

## O RELATÓRIO FLEXNER E A EDUCAÇÃO MÉDICA: ESTUDO DE CASO DE AVALIAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR

Robert K. Walker<sup>1</sup>; Francisco de Assis Batista da Silva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Professor-Doutor, Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, tel. 34471738, fax 3347-4797, e-mail: [bobkwalker@gmail.com](mailto:bobkwalker@gmail.com).

<sup>2</sup> Professor Ms - FACESA - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Rua Acre - lotes 17/18 Chácaras Anhanguera - Valparaíso de Goiás – Go, tel. 61 3627 – 4200 - fax (61)3627-4200, e-mail: [assissilva1@gmail.com](mailto:assissilva1@gmail.com).

---

**Resumo:** Alguns argumentam que a educação superior pública se justifica pela responsabilidade do Estado de promover a equidade e alegam que a preocupação com a excelência seja maior nessa modalidade; outros contestam que o ensino superior gratuito faz com que os gastos do Estado em educação sejam regressivos, e que os mecanismos do mercado incentivam a excelência e podem, mediante políticas públicas justas, promover a equidade. Julgar essas opiniões conflitantes demanda pesquisa avaliativa sistêmica. As experiências de diferentes países a respeito são comparadas. O legado do Relatório Flexner, uma influente avaliação institucional das faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá, publicada em 1910, é analisado em termos de equidade e excelência, aplicando-se os critérios do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento – CAD: eficiência, efetividade, impacto, relevância, sustentabilidade.

**Abstract:** Some argue that public higher education is justified by the responsibility of the State to provide equity and allege that concern with excellence is greater in this modality; others respond that free higher learning makes State expenditures in education regressive, and that market mechanisms provide incentives for excellence and can, through just public policies, promote equity. Assessment of these conflicting opinions requires systemic evaluative research. The experience of different countries in this regard is compared. The legacy of the Flexner Report, an influential institutional evaluation of medical schools in the United States and Canada published in 1910, is analyzed in terms of equity and excellence, applying the criteria of the Development Assistance Committee (DAC): efficiency, effectiveness, impact, relevance and sustainability.

---

---

<sup>1</sup> Professor, Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação, Universidade Católica de Brasília, Brasília-DF, tel. 34471738, fax 3347-4797, email [bobkwalker@gmail.com](mailto:bobkwalker@gmail.com).

<sup>2</sup> Professor Ms, FACESA - Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires, Rua Acre - Its 17/18 Chacaras Anhanguera - Valparaíso de Goiás – Go, tel. 61 3627-4200, fax 3627-4200, email [assissilva1@gmail.com](mailto:assissilva1@gmail.com).

## **Introdução**

A questão da excelência vs. a equidade na educação superior e sua relação com o ensino particular ou público, gratuito ou não, é um assunto bem atual, mas que vem sendo discutido e avaliado há mais de um século. BOWEN, KURZWEIL e TOBIN (2005) afirmam que, nos Estados Unidos, há dois debates antigos: um, “em banho maria”, se é “melhor educar um número pequeno de pessoas a um padrão muito elevado ou estender as oportunidades educacionais muito mais amplamente” e outro, secular e mais incisivo, se “os esforços no sentido de matricular e educar estudantes de um amplo leque de origens... ameaçam as verdades educacionais estabelecidas e os costumes sociais”. No Brasil, CASTRO (2001:109-122) julga o ensino superior culpado de algumas acusações referentes à equidade e inocente de outras. Ironicamente, no Brasil seria o ensino público (as melhores universidades federais e as estaduais de algumas Unidades da Federação, como São Paulo) o principal encarregado de oferecer “excelência”; enquanto as IES particulares se encarregariam de ampliar a oferta, sendo estimuladas a promover a equidade mediante programas como o ProUni. A reserva de vagas nas universidades públicas para negros e alunos egressos das escolas públicas, e outras formas de ação afirmativa, são uma questão em aberto, tendo sido tomadas iniciativas pioneiras por algumas instituições. O MEC já encaminhou ao Congresso Nacional projeto de lei reservando cotas nas universidades públicas para estudantes que tenham cursado integralmente o Ensino Médio em escolas públicas.

RADHAKRISHNAN (2004:1) discute a lei indiana de 22 de dezembro de 2005, que estende às IEC particulares a reserva de vagas (a forma principal de ação afirmativa na Índia) para as castas e tribos “scheduled” e outras classes socialmente e educacionalmente atrasadas. Afirma que “A reserva não poderá beneficiar muito os estudantes dos grupos discriminados, ainda que seja necessária. Se mais de cinquenta anos de reserva de vagas nas instituições estatais não os beneficiou muito, seria ingênuo esperar que a determinação do Estado de que haja reserva nas instituições particulares os irá beneficiar”.

SOBRINHO (2002), em sua discussão dos "desafios da avaliação universitária na América Latina", distingue dois enfoques: um, "tecnológico e marcadamente economicista" e outro (o enfoque com o qual ele simpatiza), ancorado "no conceito de universidade como instituição multifuncional, plural e democrática". O primeiro se identificaria com o Banco Mundial e o segundo com a UNESCO. Aqui, Sobrinho cita o *Documento de política para el cambio y desarrollo de la educación superior* (UNESCO, 1995). Por sua parte, TRINDADE (1999) se refere a esse documento como "O primeiro texto oficial da UNESCO que teve um amplo impacto político na América Latina, como resposta às investidas do Banco Mundial", e afirma que "A divergência central é que as reformas da UNESCO envolvem o pressuposto de que o Estado tem um compromisso irrenunciável de investimento estratégico de longo prazo no ensino superior", enquanto o Banco Mundial considera que "o *financiamento estatal* das universidades é uma *forma regressiva de distribuição* que favorece aos grupos de renda mais alta".

