

# EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL

## mitos, modas, raízes e recalques

Naomar de Almeida Filho

Professor Visitante no Instituto de Estudos Avançados da  
Universidade de São Paulo/USP. Professor Titular Senior do Instituto  
de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia/UFBA. Ex-  
Reitor da UFBA e da Universidade Federal do Sul da Bahia/UFSB.  
Pesquisador 1-A do CNPq.

São Paulo, SP

2020

## SUMÁRIO

	pg.
1. Introdução: ensaio de arqueologia neo-foucaultiana	3
2. Universidades góticas, academias aristocráticas, faculdades imperiais: Georges Cabanis e a reforma da medicina	4
3. Impactos da Reforma Cabanis na educação superior e no ensino médico do Brasil: raízes e recalques I	30
4. Conexões entre a Reforma Humboldt e a Escola Tropicalista da Bahia: raízes e recalques II	58
5. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos no Brasil contemporâneo	75
6. Nunca fomos flexnerianos: Anísio Teixeira e a educação superior em saúde no Brasil	94
7. Aprendizagem Baseada em Problemas: inovação sackettiana, simplismo pedagógico ou apenas moda?	128
8. Novas propostas, antigos contextos, futuros impasses	140
Referências Bibliográficas	160

## Capítulo 1

### INTRODUÇÃO: ENSAIO DE ARQUEOLOGIA NEO-FOUCAULTIANA

Para melhor entender a crise de formação de profissionais e de intelectuais que demarca a atual conjuntura nacional no campo da saúde, proponho apreciar raízes históricas e fundamentos conceituais dos modelos de ensino médico vigentes no mundo e no Brasil. Para isso, precisamos reler os clássicos, com cuidado e profundidade.

Na primeira fase de sua obra, meticulosa história crítica das ciências humanas, da medicina e da loucura, Michel Foucault (1966; 1963; 1961) postula uma abordagem conceitual e analítica por ele designada como “arqueologia do saber”. Nesse referencial, matrizes de pensamento (*epistemes*, paradigmas ou racionalidades) organizariam o conhecimento humano a partir de narrativas e normatividades, mediante regras de lógica e estruturas de linguagem. De modo inconsciente (ou, como diria Bourdieu, no registro do *habitus*), tais matrizes pautam condutas individuais e práticas sociais reconfiguradas como sistemas de positivities que, num determinado tempo e lugar, condicionam limites e conformam formações discursivas (Foucault, 1969).

No plano conceitual, a arqueologia foucaultiana articula-se a uma epistemologia histórica baseada em descontinuidades, na trilha aberta por Canguilhem (2009). No plano metodológico, em sintonia com o paradigma indiciário (Ginzburg, 1989), Foucault propõe o conceito de ‘arquivo’ como *corpus*, conjunto de discursos manifestos como dados históricos, narrativas, documentos e outros registros, a serem tratados como dispositivos organizadores de operações discursivas para construção de representações sociais e produção de práticas sociais numa dada cultura ou época. A partir desse referencial, como matriz analítica, consideremos quatro pontos: (i) rupturas – momentos e pontos críticos no espaço-tempo que indicariam descontinuidades históricas; (ii) latências – origens, fósseis, mitos, ausências, sobretudo lacunas persistentes; (iii) detalhes – prospecção de traços, indícios, rastros, incluindo sinais ocultos ou camuflados; (iv) ícones – personagens representativas ou eventos significativos (individuais ou coletivos) de um dado momento ou processo histórico, sem reduzir a análise histórica ao estudo de pessoas, fatos, feitos e datas.

Com os devidos ajustes, considerando limites e objetivos restritos do presente texto, tomemos essa abordagem como marco referencial para uma história social da saúde demarcada por descontinuidades. Na perspectiva das descontinuidades históricas, identificamos três rupturas em matrizes epistemológicas na cultura ocidental: o naturalismo hipocrático, incorporado ao pensamento aristotélico e resgatado pela medicina árabe, no século X; o racionalismo cartesiano, recuperado pelos reformadores da modernidade, na virada do século XIX; e o pragmatismo tecnocientífico aplicado, no início do Século XX. Ao articular modelos de formação e modos de cuidado em saúde, tais rupturas correspondem a personagens marcantes ou ícones históricos, respectivamente nessa ordem: Avicena – pioneiro da educação médica em contextos de cuidado prático institucionalizado, representando o empirismo hipocrático; Cabanis – reformador social, promovendo o enciclopédismo iluminista setecentista; Flexner – gestor de processos de mudança institucional, no seio do capitalismo industrial, na virada do Século XX.

A ruptura Avicena distancia-se muito no tempo, tanto que se perde nas fundações arcaicas dos saberes médicos e não mais os diferencia como dispositivos de cuidado; por contribuir pouco à problematização das formas contemporâneas de ensino-aprendizagem no contexto brasileiro, esta descontinuidade não será objeto de nosso inquérito. A ruptura de Cabanis e suas correlações com o racionalismo cartesiano, por sua vez, constituem objeto central do capítulo 2. Em continuidade, os efeitos dessa autointitulada revolução da medicina e reforma do ensino médico no cenário brasileiro é o tema do capítulo 3.

Na literatura historiográfica sobre as universidades ocidentais, tem-se falado muito sobre a reforma Humboldt, que teria concebido e realizado a *research university* como um paradigma de modernidade na educação superior. No Capítulo 4, examino a hipótese de que a Escola Tropicalista da Bahia teria sido uma tentativa de implantar princípios do modelo humboldtiano de educação superior em saúde, mal-sucedida por encontrar reações e recalques por parte do estabelecimento médico da época. Nos capítulos 5 e 6, busco analisar a ruptura Flexner, (e os efeitos da reforma por ela induzida no ensino superior norteamericano) em particular sua ressonância imaginária, quase mitológica, no discurso político-social sobre a saúde no contexto brasileiro. Finalmente, no capítulo 7, verifico algumas hipóteses sobre o movimento da Aprendizagem Baseada em Problemas, se teria sido uma virtuosa inovação sackettiana, um simplismo pedagógico ou apenas uma moda passageira. As conclusões expostas no capítulo 8 pretendem refletir sobre contradições e articulações entre contextos antigos e propostas inovadoras que resultam em futuros impasses.

