados implicados no processo de saúde-doença¹⁶. Os hospitais se transformam na principal instituição de transmissão do conhecimento médico durante todo o século XX. Às faculdades resta o ensino de laboratório nas áreas básicas (anatomia, fisiologia, patologia) e a parte teórica das especialidades¹⁵.

As posturas são assumidamente positivistas, apontando como único conhecimento seguro o científico, mediante a observação e a experimentação. A ciência substitui a arte. O método científico, assumido como a forma legítima de produzir conhecimento, exprime o processo de racionalização que atinge o Ocidente. E a medicina ilustra claramente este processo¹⁵.

As repercussões e a amplitude dos efeitos provocados sobre a educação médica após a divulgação do relatório de Flexner fizeram com que muitos denominassem a nova ordem de formação médica como "modelo flexneriano", que se consolidou. Acreditamos, como outros autores, que há um exagero nisso e mesmo uma injustiça, já que Flexner nada mais fez do que legitimar, com suas pobres avaliações, um processo que já estava em andamento de forma irreversível, isto é, a consolidação do modelo científico na medicina^{4,5,6}.

É verdade que Flexner critica as escolas médicas "comerciais", que têm o objetivo de lucro, defendendo que as instituições de ensino são "serviços públicos". Apela mesmo para o "patriotismo educacional" e, no caso da medicina, ao "patriotismo médico" para representar a obrigação moral das escolas médicas de servir ao interesse público. Também faz alusão a alguns fatores importantes que influenciam o contexto ampliado da saúde, indicando que tinha consciência de seus efeitos sobre as reformas educacionais que propõe. Defende, por exemplo, a necessidade de uma distribuição geográfica adequada da mão-

de-obra médica e a responsabilidade dos profissionais com a sociedade. Mas discorre brevemente sobre estes temas e apenas sob a perspectiva da educação médica. Obviamente, desconsidera, em sua proposta de reforma, a organização dos sistemas de saúde. A base científica do currículo médico foi vista como um ponto de chegada suficientemente impactante¹³.

Flexner via a educação médica como destinada a pessoas da elite, com o aproveitamento dos mais capazes, inteligentes, aplicados e dignos⁶. Daí, talvez, as acusações que lhe são feitas em relação a preconceitos quanto a pobres, negros e mulheres³. Ilustra a sua visão discriminadora sua opinião sobre o acesso de cidadãos negros à educação médica por considerar que eles seriam as pessoas mais adequadas para servir às suas próprias e carentes comunidades^{3,6,13}.

Flexner defendia como mais importante para o aprendizado da medicina, sob o ponto de vista pedagógico, as atividades práticas, tanto no laboratório como na clínica, combatendo desde seus primeiros trabalhos o ensino por meio de conferências e aprendizado pela simples memorização³. Isso fez com que alguns de seus mais ardentes defensores o colocassem como o precursor das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, tão em voga hoje². Menos!, diríamos. Uma pessoa empreendedora, inteligente, sintonizada com o seu tempo, Flexner soube aproveitar, com raro senso de oportunismo, todas as possibilidades que surgiram em sua trajetória. Se isto não é pouco – e de fato não é –, não é suficiente, em nosso entendimento, para alçá-lo à condição de gênio da raça.

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos. Mesmo que, na retórica e tangencialmente, ele aborde questões mais amplas em alguns momentos de sua vida e obra, elas jamais constituíram parte importante de suas propostas.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

As críticas recorrentes ao setor da saúde, que aconteceram com maior intensidade e frequência a partir da década de 1960 em todo o mundo, pelo que se denominou a "crise da medicina", evidenciaram o descompromisso com a realidade e as necessidades da população¹⁷. Estas constatações provocaram intensa movimentação nos meios acadêmicos, instituições internacionais de saúde (Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e outras), governos, funda-

ções internacionais (Rockefeller, Kellogs e outras), instituições representativas de classe e na sociedade em geral^{18,19}.

De forma heterogênea, segundo as diferentes conjunturas socioeconômicas e políticas de cada país, a partir dos anos 1980 se iniciam processos de reforma do setor da saúde em vários países. As reformas se desenvolvem por meio de diferentes modelos e estratégias, desde medidas administrativas até mudanças constitucionais. As reformas mais profundas foram construídas, como no caso do Brasil, por intermédio de debates e iniciativas da sociedade civil organizada^{4,19}.

Embora uma necessidade declaradamente prioritária, o desenvolvimento de recursos humanos em saúde sempre foi relegado ao segundo plano nos processos de reforma. O setor educacional continuou desvinculado da reorganização dos serviços, da redefinição das práticas de atenção e dos processos de reforma¹⁹. No Brasil, até o final da década de 1990, praticamente não se avançou nas discussões sobre a necessidade do desenvolvimento do trabalho em saúde.