Trindade cita dois aspectos centrais do pronunciamento do então primeiro ministro francês na abertura da Conferência Mundial da UNESCO em 5 de outubro de 1998, que indicariam "seu acordo com as propostas centrais da UNESCO". O primeiro é a afirmação de que o ensino superior não deve ser determinado pelo mercado. O segundo se refere à questão do financiamento, que o primeiro ministro considera "essencial e delicada": "como todos os Europeus, eu defendo a educação como *serviço público*, daí o papel essencial do Estado – garantidor da igualdade de oportunidades – no financiamento".

REYNOLDS (1927), citado em BOWEN, KURZWEIL e TOBIN (2005:27-28), retratou a tradição norte americana anterior ao "G.I. Bill", a lei que permitiu amplo acesso dos veteranos da Segunda Guerra Mundial, de diversas origens, ao ensino superior: "São principalmente os pais e mães que nasceram nos países anglo-saxônicos que enviam seus filhos e suas filhas para as nossas faculdades e universidades". Destas, as mais excludentes eram as faculdades particulares para mulheres e para homens; entre as IES, as universidades estatais da época tinham os maiores números de estudantes com suas famílias ocupadas nos setores agrícola e manual.

Os Estados Unidos têm um sistema de ensino superior misto público-particular, sempre pago. A Corte Suprema, em decisão de 2003, admitiu a existência de formas de ação afirmativa para negros no ensino superior (mas não as cotas). BOWEN, KURZWEIL e TOBIN (2005:3-4), focando mais a questão de origem social (desde que a questão de ação afirmativa para os negros já haveria sido equacionada), apresentam quatro justificativas para a “complementaridade de equidade e excelência” no ensino superior:

- Para que as IES possam atrair os estudantes mais promissores, independentemente das condições financeiras destes;
- Para que a sociedade possa explorar os talentos da população inteira;
- Para diversificar a população estudantil e ensinar a empatia com grupos diferentes de pessoas; e
- Para possibilitar a democracia participativa.

Medicina, Direito e “Business” são cursos de pós-graduação *stricto sensu* nos Estados Unidos. Entre os graduados, o percentual que terminou um desses cursos, ou recebeu o Ph.D., em onze instituições (entre a coorte que entrou em 1976) estava próximo a 45%; entre ex-alunos no quartil inferior de renda familiar, era cerca de 39% – uma diferença surpreendentemente pequena. Desses cursos, o que tinha menos concluintes oriundos do quartil inferior era Medicina – cerca de 4,1%, vs. cerca de 7,4% para o terceiro e o quarto quartil (BOWEN, KURZWEIL e TOBIN, 2005:126).

### **Método e Resultados: O Relatório Flexner.**

No tocante à questão da avaliação como instrumento de gestão do ensino superior, propomos examinar uma avaliação institucional realizada há um século, que hoje está sendo proposta como um protótipo para a avaliação das faculdades de Medicina no Brasil. Ver, por exemplo, TAVARES (2006), em reportagem no *Correio Braziliense* de 30/04/2006. Trata-se do famoso “Relatório Flexner” (FLEXNER, 1910). Retrospectivamente, os estudiosos de hoje têm a possibilidade de avaliar o próprio relatório, inclusive seu impacto de longo prazo.

Que conceitos os meta avaliadores de hoje dariam ao Relatório Flexner? Quais seriam as lições aprendidas para a avaliação do ensino da medicina no Brasil? Poder-se-ia muito bem empregar os cinco critérios CAD (OCDE, 2006): eficiência, efetividade, relevância, impactos e sustentabilidade, neste ensaio de meta avaliação.

**1. Eficiência** – “La medida en que los recursos/insumos (fondos, tiempo, etc.) se han convertido económicamente en resultados”; mede os insumos em relação aos produtos.

Segundo os críticos, os Estados Unidos e o Canadá passaram da ineficiência para a eficiência no ensino da medicina. NASSIF (2006) afirma que

No início do século passado, mais precisamente em 1906 os Estados Unidos e o Canadá passavam por uma situação constrangedora no ensino médico. Tinham 160 faculdades de medicina quase todas mal equipadas, sem currículo regulamentado, corpo docente fraco e carente. A maioria comercializava o ensino médico, preocupada apenas com o lucro. Dezenas de milhares de médicos eram por elas diplomados anualmente, número bem acima do necessário, aliado a um impressionante porcentual de profissionais despreparados... Durante quatro anos, de 1906 a 1910, Flexner visitou cada uma das 160 escolas, -todas sem exceção- e elaborou um extenso e minucioso relatório, publicado no Boletim n.4 da Fundação Carnegie em 1910. Suas posições e propostas foram seguidas à risca consumindo 23 anos para serem implementadas. Nesse período que se estendeu até 1933 foram fechadas precisamente 94 escolas médicas. Para as remanescentes estipularam-se normas de funcionamento, como a obrigatoriedade de serem vinculadas a uma universidade ou a hospitais de ensino previamente qualificados. Estabeleceu-se também o “State Board” até hoje existente, destinado a aferir a capacitação técnica do aluno após a graduação. A licença para a prática médica na América do Norte passou a ser concedida somente após a aprovação do médico no “State Board”.