Este livro resulta de uma série de artigos sobre a educação médica brasileira que publiquei entre 2010 e 2020. Agradeço às respectivas editorias a autorização para reproduzi-los e, no que foi pertinente, aprofundá-los em conteúdo e argumentação.

## Capítulo 2

### UNIVERSIDADES GÓTICAS, ACADEMIAS ARISTOCRÁTICAS E FACULDADES IMPERIAIS: GEORGES CABANIS E A REFORMA DA MEDICINA

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (1979) descreve em detalhes o contexto da formação médica na França no final do século XVIII. Naquele momento histórico, o caso da ordem aristocrática num país devastado por guerras, desgoverno e fome, “o ensino canônico ministrado na Faculdade não responde mais às exigências da prática”, na medida em que se ensina uma medicina retórica, representada por doutrinas distanciadas das descobertas científicas e das críticas filosóficas do Iluminismo. No plano institucional, verifica-se um excesso de escolas médicas de baixa qualidade, onde cátedras são cargos disputados e negociados pela nobreza decadente como fonte segura de renda pois os professores estão autorizados a ministrar cursos pagos; fora das aulas, estudantes compram a preparação para seus exames, “o que torna os estudos médicos muito custosos, tanto mais que, para ter formação prática, o novo doutor deve seguir, em suas visitas, um médico renomado a quem é preciso indenizar” (Foucault 1979, p. 48). É impressionante como esta descrição do cenário do ensino médico em França no fim do século XVIII parece corresponder, um século mais tarde, ao contexto norteamericano sintetizado no Relatório Flexner (1910). Mais incrível ainda é que, em certa medida, tal cenário continua atual em várias partes do mundo, incluindo o Brasil neste início do século XXI (Almeida Filho, 2011).

Para Foucault, buscando superar a situação herdada do Ancien Régime, a pauta dos líderes políticos da Revolução Francesa inicialmente incluía medidas radicais como extinção das confrarias e corporações e fechamento “das góticas universidades e das aristocráticas academias”.<sup>(3,p.74)</sup> Tais medidas foram complementadas por estratégias de médio e longo prazo: por um lado, uma regulamentação rigorosa, condicionando o direito de exercício da profissão médica a uma formação profissional credenciada pelo Estado; por outro lado, uma reorganização profunda da estrutura e do próprio sistema de ensino.<sup>3</sup>

Em 1792, o médico e farmacêutico Antoine-François de Fourcroy (1755-1809), pioneiro da entomologia e da nomenclatura química, propôs a

recriação do sistema francês de educação através do “ensino livre das ciências e das artes” e de reestruturação da formação em saúde a partir de uma "medicina em liberdade", superando a formação médica de base retórica com a implantação de uma Escola de Saúde em Paris destinada a graduar *officiers de santé*. Aprovada com entusiasmo pelos próceres da Revolução, a proposta logo se ampliaria para mais duas escolas de saúde nas províncias, em Montpellier e Estrasburgo, tradicionais centros de educação médica. Conforme relata Foucault:(3,p.76)

"O povo será amplamente admitido na nova escola de saúde; [...] serão escolhidos em cada distrito alunos que tenham "boa conduta, costumes puros, amor à República e ódio aos tiranos, cultura bem cuidada e, sobretudo, conhecimento de algumas ciências que servem de preliminar para a arte de curar". [...] Em vez de ser, como a antiga faculdade, o lugar de um saber esotérico e livresco, a nova escola de saúde [deve ensinar] em vez das vãs fisiologias, a verdadeira "arte de curar".

Além do destaque dado por Foucault, essa fascinante e pouco conhecida história foi objeto de um artigo bastante completo escrito por Maurice Crosland.<sup>6</sup>

Ensino superior livre, ativo e solidário em vez de "góticas universidades e aristocráticas academias"? Acesso amplo de postulantes oriundos das classes populares à educação universitária anteriormente reservada às elites? Educação geral profissional a partir de uma formação cidadã em Política, Artes, Filosofia & Ciências? Formação de profissionais de saúde em Escolas de Saúde em vez de especialistas em morbidade nas escolas de doença chamadas Faculdades de Medicina? Impressiona a pertinência e atualidade política dessas relevantes questões que, aliás, já constavam da primeira pauta de reforma social nos momentos iniciais da Revolução Francesa.

Entretanto, como ressalta Foucault,<sup>3</sup> a ordem política tinha outros planos. Também no campo da prática médica e da formação em saúde, os vetores da restauração conformadora iniciada pelo governo do Diretório e posteriormente consolidada pelo Consulado de Bonaparte deslocaram propostas revolucionárias orientadas à emancipação dos sujeitos. Em vez de uma prática clínica não só como “momento essencial da coerência científica, mas também da utilidade social e da pureza política da nova organização da medicina”, fomentava-se a recuperação institucional da medicina para “por fim à perigosa experiência da liberdade, um modo, no entanto, de lhe conceder sentido positivo, como também uma via para restaurar, conforme o desejo de alguns, as estruturas do Antigo Regime”.(3,p.75) Assim, a solução política radical encaminhada pela esquerda jacobina na Convenção de 1792 terminou superada pela criação das *grandes écoles* e pela restauração de Faculdades de Medicina e Direito, que ressurgiram ainda mais poderosas

nos albores da era napoleônica. O consenso político e social alcançado pela solução conservadora produziu então modelos de educação superior orgânicos à mentalidade católica mediterrânea e, ao mesmo tempo, congruentes com a nascente ideologia burguesa materialista, individualista, produtivista e laica.