Isto não impediu, entretanto, que há mais de 40 anos venha se discutindo, em foros diversos, a necessidade de mudar a educação médica^{18,19}. A Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), fundada em 1962, desde seu início questiona e propõe modificações no complexo formador de médicos. Mais recentemente, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) avaliou as escolas médicas, formulando diagnósticos sombrios e extremamente preocupantes²⁰. O Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio do Exame Nacional de Cursos, conhecido como "Prova" e aplicado aos formandos de 1996 a 2003²¹, e da Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Graduação, independentemente das críticas que se possa levantar sobre este tipo de avaliação, desnudou questões semelhantes, preocupando ainda mais a sociedade ao explicitar alguns dos problemas dos cursos superiores no País, entre eles as escolas médicas. Baixa qualidade e qualificação dos professores, baixa produção de conhecimento, dissociação entre teoria e prática e entre ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias, currículos arcaicos são algumas das conclusões¹⁸.

As tentativas de mudança, que não foram poucas, lograram poucos resultados efetivos. As razões destes sucessivos fracassos são múltiplas e complexas^{18,19}. Envolve desde a mobilização de professores que pouco se interessam pelo processo de formação, mais preocupados que estão com a pesquisa, quando não com a sua prática profissional privada, até os interesses do capitalismo internacional, representado pelo complexo médico-industrial⁴.

Outro movimento importante no Brasil, que se acentua a partir das décadas de 1960-70, refere-se ao grande aumento do número de universidades e de vagas na educação superior, principalmente na área privada, mantendo-se a concentração da formação e fixação dos médicos nos grandes centros urbanos²⁴, obedecendo claramente a uma lógica de mercado. A capacidade regulatória do Estado nesse processo tem sido amplamente questionada^{20,22,23}.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina "definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos" e o perfil do médico egresso como um profissional:

com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Pelas DCN, o eixo do desenvolvimento curricular deve ser o das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. As Diretrizes também propõem novas estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação do aprendizado²⁵.

Em 2004, o Ministério da Educação instituiu o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), que pretende avaliar as instituições, os cursos e o desempenho dos estudantes²¹.

Este conjunto de iniciativas parece sinalizar a possibilidade de mudanças no perfil dos profissionais egressos dos cursos da área da saúde. Surge, agora, a oportunidade de modificar a estrutura dos atuais currículos das escolas médicas, que já têm quase um século, copiados do modelo norte-americano, instituído naquele país com base nas recomendações contidas no Relatório Flexner.

Estes movimentos provocaram um profundo impacto em todo o complexo formador de médicos do País. Em todos os cursos de Medicina ocorrem atualmente debates intensos sobre as necessidades de modificação curricular, visando ao cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais e à transformação do processo formador dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As profundas modificações que aconteceram em diferentes áreas do conhecimento nas últimas décadas provocaram

grande impacto sobre as estratégias de ensino-aprendizagem e os processos de produção, desenvolvimento e distribuição do conhecimento.

As neurociências e a psicologia cognitiva desvendaram grande parte dos processos por meio dos quais aprendemos. Demonstraram, por exemplo, que fatos e conceitos são mais facilmente recordados e mobilizados quando ensinados, praticados e avaliados no contexto em que são usados. Isto exige a reconfiguração das situações e ambientes de ensino-aprendizagem disponibilizados para os estudantes em sua formação⁷.

O aumento incontrolável e incontornável do volume e a grande transitoriedade da base de conhecimentos necessários à prática de uma profissão, a médica em particular, exigem que a capacidade para aprender durante toda a vida – aprender a aprender – seja desenvolvida desde o processo de graduação⁷.

A distribuição do cuidado da saúde também sofreu modificações importantes. O acesso à saúde das pessoas e comunidades é considerado hoje um direito social. Isto, ao lado do maior acesso às informações em saúde e da conscientização das pessoas, mudou as expectativas e exigências da população quanto às condições de oferta dos serviços e trouxe modificações importantes nas relações entre o médico e seu(s) paciente(s).

A mudança do perfil epidemiológico da população, com o grande predomínio das doenças crônico-degenerativas, também exigiu um reordenamento das ações e estratégias na saúde, com sérias implicações na formação dos profissionais.

Cada vez mais, o trabalho multiprofissional e os conhecimentos interdisciplinares se fazem necessários para enfrentar as complexas necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Os conhecimentos e práticas da saúde coletiva, o entendimento e a participação na construção das políticas públicas e na organização dos serviços de saúde tornam-se competências necessárias e imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde.