Enquanto isso,

No Brasil tudo aconteceu exatamente ao contrário. Em 1960, eram 29 escolas médicas, havendo passado a 73 em 1971. O ritmo de expansão foi particularmente acelerado a partir de 1965, tendo-se criado, desde então, 37 faculdades. O curioso aconteceu em 1968: foram criadas 13 escolas médicas, mais de uma por mês. Em 1992 chegávamos a 80 em todo o país, terminando o século com 99 cursos de medicina. Hoje, decorridos apenas 5 anos chegamos, com justificada preocupação a marca de 151. Nesse período, enquanto um verdadeiro “festival de escolas médicas” ocorria, o número de matrículas de 1o. ano duplicava ou mesmo triplicava, com o

aumento do número de vagas usando o artifício da criação de dois turnos semestrais, ou de um novo campus. O resultado de tudo isso: faculdades de medicina criadas de afogadilho, sob critérios políticos satisfazendo “status” municipais; professores numericamente insuficientes, muitos deles despreparados didaticamente para atender a essa demanda de ensino, outros, sequer residindo nas cidades onde se localizavam as escolas, criando assim as figuras do professor itinerante e faculdades de fim de semana. A qualidade do ensino caiu vertiginosamente. As conseqüências foram trágicas e os reflexos todos assistem nos dias de hoje.

**2. Efetividade** – “La medida en que se lograron o se espera lograr los objetivos de la intervención para el desarrollo, tomando en cuenta su importancia relativa”; se refere à transformação de produtos em efeitos diretos.

Em sua introdução ao relatório, *Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Learning* (FLEXNER, 1910),<sup>3</sup> o presidente da fundação, Henry S. Pritchett, escreveu o seguinte:

Tendo em vista esses fatos, o progresso para o futuro parece exigir um número muito menor de faculdades de medicina, melhor equipadas e melhor conduzidas do que a regra entre nossas faculdades de hoje; e as necessidades do público exigiriam igualmente que formemos menos médicos todos os anos, mas que esses sejam melhor educados e melhor treinados. Aceita essa idéia, segue necessariamente que a faculdade de medicina irá, se corretamente conduzida, articular-se não somente com a universidade, mas com o sistema geral de educação.

Ainda que não esteja expressa na forma moderna de um objetivo específico, temos aqui um enunciado claro do tipo de fortalecimento institucional que a Fundação Carnegie visualizava. Hoje, os organismos internacionais e multilaterais tipicamente pedem que o objetivo específico ou imediato de um projeto seja definido em termos de “fortalecimento institucional<sup>4</sup>”, “desenvolvimento institucional” ou “desenvolvimento de capacidades”. Preferimos

<sup>3</sup> [http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf)

<sup>4</sup> WALKER (2002), citando um conhecido dicionário de sociologia, lembra que “uma instituição social é definida não somente como “Um grupo social organizado”, mas também como ‘Um sistema inter-relacionado de papéis e normas sociais organizado ao redor da satisfação de uma importante necessidade ou função social’ ou ‘Qualquer padrão cultural tradicional ou complexo inter-relacionado de normas sociais, como a propriedade privada, julgamento por corpo de jurados etc.’ (THEODORSON e THEODORSON, 1969). Portanto, o fortalecimento institucional não se aplica apenas ao fortalecimento de organizações; envolve mudanças sociais e culturais que ultrapassam os limites organizacionais”.

traduzir a palavra “*effectiveness*” por “efetividade”, no sentido de sucesso no alcance desse tipo de objetivo (isto é, do efeito direto, ou “*outcome*”, desejado).

NASSIF (2006) avalia que:

O ano de 1933 tornou-se um marco na reorganização do ensino médico na América do Norte. A partir daquele ano, os Estados Unidos e o Canadá passaram a ter em funcionamento 66 faculdades de medicina, todas confiáveis e que formavam profissionais habilitados, em quantidade suficiente para as necessidades de saúde da população.

Para o Brasil, ele conclui que:

A única saída no momento é aplicar com rigor a exigência de requisitos mínimos para a abertura de escolas propostos em 1999 pela Associação Médica Brasileira, e principalmente usa-los também, para avaliar as já existentes. Na verdade, o ensino médico em nosso país precisa viabilizar um “projeto Flexner brasileiro” com o propósito de recuperar as escolas deficientes e suspender os vestibulares e matrículas novas nas comprovadamente irrecuperáveis.

**3. Relevância** (ou pertinência) – “La medida en que los objetivos de una intervención para el desarrollo son congruentes con los requisitos de los beneficiarios, las necesidades del país, las prioridades globales y las políticas de los asociados y donantes”. Quem são os beneficiários? Se “La meta máxima de todo desarrollo es mejorar la calidad de vida de una manera sostenible”, fica claro que os beneficiários são o público em geral nos países focalizados e, talvez no mundo todo. No entanto, as políticas dos associados e donantes nem sempre traduzem as necessidades dos beneficiários, do país e do mundo. BERLINER (1975) lembra que

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

Qual foi a relevância do Relatório Flexner no contexto da sociedade norte americana da época? BERLINER (1975) argumenta que

A classe capitalista, recém emergente, enfrentou as tarefas duplas (e muitas vezes contraditórias) de aumentar e apoiar a acumulação de capital e manter a viabilidade e legitimidade da ordem social. A resposta dos capitalistas, como uma classe, se manifestou na transformação dos problemas sociais em problemas técnicos. Problemas cuja base real era social e, portanto, cuja resolução teria que ser política, foram transformados em problemas da ciência, cuja solução seria então tecnológica. Isso tornou-se necessário, em parte, pela ideologia democrática prevalecente e a ruptura das formas hierárquicas de controle social mais antigas na segunda metade do século dezanove.

A mudança paradigmática já em curso na Medicina na época interessava ao capitalismo, na medida em que criava mercados lucrativos e o ajudava nas tarefas duplas acima referidas. O fundamento seria a teoria de que as doenças são causadas pelos germes; o método de escolha seria a alopatia; nos Estados Unidos, o respaldo profissional viria através da incipiente American Medical Association (AMA); o apoio financeiro viria das grandes fundações; a chancela da “avaliação institucional” [uma expressão que seria cunhada só muitos anos depois] seria dada pelo Relatório Flexner; o instrumento de controle seria o poder do Estado e a pressão da opinião pública, convencida por argumentos modernos e “científicos”.