Nesse contexto, um dos principais líderes intelectuais do processo de recuperação dos valores da tradição médica, ajustada à matriz cultural da nascente burguesia, é Pierre-Jean Georges Cabanis, líder do famoso grupo dos *Idéologues*, uma das principais fontes do pensamento inspirador das acomodações políticas que sucederam a Revolução de 1789. O modelo educacional concebido por ele e seus pares do Círculo de Auteuil, adotado na reforma napoleônica da educação de 1806-1808, estabeleceu as bases do sistema de ensino superior e profissional implantado na França oitocentista, extrapolando o âmbito restrito da educação superior em saúde.<sup>7</sup> Na conjuntura de uma sociedade liberal pós-aristocrática resultante de um novo modo de produção, o sistema francês de ensino aparece como exemplar para outros povos submetidos à poderosa influência cultural da França, principalmente na Europa meridional e nos países recém-saídos da condição de colônia, como o Brasil do século XIX.<sup>8</sup>

O papel de Georges Cabanis como líder reformador da educação médica, sob bases científicas e diretrizes tecnológicas oriundas do pensamento cartesiano, tem sido em geral pouco reconhecido entre nós. As poucas referências na literatura nacional que encontrei à obra de Cabanis – suposto como defensor da inferioridade da mulher,<sup>9</sup> precursor do conceito de instinto sexual,<sup>10</sup> por sua teoria fisiológica das ideias<sup>11</sup> e, curiosamente, valorizador da mestiçagem como fator de igualdade entre os homens, vindo nesse caso a ser considerado um proto-antagonista ao racismo de Gobineau<sup>12</sup> – não incluem sua contribuição ao ensino médico e à educação superior.

Este artigo tem como objetivo propor uma hipótese: o modelo de educação médica ainda hoje hegemônico no Brasil se organiza numa perspectiva cabanisiana (ou cabanística), definida por uma estrutura conceitual linear e cartesiana, com matriz curricular disciplinar, formatos tradicionais de prática pedagógica e submissão à lógica profissional corporativa. A apreciação competente desta hipótese requer, sem dúvida, melhor compreensão do contexto social e político dos processos históricos geradores desse anacronismo. Nesse sentido, em primeiro lugar, apresento uma súmula da biografia e do conjunto pensamento-obra de Georges Cabanis, introduzindo-o como personagem central em seu contexto histórico. Em segundo lugar, em breves traços, apresento o projeto de reforma do ensino médico elaborado por Cabanis e seus colaboradores, tomando alguns dos



seus textos autorais como fonte documental. Finalmente, para avaliar de modo preliminar a consistência desta hipótese, destaco os principais elementos estruturais do modelo cabanisiano, com foco especial no ensino médico.

### **Biografia Breve de Cabanis**

Esta seção compila informações constantes em textos selecionados sobre vida e obra de Cabanis.<sup>12,13,14,15,16,17</sup>

Pierre-Jean Georges Cabanis (1757-1808) foi um médico francês que, na virada do Século XIX, alcançou grande reputação como filósofo e líder político. A Figura 1 mostra sua efígie em conhecida litogravura de Ambroise Tardieu.



**Figura 1 - Pierre-Jean Georges Cabanis (circa 1790)**

Nasceu Cabanis em 5 de junho de 1757, em Cosnac, quinto filho de Marie-Hélène de Souleyrac e de Jean-Baptiste Cabanis. Órfão aos sete anos, o pequeno Cabanis é inicialmente educado na paróquia local. Aos dez anos, admitido no internato do *petit collège doctrinaire* de Brive, logo alcança os limites da educação provincial. Com a proteção de Turgot, ministro de Luís XVI, o jovem Cabanis é enviado a Paris em 1771 para completar seus estudos, revelando-se um dedicado e brilhante estudioso dos clássicos, com talento inato para o aprendizado de línguas. Em 1773, é contratado como secretário particular do príncipe Massalski, bispo de Vilna em visita à França, que o convida a acompanhá-lo a Varsóvia. Nos anos seguintes, a

serviço do Bispo, viaja por vários países da Europa Oriental, tornando-se fluente no idioma alemão. De volta a Paris em 1775, retoma os estudos filosóficos e amplia seu horizonte de interesses para o campo das ciências naturais. Participa com assiduidade e entusiasmo dos famosos saraus do Círculo de Auteil, promovidos pela bela e rica viúva do filósofo Claude-Adrien Helvétius, que o convida a residir na mansão, onde convive com grandes nomes do Iluminismo Francês.

Nessa época, Cabanis torna-se amigo de personalidades que influenciarão toda a sua vida, como o marquês de Condorcet, filósofo e matemático interessado em educação (que escreveria, em 1791, *Cinq Mémoires sur l'Instruction Publique*, texto base para várias propostas de reforma da educação pública na França pós-revolucionária). A conselho de Léon Dubreuil, médico clínico e fisiologista, Cabanis começa estudos preparatórios em 1778, acompanhando seu mentor nas visitas domiciliares e nas rondas no Hospital Charité. Em 1780, Cabanis é finalmente aceito na rigorosa Faculdade de Medicina de Paris, assistindo aulas de Le Roux, Langlois, Solier e Bosquillon, dentre outros ilustres professores-médicos. Em 1783, interrompe seus estudos para se tornar, por um breve tempo, seguidor do famoso hipnotizador Franz Anton Mesmer.

Com a morte de Dubreuil e a condenação de Mesmer, Cabanis abandona a Faculdade de Medicina de Paris e retoma seus estudos na Faculdade de Reims, graduando-se em Medicina com louvor em 1784. Entre 1785 e 1788, abre uma clínica gratuita para os pobres de Auteuil e dedica-se a estudos filosóficos e científicos (sobretudo na nascente área da Fisiologia Humana). Em 1788, escreve sua primeira obra no campo da semiologia clínica, um opúsculo intitulado *Du degré de certitude de la médecine* (publicado somente em 1797), onde explora as fronteiras da medicina com a filosofia, criticando o uso indevido da matemática e sua incipiente teoria probabilística no processo de diagnóstico diferencial.