Nesses novos contextos, aumentam muito as dificuldades de integrar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes dos profissionais em formação, com o intuito de desenvolver a competência necessária para dar conta das demandas da saúde em nossos dias.

Os desenhos curriculares tradicionais, nesses novos contextos, precisam ser completamente redesenhados. Os cenários e as estratégias de ensino-aprendizagem necessitam ser repensados e reestruturados, e o processo de avaliação da aprendizagem deve sofrer uma total resignificação. A certificação e a acreditação das escolas médicas também estão sofrendo grandes modificações.

As críticas ao modelo ainda hegemônico da educação médica, o modelo proposto por Flexner há quase cem anos, estão finalmente sendo seriamente consideradas. Independentemente dos interesses e motivações envolvidos, abre-se a oportunidade de considerar novas e antigas questões relacionadas à educação médica, mas que envolvem fundamentalmente questões muito mais amplas, como as concepções de saúde-doença, os modelos de atenção em saúde e as políticas públicas para o setor, entre outras. A participação de amplos setores neste processo – profissionais, estudantes, instituições representativas da categoria, instâncias reguladoras e o controle social – pode garantir que as transformações, de fato, contribuam para a formação de médicos que desempenhem suas atividades profissionais considerando as multidimensões das pessoas que necessitam de cuidados de saúde e desenvolvam suas ações abordando toda a amplitude do processo da saúde e da doença e seus determinantes.

REFERÊNCIAS

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. (Bulletin, 4)
2. Patiño JF. Abraham Flexner y el flexnerismo. Fundamento impercedero de la educación médica moderna. Medicina [periódico na internet]. 1998 Acesso em: 6 fev. 2007]; 20(2). Disponível em: <http://anm.encolombia.com/flexner.htm>
3. Tomey AV. Abraham Flexner, pionero de la educación médica. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002; 16(2): 156-63.
4. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da FSP-USP e ENSP-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. Florianópolis; 2000. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
5. Cutolo LR. Estilo de pensamento em educação médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Florianópolis; 2001. Mestrado [Dissertação] – Universidade Federal de Santa Catarina.
6. Kemp A, Edler FC. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. Hist. cienc. saúde-Manguinhos. 2004; 11(3): 569-85.
7. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner Report. N Engl J Med. 2006; 355(13): 1339-44.
8. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas: concepções e prática. São Paulo: Editora Gente; 2004.
9. Hiatt MD. Around the continent in 180 days: The controversial journey of Abraham Flexner. Pharos. 1999; 62910: 20-4.

10. Mendes EV. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/FINEP; 1985.
11. Thomas P. Homeopathy in the USA. *The British Homeopathic Journal*. 2001; 90(2): 99-103.
12. Lima AMC. Estilo de pensar no ensino homeopático. Florianópolis; 2003. Doutorado [Tese] – Universidade Federal de Santa Catarina.
13. Boelen CA. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(7): 592-3.
14. Ullmann D. *Discovering Homeopathy: medicine for the 21st century*. New York: North Atlantic Books; 1991.
15. Luz MT. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, 62. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social – UERJ; 1993.
16. Santos JO. Filosofia da Educação Médica: interpretação da *práxis*. *Rev. bras. educ. med*. 1986; 10(2): 82-6.
17. Nunes ED (org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Editora; 1983.
18. Feuerwerker L. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
19. Almeida MJ. Educação médica e saúde: possibilidade de mudança. Londrina: UEL; Rio de Janeiro: ABEM; 1999.
20. Associação Brasileira de Educação Médica [homepage na Internet]. *Projetos da ABEM*. Rio de Janeiro: ABEM; 2006. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/projetos_principal.
21. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Sinaes*. Brasília: Ministério da Educação; 2006. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/superior/sinaes>
22. Pierantoni CR, Varella TC, França T. A formação médica: capacidade regulatória de estados nacionais e demanda dos sistemas de saúde. *Cadernos RH Saúde*. 2006; 3(1): 91-101.
23. Marins JJN, Pinto LF, Pontes ALM, Gonçalves RA, Soranz DR, Malafaia MF. *Formação de médicos no Brasil: estudo dos egressos no período de 1982 a 2003*. Rio de Janeiro: ABEM; 2005.
24. Machado MA. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
25. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução CNE/CES 4/2001. Brasília: Ministério da Educação; 2001.

CONFLITOS DE INTERESSE

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Fernando Luiz Pagliosa

Rua Frei Gabriel, 887

Lages

CEP. 88509-070

E-mail: pagliosa@uniplac.net