Essa “revolução científica” não era inevitável. Na França do século dezanove, o fisiólogo Claude Bernard argumentava que a relação do corpo ao micróbio se assemelhava àquela do solo a uma semente nele plantada. A questão, se a semente vai germinar e se desenvolver, depende da condição do solo. Portanto, teríamos de entender o desenvolvimento das condições do corpo que permitem a consolidação e multiplicação dos germes. Esse argumento foi apoiado por um cientista alemão de renome, Virchow. O grande oponente dessa linha de argumentação foi outro francês, Louis Pasteur, que passou toda sua vida profissional argumentando que o solo não era nada, que o germe era tudo. No leito da morte, ele abjurou essa doutrina, confessando que o solo era tudo; o germe era apenas secundário.

Fazer um “Relatório Flexner brasileiro” seria relevante no contexto nacional atual? Pinheiro, et alii (2003) discutem “A necessidade de reformulação dos

currículos das escolas de saúde, em função das necessidades de atenção à saúde da população”. Elas afirmam que

A formação de profissionais para a saúde deve estar voltada para a visão integral dos problemas de saúde da população brasileira. Também, a assistência à saúde oferecida aos usuários necessita ser humanizada, contextualizada e resolutive. Assim, os currículos das escolas de saúde precisam permitir a construção de práticas sanitárias de orientação holística e com comprometimento social.

Seria um erro escolher Flexner pessoalmente como bicho papão, contra o qual os adeptos de uma “visão integral dos problemas de saúde” devam lutar. Segundo o discurso do Relatório, o médico “lida, ao mesmo tempo, com elementos pertencentes a categorias vastamente diferentes: elementos físicos, biológicos e psicológicos estão envolvidos cada um com os outros”.

Mas a função do médico está rapidamente a se tornar social e preventiva, em vez de individual e curativa. Dele, a sociedade depende para descobrir e, mediante medidas essencialmente educativas, fiscalizar, as condições que previnam a doença e positivamente promovam o bem-estar físico e moral. Não precisa nem dizer que esse tipo de médico é, antes de tudo, um homem instruído.

Tampouco se poderia caracterizar o Relatório como dogmático quanto ao estado da arte médica; antes, primava por um pragmatismo tipicamente norte americano: “Muito embora o campo de conhecimento e investigação esteja, ainda hoje, longe de coextensivo com o campo de doença e ferimento, ele está, em alguma medida, aberta à ação rápida, inteligente e efetiva”. Entretanto, a “medicina científica” exigia o rechaço da “medicina sectária”. Outrossim, “Já que a alopatia se rendeu à medicina moderna, será que a homeopatia não é carregada pela mesma correnteza até o mesmo porto?” Além dos homeopatas, os “sectários” seriam os ecléticos, os fisiomédicos e os osteopatas. Outros, como os quiropratas e os mecano-terapeutas, não seriam nem sectários, e sim “charlatões”.

Separar a jóia do trigo dependia de critérios de excelência; e a tendência era de derivar esses padrões do novo paradigma positivista e “cientista” de alopatia, com suas prescrições de doses maciças de drogas (e, na época,

sangria). Em boa parte devido ao Relatório Flexner, o Estilo de Vida da Higiene Natural, do doutor Herbert Shelton, defendida pela American Natural Hygiene Society (hoje National Health Association), caiu em desgraça nos Estados Unidos por boa parte do século, até a publicação de *Fit for Life* (título brasileiro algo enganador: “Dieta sem Fome”) – um “best seller” que já vendeu mais de onze milhões de exemplares no mundo inteiro (DIAMOND e DIAMOND, 1985).<sup>5</sup> A tendência era (e, em boa medida, ainda é) de rotular tudo que hoje se conhece por “medicina alternativa” e “alimentação natural” de sectarismo ou charlatanismo, principalmente nos Estados Unidos.

Em geral, a psiquiatria seguiu o mesmo caminho da alopatia, recorrendo cada vez mais às drogas. No entanto alguns psiquiatras têm uma visão diferente da relação psique-corpo. Nossrat Peseschkian, psiquiatra iraniano radicado na Alemanha, recorre às tradições orientais (principalmente do seu país de origem) para complementar os conhecimentos modernos de medicina e psicoterapia. No seu livro sobre a Psicoterapia Positiva e a Psicossomática (PESESCHKIAN, 1991), ele afirma:

Em seguida ao grande sucesso das ciências duras no combate às doenças infecciosas na medicina interna e cirurgia, uma ilusão chegou a ser aceita, que pode ser descrita da seguinte maneira: o homem é uma máquina que requer consertos – ela deve ser lubrificada e as peças defeituosas removidas e substituídas por peças sobressalentes. Em geral, o domínio psicológico é considerado periférico. Hoje, contudo, não podemos mais desconsiderar a descoberta de que cerca de 60 a 80 por cento de todas as doenças são psicologicamente condicionadas; ou, pelo menos, a psicologia é co-fator nesses casos.

**4. Sustentabilidade** – “Continuación de los beneficios de una intervención para el desarrollo después de concluida. Probabilidad de que continúen los beneficios en el largo plazo. Situación en la que las ventajas netas son susceptibles de resistir los riesgos con el correr del tiempo”.

Se as faculdades de medicina que sobreviveram os descredenciamentos resultantes do Relatório Flexner se fortaleceram enquanto instituições de educação e pesquisa, hoje a sustentabilidade desse modelo está sendo

---

<sup>5</sup> Para uma crítica do movimento e do livro, ver KENNEY (1986), disponível em <http://www.quackwatch.org/11Ind/fitforlife.html>.

questionada, mesmo nos Estados Unidos. Lowes (2000) entrevistou o historiador da medicina Kenneth M. Ludmerer, autor do livro, *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. A seguinte resposta é relevante ao assunto em pauta:

Pergunta: O Relatório Flexner decretou o colapso das faculdades de medicina proprietárias. Por que o Senhor afirma que o sistema proprietário está voltando?