Revolucionário de primeira hora, Cabanis participa das conspirações e movimentos da Revolução Francesa que derrubaram o Antigo Regime. Após a tomada da Bastilha, conhece Honoré-Gabriel de Mirabeau, com quem compartilha firmes convicções republicanas. Em diferentes ocasiões durante 1790, Cabanis colabora com Mirabeau e mesmo redige vários discursos por ele proferidos na Assembléia Nacional, ajudando-o a tornar-se um dos maiores oradores e líderes políticos da Revolução Francesa. Após sua morte precoce em 1791, Cabanis revisa e mesmo reescreve as anotações de Mirabeau para discursos sobre educação pública e os reúne numa publicação intitulada *Quatre discours sur l'Éducation publique (découverts après son décès)*, concedendo créditos exclusivos ao grande tribuno.

Entre 1790 e 1792, Cabanis torna-se o administrador geral dos hospitais de Paris, apoiando integralmente a reforma proposta e conduzida por seu amigo Philippe Pinel. Como programa de trabalho nesses importantes cargos, escreve e publica o ensaio *Observations sur les hôpitaux*. Em 1791, eleger-se vice-prefeito da comunidade de Auteuil, confirmando-a como sua terra de adoção. No início da Convenção, redige uma série de *rapports* sobre instrução pública e assistência social que muito influenciam o conjunto de medidas de reestruturação institucional implantadas no período inicial da Revolução – com destaque para *Quelques considérations sur l'organisation sociale* (publicado somente em 1799), *Quelques Principes et quelques vues sur les secours publics* (publicado em 1803). Nesses textos, considera a distribuição injusta de riqueza herdada do Antigo Regime como um dos maiores problemas políticos a serem enfrentados pela Revolução e propõe estratégias de redução das desigualdades sociais pela implantação de uma nova organização institucional promovida pelo Estado. Nessa fase, inicia uma relação de amizade e colaboração com Antoine-Louis Destutt, Conde de Tracy, organizando o movimento intelectual que a posteridade chamaria de *Les Idéologues*.<sup>17</sup>

Em 1793, no auge do Terror promovido pela Convenção, ajuda a esconder o Marquês de Condorcet nos arredores de Paris, acolhendo em Auteuil toda a família do amigo perseguido (três anos depois, Cabanis se casaria com Charlotte Grouchy, irmã caçula da viúva de Condorcet). Nesse período turbulento, Cabanis sofre muito com a prisão de vários dos seus amigos mais próximos, culminando com a execução de Lavoisier e do poeta Roucher, seu mentor da juventude, e o suicídio de Condorcet. Deprimido, doente e considerado suspeito pelo temido *Comité de Salut Public*, Cabanis recolhe-se a Auteuil onde retoma seu trabalho filantrópico de médico dos pobres e desvalidos (que enfim o protegem da perseguição das milícias populares).

Em meados de 1794, quando o Terror finalmente começa a refluir com o Thermidor, Cabanis retoma intensa atividade política. Em primeiro lugar, reabre os salões de Madame Helvétius, agora acolhendo o núcleo aglutinador do que Picavet<sup>12</sup> chamou de “segunda geração dos ideólogos”: Pierre-Simon Laplace, célebre matemático, astrônomo e físico; Jean-Baptiste Say, pioneiro das ciências econômicas; Constantin-François de Volney, historiador que introduzirá Napoleão Bonaparte ao grupo; Pierre-Claude François Daunou, educador e precursor da ciência política; liderados pelo pedagogo e filósofo Destutt de Tracy e pelo próprio Cabanis. Em segundo lugar, sob a influência de Pinel, Georges Cabanis renova seu interesse pelos temas de reforma dos hospitais, regulamentação do exercício da profissão

médica, teoria das práticas clínicas, modelos assistenciais e ensino médico. Um plano moderado de reorganização da prática médica e do ensino em saúde, elaborado por uma comissão da Sociedade Real de Medicina, presidida pelo anatomista Félix Vic D'Azyr, tinha sido apresentado à Assembleia Nacional no primeiro ano da Revolução, logo rejeitado por sua origem numa instituição oficial do regime anterior. Em 1794, Antoine de Fourcroy apresenta à Convenção o projeto de reforma do ensino médico mencionado na Introdução, onde propõe a unificação definitiva do ensino da Medicina, da Cirurgia e da Farmácia em um único diploma universitário, preconiza uma formação de base anátomo-clínica (com a implantação de *salles d'autopsie* nas escolas médicas) e introduz o conceito de prática-estágio obrigatória nos serviços de saúde (origem do *internat des hôpitaux*). Cabanis apoia esses pontos da proposta, porém mostra-se cético em relação à criação das *écoles de santé* e discorda da centralidade concedida ao ensino de Farmacoquímica como ciência de base do novo currículo. Apesar disso, é nomeado Professor Adjunto de *Hygiene* da primeira escola de saúde implantada em Paris, juntamente com Pinel, Fourcroy, Thouret, Desgenettes e outros médicos famosos naquela conjuntura.

Após a reabertura das faculdades, Georges Cabanis é nomeado Professor Adjunto da Faculdade de Medicina de Paris, onde implanta um novo modelo de ensino clínico. Seguidor da “semiologia natural” de Corvisart, defende examinar o paciente em profundidade, numa abordagem sistemática e metódica, observando a correlação nosológica diretamente, na cabeceira do paciente. Por solicitação de Garat, Comissário da Educação Pública, Cabanis escreve em 1796 um conjunto de observações sobre o modo de funcionamento de uma escola de medicina ideal intitulado *Considérations générales sur les révolutions de l'art de guérir*, discutido no *Institut de France*. Em 1798, graças ao seu trabalho filantrópico junto aos indigentes da comunidade de Auteuil e arredores, Georges Cabanis elege-se representante do povo do Departamento de Seine para o Conselho dos Quinhentos. Aproveitando sua tribuna, apresenta uma proposta de reforma da medicina que articula o Plano Vic d'Azyr com elementos curriculares da proposta de Fourcroy, tanto em termos de prática quanto de modelo de formação, desmembrada em sucessivos *rappports* submetidos ao Conselho durante todo o ano de 1798. O mais importante desses documentos é sem dúvida um Relatório e Projeto de Resolução subtítuloado *Sur un mode provisoire de police médicale*,<sup>19</sup> onde apresenta um conjunto de políticas para a reinstitucionalização do exercício da Medicina (este é o sentido do termo *police médicale*) na era pós-revolucionária, em sintonia com diretrizes curriculares e regras de graduação em nível superior para a profissão médica. Político habilidoso e bem relacionado, Cabanis se faz onipresente e atuante na condição de

parlamentar e consegue, não sem dificuldades, aprovar a maior parte de sua agenda.