Resposta: Está voltando no sentido de que muitas faculdades hoje são motivadas pelo dinheiro, tanto quanto por questões acadêmicas. As faculdades médicas do século 19 e início do século 20 eram lugares onde o ensino e a pesquisa eram feitos às carreiras, porque os membros do corpo docente, que eram os donos das faculdades, passavam a maior parte do seu tempo tratando os pacientes. Isso foi a fonte principal de renda para eles. Seria um erro afirmar que tenhamos regressado à era pré-Flexner, mas estamos seguindo nessa direção. Hoje a preocupação com ingressos está a desviar as faculdades de medicina do seu propósito central – educação e pesquisa. O ambiente de aprendizagem está em decadência.

BERLINER (1975) conclui que “Os problemas que atormentam o campo da medicina hoje emergem dialeticamente, sem a menor dúvida, da tentativa feita em 1910 no sentido de escorar um sistema médico também acossado por contradições e conflitos”.

De fato, já no período de 1905 a 1910, 21 faculdades de medicina nos Estados Unidos haviam fechado as portas e ocorreram 30 fusões; apenas 17 se abriram nesse mesmo período (Rothstein, 1972, em Berliner, 1975). Os médicos ganhavam mal: a renda média anual estava entre US\$ 750 e US\$ 1000 (COULTER, 1974, em Berliner, 1975).

Em 2004, a renda média anual dos médicos norte americanos foi de US\$ 140.000 – igual a 2003. Essa “estagnação” de uma ano para outro foi uma novidade, principalmente para os médicos especialistas (LOWES, 2005). Entre as principais preocupações dos médicos estavam as dívidas contraídas durante os estudos. Em 2003, o endividamento educacional médio para os formados nas faculdades de medicina dos Estados Unidos era US\$ 100.000 para as faculdades

públicas e US\$ 130.000 para as particulares (GUZICK, 2005).<sup>6</sup> As despesas médicas medias anuais para uma família de quarto subiram de US\$ 11.192 em 2004 para US\$ 12.214 em 2005. Desse montante, US\$ 4.527, ou 37 por cento, foram para serviços prestados pelos médicos – o maior componente dos gastos.

A sustentabilidade desse modelo nos Estados Unidos e em outros países ricos depende de um sistema global altamente concentrador de renda. Hoje, meio milhão de pessoas nos Estados Unidos, Japão, Alemanha, França e o Reino Unido ganham mais de US\$ 11.500 por ano. Juntos, esses países têm 13 por cento da população mundial e 45 por cento da sua renda em termos de Paridade de Poder de Compra – PPP (UC ATLAS OF GLOBAL INEQUALITY, 2004). Imaginar que se pudesse generalizar o modelo para o mundo inteiro esbarra, entre outras coisas, na questão de sustentabilidade ambiental. Obs.: Os Critérios CAD subdividem a sustentabilidade em seus aspectos ambiental e financeiro.

**5. Impactos** – “Efectos de largo plazo positivos y negativos, primarios y secundarios, producidos directa o indirectamente por una intervención para el desarrollo, intencionalmente o no”.

Na saúde pública, o principal objetivo de impacto buscado costuma ser a redução da morbi-mortalidade, onde morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação ao número de habitantes sãos, em determinado local e em determinado momento; e mortalidade é o número de óbitos causados por determinada patologia, dividido pela população num determinado período de tempo e área geográfica. No entanto, a escolha desses indicadores depende de certos pressupostos.

ARNOLD e BREEN (2006) identificam dez diferentes “imagens de saúde”. Uma delas, a “Saúde como Bem-Estar”, coincide com a definição dada na Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947)<sup>7</sup>: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Outra, “Saúde como um Recurso”, coincide com a ampliação dessa definição na Carta de Ottawa, da Primeira

---

<sup>6</sup> <http://www.urmc.rochester.edu/smd/about/newsletterArchive/newsletter09292005.cfm>

<sup>7</sup> Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 (OMS, 1986).<sup>8</sup> A referida Carta esclarece que “a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global”.

Das outras imagens, sete podem ser consideradas coerentes com as duas definições da OMS acima: Estado Equilibrado, Crescimento, Funcionalidade, Qualidade do Ajuste (“Goodness of Fit”), Inteireza ou Holismo, Bem-Estar, Transcendência e Empoderamento. A primeira imagem discutida, Saúde como a Antítese da Doença, difere radicalmente das outras nove. “Aqui, as condições de saúde e doença são expressões de pensamento bipolar. Nesse contexto, a saúde de uma determinada população é medida pelo seu oposto, os dados estatísticos nacionais de morbidade e mortalidade”.

O Relatório Flexner se enquadra em alguma dessas “imagens de saúde”? Em tese, Flexner diria que não. “O ponto de vista moderno pode ser reafirmado da seguinte maneira: a medicina é uma disciplina, em que se esforça para usar o conhecimento, procurado de diferentes maneiras, para efetuar certos fins práticos. Com proposições abstratas gerais ela não tem nada a ver. Ela não abriga nenhuma idéia preconcebida quanto às doenças ou sua cura”. As imagens seriam “proposições abstratas gerais”.

No entanto, não se questionava o postulado fundamental: a medicina trata de “doenças” e “sua cura”. Falava-se da “luta contra a doença” – uma metáfora típica do (pseudo) darwinismo característico da época. Visto sob esse ângulo, o Relatório se enquadra claramente na imagem, Saúde como a Antítese da Doença. BERLINER (1975) afirma que “Por definição, a medicina científica rejeitava a idéia da causalidade social de doenças ou enfermidades, já que a base social da humanidade foi colocada fora do âmbito daquilo que era considerado científico”. A tarefa do pesquisador era de descobrir as causas físicas de cada agravo e os instrumentos mais eficazes para combatê-las; diagnosticado o problema que

---

<sup>8</sup> Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>.

afligia o paciente, o médico tinha então que aplicar os instrumentos comprovadamente eficazes, para resolvê-lo.