Em 1799, de volta do Egito, Napoleão Bonaparte participa dos salões de debates de Paris; comparece regularmente ao *salon* de Auteuil, agora principal ponto de encontro dos ideólogos. O futuro Imperador dá sinais de que pretende adotar as ideias defendidas pela elite intelectual parisiense, com maior simpatia pelas propostas moderadas do grupo liderado por Cabanis e Destutt de Tracy. Fiel e entusiasmado bonapartista, Georges Cabanis participa do golpe de Estado do 18 Brumário e é convocado a compor o Senado Conservador durante sua criação. Nesse ano, já célebre no cenário acadêmico parisiense, é nomeado para a cátedra de História da Medicina da Faculdade de Medicina de Paris, destinando seu salário à nova biblioteca e a um programa de bolsas para estudantes pobres.

Na virada do século, Madame Helvétius falece e deixa Cabanis como herdeiro. Como muitos dos seus colegas ideólogos, Cabanis esperava que os princípios republicanos defendidos pela Revolução seriam valorizados e aplicados na reconstrução da sociedade francesa, porém decepciona-se cada vez mais com as decisões autoritárias do agora Consul Vitalício da República; em protesto, não mais comparece às sessões do Senado. O permanente estado de guerra e o patriotismo exacerbado que dominam a sociedade francesa no apogeu da era Bonaparte, acentuam seu isolamento e depressão. Cabanis recolhe-se ao pavilhão da biblioteca de Auteuil e empenha-se em registrar de modo sistemático o legado filosófico, científico e pedagógico de sua movimentada vida.

Em 1802, publica *Rapports du physique et du moral de l'homme*, obra que gerou grande polêmica por sua proposição de uma teoria fisiológica sobre a origem das ideias que, de modo explícito, negava a existência da alma. Em 1803, com a reconstituição das academias a partir das seções do *Institut de France*, Cabanis é eleito para a entidade que em breve se tornaria a Academia Francesa. Nesse mesmo ano, organiza seus escritos sobre história dos saberes em saúde, reforma da medicina e educação médica, porém, por razões de saúde, não conclui a revisão e ampliação planejada; apesar disso, atendendo à pressão dos amigos, autoriza sua publicação como livro-testamento. A partir de 1805, sua delicada saúde piora bastante; impossibilitado de sair do refúgio em Auteuil, desgostoso com a tirania do governo bonapartista, encerra sua carreira política. Georges Cabanis falece no dia 5 de maio de 1808, devido a uma série de acidentes vasculares encefálicos.<sup>18</sup>

## Revoluções e Reforma da Medicina

Anotações escritas durante o inverno de 1795, aulas sobre História da Medicina ministradas na Faculdade de Medicina de Paris entre 1797-1798 e propostas sobre reforma do ensino médico submetidas ao Conselho dos Quinhentos entre 1798-1801, foram integradas num livro intitulado *Coup d'oeil sur les révolutions et la réforme de la médecine*,<sup>20</sup> somente publicado em 1804, como vimos. Proponho tomar esse texto – fascinante, opinativo, ambicioso e rico documento de posição, representativo do pensamento político-filosófico de Cabanis – cujo frontispício encontra-se na Figura 2, como peça-chave para a presente análise.

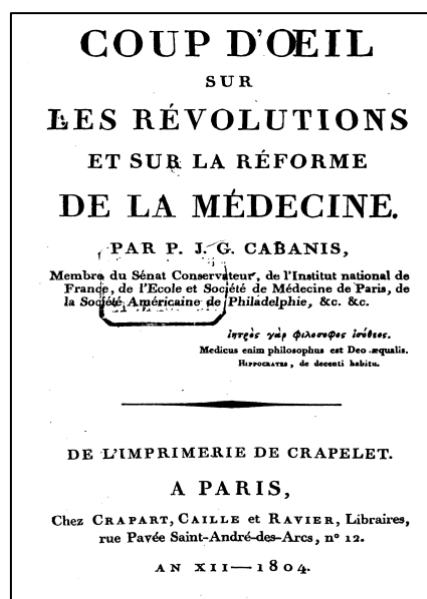


Figura 2 – Frontispício da obra

Apesar do protagonismo individual de Georges Cabanis, a reconstrução da medicina francesa na curta e intensa transição da Revolução de 1789 à restauração napoleônica foi, antes de tudo, uma obra coletiva e multifacetada. O título *sur les révolutions et la réforme de la médecine* faz crer que se trata de um balanço justamente do esforço coletivo de reforma da medicina, vitoriosa na criação de um modelo de prática médica que, nos idos de 1803, já se mostrava funcional e promissor. Entretanto, a simples leitura de sua tábua de conteúdos (Figura 3) revela que se trata de ambicioso e intrincado projeto de resgate da história da prática médica e de reforma da educação médica, em termos conceituais, curriculares, pedagógicos e pragmáticos, destinado a dar longevidade e sustentabilidade à *réforme de la médecine*.

Nesse sentido, a narrativa reconhecidamente autoral e panorâmica – este é o sentido da metáfora militar originária da expressão *coup d'oeil* – sobre a reforma do ensino médico não é descritiva e sim prescritiva, ou talvez prospectiva. O curioso título, portanto, é enganador, talvez denotando um traço de humildade (ou de depressão, lembremos do momento em que o texto foi finalizado), deixando de indicar que o conteúdo do intrigante livro lançava as bases para o que, merecidamente, proponho designar como Reforma Cabanis.

Como introito ao *Coup d'oeil*, encontra-se uma advertência prévia, que narra circunstâncias, motivação e dificuldades (inclusive de saúde) para a elaboração do livro. Cabanis confessa que sempre teve particular interesse em contribuir para a realização do grande projeto político de seu amigo Garat: a reorganização do sistema francês de ensino em todos os setores e níveis. De fato, ele havia sido um dedicado colaborador do *Comité de d'Instruction publique*, presidido por Dominique Garat, que conseguiu inserir na Constituição, aprovada pela Assembléia Constituinte em 1791, a garantia da educação como direito de todos: *Il sera créé et organisé une Instruction publique commune a tous les citoyens* [Uma instrução pública comum a todos os cidadãos será criada e organizada]. Mais ainda, pela primeira vez assume-se a instrução pública como dever do Estado, indispensável à formação do cidadão como ser humano pleno, mediante acesso à educação necessária à evolução da sociedade livre, igualitária e fraterna.

No prólogo da obra, intitulado simplesmente *Objet de cet écrit*, Cabanis apresenta com precisão os objetivos de sua obra, contrastando com o estilo rebuscado predominante na literatura acadêmica daquela época:

- traçar, de maneira rápida e sumária, a história das revoluções da medicina;
- caracterizar cada revolução pelas circunstâncias que a fizeram surgir e pelas mudanças que ela produziu no desenvolvimento da ciência;
- e, enfim, tentar ver se estes diferentes quadros, comparados aos métodos filosóficos modernos, podem fornecer algumas visões úteis da reforma da medicina e do seu ensino.

T A B L E.		T A B L E.	
OBJET DE CET ÉCRIT.....	page 1	médecine. Hypothèses des Mécaniciens et des anciens Chimistes.....	page 237
CHAPITRE PREMIER.....	11	§. x. La Médecine tend aux hypothèses, par la nature même du sujet auquel elle s'applique.	251
§. I. L'art de guérir est-il fondé sur des bases solides?.....	<i>ibid.</i>	§. xi. L'application d'une philosophie plus rigoureuse à la médecine, l'a-t-elle privée de richesses véritables?.....	266
§. II. Différens points de vue sous lesquels doit être considéré l'art de guérir.....	20	§. xii. Que reste-t-il à faire pour la réforme de la médecine?.....	270
CHAPITRE II. Tableau des révolutions de l'art de guérir, depuis sa naissance, jusqu'à son introduction chez les Romains.....	38	§. XIII. Exposition plus circonstanciée des procédés de l'analyse philosophique, appliquée à la médecine.....	276
§. I. La médecine entre les mains des chefs de peuplades, des poètes, et surtout des prêtres. <i>ibid.</i>		§. XIV. Application des quatre espèces d'analyse aux différens objets des travaux de la médecine.	286
§. II. La médecine cultivée par les premiers philosophes.....	63	§. XV. Enseignement analytique de la médecine.....	307
§. III. Hippocrate.....	72	CHAPITRE IV. Considérations particulières sur diverses branches de la Médecine.....	314
§. IV. Autres écoles de la Grèce.....	97	§. I. Anatomie.....	<i>ibid.</i>
§. V. Depuis l'établissement de la Médecine à Rome, jusqu'à l'époque des Arabes.....	106	§. II. Physiologie.....	327
§. VI. Époque des Arabes.....	116	§. III. Relations de la Médecine avec la Morale.....	335
§. VII. La Médecine passe de Grèce en Europe, avec les savans et les livres.....	123	§. IV. Pathologie, Séméiotique, Thérapeutique.....	345
§. VIII. Médecins Juifs.....	125	§. V. Hygiène.....	362
§. IX. Médecins Chimistes de la première époque.....	132	§. VI. Chirurgie. Opérations chirurgicales.....	372
§. X. Renaissance des Lettres et de la Médecine hippocratique.....	137	§. VII. Matière médicale.....	378
§. XI. Staalh, Vanhelmont.....	page 145	§. VIII. Chimie, Pharmacie.....	384
§. XII. Sydenham.....	160	§. IX. Botanique.....	page 389
§. XIII. Découverte de la circulation du sang.....	164	§. X. Médecine vétérinaire.....	398
§. XIV. Boerhaave.....	169	CHAPITRE V. Objets accessoires.....	406
§. XV. Hoffmann; Baglivi; nouveaux solidistes d'Edimbourg; École de Montpellier.....	173	§. I. Histoire naturelle.....	<i>ibid.</i>
§. XVI. État de l'enseignement.....	177	§. II. Physique.....	405
CHAPITRE III. Vues générales sur l'enseignement de l'art de guérir.....	186	§. III. Sciences mathématiques.....	411
§. I. Facultés de l'homme; source de ses erreurs; inventions des méthodes philosophiques. <i>ibid.</i>		§. IV. Méthodes philosophiques.....	418
§. II. Application de l'analyse à l'art de guérir.....	194	§. V. Philosophie morale.....	420
§. III. Difficultés qu'on rencontre, en voulant appliquer l'analyse à l'observation et au traitement des maladies.....	200	§. VI. Belles-Lettres et Arts.....	426
§. IV. Mêmes difficultés et mêmes dangers dans la classification des remèdes.....	204	§. VII. Langues anciennes et modernes.....	430
§. V. Tentatives faites pour perfectionner les classifications médicales.....	207	CONCLUSION.....	435
§. VI. Difficultés nouvelles.....	210		
§. VII. On revient toujours nécessairement à la méthode. Elle ne nuit jamais par elle-même. Comment elle doit être appliquée à la médecine.....	215		
§. VIII. Grande influence des langues sur les sciences. Leur réforme.....	218		
§. IX. Fausse application des autres sciences à la			