Em sendo assim, nada mais adequado do que buscar os impactos do Relatório nos índices de morbidade e mortalidade. Na falta de evidências desse tipo de impacto, muito menos se poderia esperar impactos da medicina científica no sentido de “completo bem-estar físico, mental e social” ou outras imagens de saúde integral. Analisando as evidências disponíveis, BERLINER (1975) concluiu que:

Apesar dos tremendos avanços na melhoria da saúde da população em geral, o novo paradigma de medicina realmente não foi de grande valor na redução da mortalidade ou morbidade. As melhores evidências tendem a sugerir que absolutamente não foram os serviços médicos que levaram, por exemplo, à melhoria dos índices de morte; antes, foi uma combinação de eventos, incluindo melhor nutrição resultante do melhor transporte dos alimentos do campo para a cidade, a mudança de roupas de lã para as de algodão e a introdução do abastecimento de água limpa.

O Brasil ofereceria um adequado “cenário em ausência de intervenção” (“*counterfactual*”) para uma análise do impacto do Relatório Flexner na América do Norte? Apesar das muitas semelhanças entre o Brasil, por um lado, e os Estados Unidos e Canadá, por outro, é evidente que existem também muitas diferenças significativas referentes à “combinação de eventos” acima referida, bem como a múltiplos outros fatores ambientais, educacionais, culturais e de estrutura social. O argumento que está sendo apresentado hoje parece ser mais no sentido de que um novo “Projeto Flexner” poderia trazer ao Brasil do Século 21 os mesmos benefícios supostamente auferidos pelos Estados Unidos e Canadá no Século 20, não de que um Relatório Flexner brasileiro naquela época pudesse ter trazido os mesmos benefícios ao País já no Século 20.

Hoje, está a nascer uma nova conscientização de “responsabilidade social universitária” na América Latina. Ver, por exemplo, a Red Universitaria de Ética y Desarrollo Social, atualmente conformada por 126 universidades de 21 países da América Latina. A referida rede faz parte da Iniciativa Interamericana de Capital

Social, Ética y Desarrollo (BID/Gobierno de Noruega).<sup>9</sup> Ver também a Declaração de Florianópolis (2 a 5 de outubro de 2005), da Organización Universitaria Interamericana (OUI),<sup>10</sup> onde os membros se comprometem a “Suscribir un Pacto Interamericano para la Educación y el Desarrollo Sostenible para luchar contra la pobreza, la exclusión, fomentar el empleo y promover la gobernabilidad democrática”.

Implícita nessas iniciativas é o reconhecimento da obrigação moral de as instituições de educação superior promoverem não somente a excelência, mas também a equidade. Como afirma Kliksberg (2000), “No novo debate aberto sobre o desenvolvimento, o papel da equidade tornou-se um tema central”. O conceito de equidade é apontado pela Organização Panamericana de Saúde/OPAS como um “princípio básico para o desenvolvimento humano e a justiça social” (em Werneck, 2005). Castro (2001) analisa até que ponto as Instituições do Ensino Superior podem e devem promover a equidade. Nos Estados, a publicação do livro, *Equity and excellence in American higher education* (BOWEN, TOBIN e KURZWEIL, 2005), traz a questão à tona, focando a relação entre status sócio econômico, raça/etnia, gênero e acesso ao ensino superior. Questões relacionadas a esse assunto incluem a cobertura, a focalização e a ação afirmativa.

Referindo-se à “padronização da educação médica americana” resultante do Relatório Flexner, BECK (2004) conclui que

Ainda que essas reformas tenham elevado a qualidade da educação médica nos Estados Unidos, paralelamente elas causaram uma redução desproporcional no número de médicos servindo as comunidades desprovidas: a maioria das pequenas faculdades de medicina rurais e todas as faculdades de medicina afro americanas salvo duas foram forçadas a fechar as portas, deixando uma herança de áreas empobrecidas com muito poucos médicos. Outrossim, a elevação dos pré-requisitos para ingresso e o curso de estudo agora exigido para se tornar um médico promoveram o “elitismo profissional” e inibiram os economicamente desprivilegiados de buscarem carreiras na medicina.

---

<sup>9</sup> Ver [www.iadb.org/Etica/Documentos/ III%20Dialogo%20RSU%20Agenda.pdf](http://www.iadb.org/Etica/Documentos/III%20Dialogo%20RSU%20Agenda.pdf).

<sup>10</sup> Ver <http://www.unimet.edu.ve/capital-social/florianopolis.doc>.

As opiniões de Flexner a respeito da educação médica do negro refletiram os pressupostos da sociedade segregacionista da época:

O atendimento médico à raça negra nunca será deixada totalmente aos médicos negros. Contudo, se o negro puder ser levado a sentir-se responsável pela integridade física do seu povo, as perspectivas da sua melhoria mental e moral ficarão bem mais promissoras. A prática do médico negro será limitada à sua própria raça, que, por sua vez, será melhor atendida por bons médicos negros do que por médicos brancos ruins.