Figura 32 - Tábua de conteúdo do livro *Coup d'Œil*

Ao dar conta do primeiro objetivo do *Coup d'Œil*, Cabanis adota uma perspectiva inusitada de respeito aos saberes tradicionais, indicando uma antecipação das bases relativistas da ciência antropológica contemporânea – lembremos que a Antropologia se reconhece como ciência somente no início do século XX. Menciona que mesmo entre os povos mais primitivos (destaca Nova Zelândia, Lapônia, norte da América e o interior da África) de sua época (início do século XIX) encontram-se “vestígios de uma medicina e de uma cirurgia verdadeiras”. De imediato, transporta esta analogia para a era pré-histórica, postulando que todos os conhecimentos pertinentes à saúde



eram coletivamente apropriados e as práticas de saúde “podiam ser exercidas por todas as pessoas dotadas de alguma inteligência” que, ao assumir o papel de cuidador da saúde de uma tribo ou aldeia, eram capazes de reconhecer diferentes doenças e lhes aplicar tratamento mais ou menos eficientes. Certamente influenciado pelas ideias rousseauianas, comenta em tom respeitoso que sem dúvida “havia uma medicina antes que houvessem médicos”, exercida por operadores de um saber empírico socialmente legitimados.

Cabanis propõe uma curiosa periodização para a pré-história da medicina, correspondente ao papel social dos proto-médicos: primeiro, os poetas, registrando linguagens, sensações e sofrimentos; depois os sacerdotes, com “a linguagem vaga e o sotaque misterioso da superstição”; finalmente, os filósofos, que “adotaram princípios de várias ciências que ainda não estavam prontas”. O destaque positivo para os poetas poderia ser tomado como uma cicatriz nostálgica do seu sonho de juventude, enquanto as menções pouco honrosas à competência dos sacerdotes para o cuidado em saúde poderiam resultar do anticlericalismo dominante entre os ideólogos, representativos do materialismo revolucionário. De todo modo, para Cabanis, os filósofos teriam sido responsáveis pela primeira revolução referida no título de sua obra:

A revolução que os primeiros filósofos fizeram na arte de curar foi, de fato, indispensável. [...] A física geral, a astronomia, a geometria, enfim, todas as ciências que se encontravam ainda no berço, tornaram-se simultaneamente objeto de suas meditações. [...] Combinações mais ousadas começaram a ligar os princípios da ciência aos dos outros conhecimentos humanos. [...] Quando estes mesmos sábios voltaram seus olhares para a medicina, eles puderam começar a clareá-la com uma luz mais pura. Acostumados a organizar seus diversos conhecimentos em uma certa ordem, a procurar relações entre eles e a encadeá-los, eles viram como era indispensável a classificação das observações médicas, para que pudessem ser submetidas ao exame do raciocínio. [...] Estes filósofos fizeram com que a medicina perdesse, então, seu caráter hipócrita e supersticioso. Eles transformaram uma doutrina oculta e sacerdotal em ciência comum, em arte usual. Esta revolução foi infinitamente útil, [tanto...] para a medicina como para a filosofia.

Enfim, surgiu Hipócrates! Dessa forma dramática, Cabanis anuncia a entrada na história da medicina do seu maior herói intelectual, a ele dedicando a mais longa seção (24 páginas) do *Coup d'oeil*. Além da sua contribuição aos fundamentos, conceitos, métodos, técnicas e práticas visando à constituição de uma “medicina em sua via natural”, com base na racionalidade experimental, Cabanis considera Hipócrates como autor de uma crucial separação entre medicina e filosofia que dialeticamente permitiu

recompor “estas duas ciências uma para dentro da outra, pois ele as via como inseparáveis”, recriando-as a partir de relações absolutamente novas.

Os fundamentos da medicina hipocrática são transversalmente apresentados, com ênfase na teoria da saúde como equilíbrio dinâmico entre ambiente e sujeito enfermo, na doutrina dos humores e na doutrina médica das crises. Em todo o texto, Cabanis se esmera em contextualizar suas relações com escolas filosóficas e outras tradições terapêuticas, narrando episódios e casos, sempre num tom apologético, sem esconder sua imensa admiração pelo “pai da arte de curar”.

[...] [Encontramos em Hipócrates] um gênero particular de estilo, mesmo de eloquência, que une a majestade à simplicidade ingênua, o movimento rápido à exatidão de detalhes, as cores de uma imaginação brilhante à severidade de um espírito justo e firme (que procurava somente a verdade), enfim, a clareza à mais surpreendente precisão. Ainda em nossos dias, ele é pensado pelos médicos, consultado pelos filósofos, lido pelos homens de gosto. Ele é e sempre será, para cada um deles, um dos mais belos gênios da antiguidade. A sua obra será sempre considerada como uma das mais preciosas obras de arte da ciência.

Nesse contexto, a sofisticada medicina grega teria sido por muito tempo rejeitada pelo governo dos magistrados latinos, que, sem para isso demonstrar competência, encarregavam-se pessoalmente dos cuidados à saúde. Galeno comparece no *Coup d’Oeil* como o mais ilustre dos médicos romanos de origem grega, criativo praticante e comentador eclético da doutrina hipocrática, que repetiu fundamentos, fez observações próprias e buscou sua integração às diversas teorias vigentes em sua época. Galeno teria ressuscitado à sua maneira a medicina hipocrática, ampliando sua influência entre as dezenas de seitas que cuidavam da saúde na Roma Antiga, porém comenta Cabanis que “o que ela adquiriu em suas mãos foi mais um adereço do que uma verdadeira riqueza”. Ao adquirir, nas aplicações galênicas, um caráter mais sistemático e até empresarial, os princípios, conceitos e métodos da arte/ciência criada por Hipócrates teriam perdido “muito de sua pureza”.