Evidentemente, a situação atual no Brasil (e nos Estados Unidos) é bem diferente daquela da época do Relatório. No entanto, em 1965, apenas dois por cento dos estudantes de medicina nos Estados Unidos eram afro-americanos; mais de 75% destes freqüentavam as duas faculdades de medicina para negros que haviam sobrevivido ao Relatório Flexner (BOWEN, KURZWEIL e TOBIN, 2005). No Brasil, dos formandos que fizeram o Exame Nacional de Cursos – Provão – de Medicina em 2000, apenas 1,0% se classificaram como “negros” (não “pardos” ou “mulatos”). Hoje, é possível que as iniciativas do Ministério da Saúde brasileiro na área da Saúde do Negro se esbarrem justamente na falta de médicos negros, entre outras coisas.<sup>11</sup>

Quanto à questão de cobertura, o Relatório Flexner afirmou que “a questão, então, não é de definir o treinamento ideal do médico; tanto quanto isso,... é de distribuir tão extensamente quanto possível o melhor tipo de médico assim distribuível”. Entretanto, “até que o país inteiro seja homogeneamente preenchido, desigualdades terão que ser toleradas”. RABINOWITZ, et alii (1999) afirmam que:

Oitenta e seis anos depois, o Comitê sobre o Futuro do Atendimento Primário, do Institute of Medicine, informou que a “má distribuição geográfica nas áreas rurais está piorando”. Essas citações refletem um dos problemas mais persistentes e graves a enfrentar a força de trabalho dos médicos nos Estados Unidos – a carência de médicos nas áreas rurais.

## **Discussão e Conclusão**

---

<sup>11</sup> Estranhamente, o assunto é pouco tratado no volume, *Saúde da população negra no Brasil* (FUNASA, 2005). Em um dos capítulos, WERNECK (2005) menciona que “Faz parte desse conjunto também o desenvolvimento de ação para a ampliação da participação de representantes da população negra nos cursos de formação profissional na área de saúde, em especial a medicina”.

Hoje, os cinco critérios do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento – CAD – refletem um consenso internacional cada vez mais observado nas avaliações nos países receptores de assistência. Neste capítulo, aplicaram-se esses critérios (efetividade, eficiência, impactos, relevância e sustentabilidade) na análise do Relatório Flexner e suas conseqüências na educação médica nos Estados Unidos e Canadá, no intuito de fazer um julgamento provisório da conveniência de uma iniciativa semelhante no Brasil do Século 21. Complementando os critérios, trataram-se também da excelência, da equidade e de questões correlatas como cobertura, focalização e ação afirmativa, dentro do contexto de ética na educação superior.

No tocante à questão metodológica, conclui-se que o emprego equilibrado dos referidos critérios CAD, complementados por questões de equidade, possibilita avaliações justas de programas e de instituições de educação superior. O importante não é evitar os critérios impostos pelos países ricos e pelos organismos multilaterais e internacionais, e sim evitar seu uso parcial e tendencioso. A eficiência externa (relação custo-benefício), definida como a questão, se os recursos da sociedade poderiam ser melhor empregados em áreas outras que o ensino superior, tipicamente tem sido medida em termos do aumento de ganhos dos formandos associado com as atividades instrucionais. A efetividade, entendida como o fortalecimento institucional, é tipicamente entendida como o fortalecimento das próprias IES, enquanto organizações complexas. Entretanto, os outros critérios do Comitê de Assistência para o Desenvolvimento (CAD) – relevância, sustentabilidade e impacto – exigem um olhar para além do próprio umbigo (uma visão sistêmica), englobando o mundo em volta da IES. Importa não somente a relevância para a mantenedora e os corpos docente e discente, a sustentabilidade financeira da empresa e os benefícios para os formandos, mas também a relevância para a nação (o mundo) e o povo, a sustentabilidade econômica e ambiental e o impacto na resolução de problemas sociais e na satisfação das reais necessidades da população.

No tocante à questão específica, a medicina moderna – que se consolidou com o advento da bacteriologia/bioquímica – estabeleceu a hegemonia da teoria

da transmissão dos microorganismos na explicação da gênese das doenças. Estas passaram a ser compreendidas como a relação entre o agente etiológico, as alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que constituíam o principal problema de saúde pública.

Mas, mesmo quando a bacteriologia/bioquímica era proclamada como a verdade absoluta, muitos ainda mantiveram o interesse pelas condições sociais na causação das doenças, reagindo contra o exagero do ponto de vista bacteriológico/bioquímico; pois os microorganismos se proliferam em ambientes propícios e isso nos remete a um relevo além dos bancos escolares e da medicina como um todo.

Por um lado, partindo da formação médica, a resposta nos remete à discussão do perfil do médico e da forma como este vem se adaptando sob a influência das pressões de um mercado cada vez mais especializado e voltado para a medicina privada, com toda a tecnologia lucrativa que está em seu bojo.

Conclui-se que um “Relatório Flexner” brasileiro poderia ajudar a melhorar a eficiência da educação médica e promover o fortalecimento institucional do ensino da medicina no País, no sentido estrito de fortalecimento dos cursos de medicina nas Instituições do Ensino Superior. Caso opte por esse caminho, o Brasil deve procurar evitar os erros do passado, como o dogmatismo positivista/cientificista e o aumento da iniquidade social. A influência dos interesses econômicos na avaliação institucional e nas políticas de ensino superior é inevitável, mas a avaliação deve procurar situá-la no seu devido lugar entre outros valores mais nobres.

A avaliação da educação médica e do ensino superior em geral no Brasil e nos outros países da região e do mundo, deveria extrapolar a análise da eficiência e do fortalecimento institucional dos cursos e faculdades, adotando uma visão sistêmica que abarque sua sustentabilidade, seus impactos e sua relevância para a sociedade maior, inclusive no tocante à excelência e à equidade. Somente uma

avaliação dessa abrangência será capaz de satisfazer as necessidades da gestão, no sentido mais nobre da palavra.

---

### Referências Bibliográficas

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 29:2, 136-146, maio-agosto 2005.

ARNOLD, J.; BREEN, L. Images of health. IN Gorin, S.; Arnold, J. *Health promotion in practice*. San Francisco, Jossey-Bass, 2006.

BECK, A. The Flexner Report and the standardization of American medical education. *Journal of the American Medical Association* 291:2139-2140, 5 maio 2004.

BERLINER, H. A larger perspective on the Flexner Report. *International Journal of Health Services*, 5:4, 1975.

BOWEN, W.; Tobin, E.; Kurzweil, M. Equity and excellence in American higher education. Nova York, Barnes & Noble, 2005.

CASTRO, C. Educação superior e equidade: Inocente ou culpada? *Ensaio: Avaliação de políticas públicas educacionais*, Rio de Janeiro, 9:30, pág. 109-122, 2001.

COULTER, H. *Divided legacy*. McGrath, Washington, D.C., 1974.

DIAMOND, H.; DIAMOND, M. *Fit for life*. Nova York, Warner Books, 1985.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Bulletin nº 4, 1910. [http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner\\_report.pdf](http://www.carnegiefoundation.org/eLibrary/docs/flexner_report.pdf)

FUNASA. *Saúde da população negra no Brasil*. Brasília, Fundação Nacional da Saúde, 2005.

GUZICK, D. Medical student indebtedness: a call for scholarship aid. *Dean's Newsletter*. University of Rochester Medical Center School of Medicine and Dentistry, 29 setembro 2005. <http://www.urmc.rochester.edu/smd/about/newsletterArchive/newsletter09292005.cfm>

IBRD. *World development report 1993: investing in health: world development indicators*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Oxford, Oxford University Press, 1993.

KENNEY, J. Fit for Life: some notes on the book and its roots. *Nutrition Forum*, março de 1986. <http://www.quackwatch.org/11Ind/fitforlife.html>

KLIKSBERG, B. *Desigualdade na América Latina: o debate adiado*. Tradução de Sandra Trabucco Valenzuela. São Paulo, Cortez, 2000.

LOWES, R. Medical education has become an assembly line. *Medical Economics*, 10 janeiro 2000. <http://www.memag.com/memag/article/articleDetail.jsp?id=124089>

LOWES, R. What are these doctors doing right? They earn substantially more than their peers for some very good reasons. *Medical Economics*, 18 março 2005. <http://www.memag.com/memag/article/articleDetail.jsp?id=151140&pageID=2>

MEC. *Diretrizes para a avaliação das Instituições de Educação Superior*. Brasília, Ministério da Educação, Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior – CONAES, 2004.

MS. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina – PROMED. Ministério da Saúde, *Boletim ABEM* 4, novembro-dezembro 2002.

NASSIF, A. Projeto Flexner brasileiro, 2006. <http://www.escolasmedicas.com.br/artigos.asp?cmd=view&articleid=22>

OCDE. Summary Record of the Fourth Meeting: 30-31 March 2006. Organisation de Coopération et de Développement Economiques, Development Co-operation Directorate, Development Assistance Committee, DAC Network on Development Evaluation, DCD/DAC/EV/M(2006)1. <http://list.uneval.org/read/attachment/509/1/DAC%20Summary%20of%204th%20Meeting.pdf>

OCDE-CAD. *Gestión para resultados de desarrollo: principios en acción: libro de consultas de buenas prácticas recientemente identificadas*. Esfuerzo Colaborativo, OCDE-CAD en Gestión para resultados de desarrollo, 2006.

OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Organização Mundial da Saúde, 1947. <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>

OMS. *Carta de Ottawa: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, Ottawa, Organização Mundial da Saúde, novembro de 1986. <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>

PESESCHKIAN, N. *Psychosomatik und Positive Psychotherapie*. Berlin, Springer, 1991.

PINHEIRO, E., et alii. Profissional de saúde: a inter-relação entre formação e prática. *Formação: Estudos, reflexões e experiências em educação profissional na saúde*. Maio 2003. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Profissional na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Revista\\_8.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Revista_8.pdf)

RABINOWITZ, H.; DIAMOND, J.; MARKHAM, F.; HAZELWOOD, C. (1999). A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *Journal of the American Medical Association* 281:3, 20 janeiro 1999. <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/17/2139>

RADHAKRISHNAN, P. The right pathway to higher education. *Humanscape.org*, 2004. <http://www.humanscape.org/Contribute/pathway.php>

REYNOLDS, O. *The social and economic status of college students*. Nova York: Teachers College, Columbia University, 1927.

ROTHSTEIN, W. *American physicians in the 19<sup>th</sup> century*. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1972.

SOBRINHO, J. Desafios da avaliação universitária na América Latina. IN Trindade, H. e Blanquer, J.-M. (orgs.), *Os desafios da educação na América Latina*. Petrópolis, Vozes, 2002.

TAVARES, D. Com problemas do século passado. *Correio Braziliense*, 30 abril 2006.

THEODORSON, G. e THEODORSON, A. *A modern dictionary of sociology*. Nova York, Apollo, 1969.

TRINDADE, H. UNESCO e os cenários da educação superior na América Latina. IN Trindade, H. (org.), *Universidade em ruínas: na república dos professores*, 3ª Edição. Petrópolis, Vozes, 2001.

UC ATLAS OF GLOBAL INEQUALITY. Income Inequality, 2004. <http://ucatlas.ucsc.edu/income.php>

UNESCO. *Documento de política para el cambio y el desarrollo en la educación superior*. Paris, UNESCO, 1995.

WALKER, R. *Produzindo impacto social: elaborando e avaliando projetos de desenvolvimento*. São Paulo, E.P.U., 2002.

WERNECK, J. Iniquidades raciais em saúde e políticas de enfrentamento: as experiências do Canadá, Estados Unidos, África do Sul e Reino Unido. IN

FUNASA (2005), *Saúde da população negra no Brasil*. Brasília, Fundação Nacional da Saúde, 2005.