Na seção pertinente à medicina árabe, Cabanis revela-se um crítico ácido, em grande medida, injusto e até mesmo incompreensível. Sem citar fontes historiográficas, valoriza mais a tradição ptolomaica da Escola de Alexandria, onde a arte de curar teria sido “ensinada brilhantemente” a estudantes “de todos os cantos, que vinham ouvir os mestres mais célebres do universo”. Imputa a destruição da mais famosa Biblioteca da história da humanidade ao “ignorante furor dos muçulmanos”, assinalando que a destruição foi menor para os livros de medicina, “por causa do interesse que inspira aos homens mais ignorantes - a ciência que promete o alívio dos males”. Não obstante, reconhece que intelectuais muçulmanos teriam feito

um esforço de tradução e divulgação das principais obras filosóficas e médicas da herança grega; ainda assim, a medicina árabe pouco teria contribuído para o progresso histórico da arte de curar.

As escolas árabes estavam na moda, como as escolas gregas já o tinham sido antigamente. O árabe se tornou a língua dos sábios. Foi através desta língua que a Europa conheceu, primeiramente, as obras de Hipócrates, Galeno, Aristóteles, Euclides e Ptolomeu. Entretanto, no meio deste movimento dos conhecimentos, a medicina não tinha feito nenhum progresso real.

É difícil avaliar o que teria determinado sua posição claramente preconceituosa em relação à contribuição dos médicos-filósofos árabes. Tal preconceito se mostra flagrante no fato de que, no *Coup d'Oeil*, sequer nomina Averróis e Avicena, a despeito do *Cânon de Medicina* de Avicena ter feito parte da bibliografia obrigatória das escolas médicas europeias até meados do Século XVII. O domínio do grego antigo talvez tivesse possibilitado a Cabanis acesso direto às fontes da doutrina hipocrática, porém nenhum dos seus estudos investiga eventuais contradições ou equívocos nas traduções das obras aristotélica e hipocrática. Pior ainda: aos célebres médicos-filósofos da Pérsia e de Córdoba, Cabanis deixa implícita a acusação de plagiadores, saqueadores, usurpadores e empobrecedores das raízes gregas da medicina moderna.

Os sábios árabes, saqueadores como seus guerreiros, se apropriaram das ideias de obras menos conhecidas, até mesmo de obras inteiras, das quais eles só suprimiam o nome do autor. Os mais célebres, entre seus escritores, não estão isentos desta crítica. [...] [A publicação da obra hipocrática] diminuiu muito o crédito dos árabes, pois os numerosos plágios se tornavam visíveis e sua inferioridade, em todos os sentidos, começava a se fazer sentir.

Em contraste, Cabanis valoriza sobremaneira o papel dos médicos judeus durante a Idade Média. Na sua narrativa, em tom quase mítico, atribui aos judeus o estabelecimento da rede de relações comerciais e financeiras, através da “íntima fraternidade que os unia em todas as partes do mundo”, que lhes permitia operar meios mais seguros para o deslocamento dos valores monetários. Segundo Cabanis, apesar da “perseguição cruel e constante, da qual eram as infelizes vítimas em todas as partes do mundo conhecido, [...] eles eram nossos carteiros e nossos banqueiros, antes que soubéssemos ler” e “foram também nossos primeiros médicos”. Em um tempo em que Hipócrates e os outros pais da medicina eram conhecidos, no Ocidente, somente pelas traduções árabe e siríaca, “os Judeus eram quase os únicos que sabiam tratar as doenças com algum método”.

Comenta Cabanis que tal domínio da arte de curar resultava de uma rede de escolas em Toledo, Córdoba e Granada (também menciona a Universidade de Sora, fundada por rabinos no Oriente Médio), onde “a medicina era

ensinada com um cuidado todo especial”, omitindo que todas as escolas referidas situavam-se em territórios dominados pelo Islam e mesmo desprezando inúmeros registros históricos da estreita colaboração dos médicos de origem hebraica no ensino e na prática da medicina em diferentes califados. Sua narrativa revela grande simpatia, respeito e admiração em relação aos judeus, atribuindo-lhes uma personalidade modal que, para além do estereótipo negativo de comerciantes ladinos (não por acaso, designativo de judeus ibéricos) e agiotas usurários, vigente em sua época, implicava predisposição e mesmo talento para a prática eficiente da medicina.

Na fase histórica de transição do Renascimento ao Iluminismo, Cabanis destaca a evolução da química como a revolução científica de maior impacto – “a chave geral de todas as ciências naturais, a verdadeira luz das artes industriais” – para a posterior emergência de uma medicina de base científica. Num tempo em que a população sofria com os “preconceitos científicos do galenismo e do peripatetismo médico”, os alquimistas esboçavam “os princípios do sistema natural”. Entretanto, mesmo “envaidecidos com suas loucas pretensões” – Paracelso, o mais famoso dos alquimistas, é por ele definido como “um verdadeiro modelo de arrogância, audácia e demência” –, contribuíram com “ideias saudáveis, ou melhor, boas ideias para a medicina”.

Nesse contexto, Cabanis nos apresenta a Staalh, alquimista que se tornou, em sua opinião, “o maior médico desde Hipócrates”, um dos “primeiros a transformar a filosofia em ciência”. Sem indicar referências, considera-o um grande conhecedor da matéria hipocrática e comenta que ninguém melhor que ele seria capaz de integrar “as observações e os pensamentos filosóficos dos modernos” à secular arte da cura. A propósito, é incrível o sentimento de admiração e até paixão intelectual que Cabanis nutre por esse médico-alquimista que parece esquecido na história das ciências, a ponto de a ele dedicar quase dez páginas do *Coup d’Oeil*. Vejamos uma série de excertos:

Staalh era um destes gênios que a natureza parece, algumas vezes, destinar para a renovação das ciências. [...] com uma sagacidade viva que penetra os objetos, uma moderação que se detém a cada passo a fim de considerá-los sobre todos os aspectos, um olhar rápido e amplo que os compreende em seu conjunto e uma observação paciente que monitora com escrupulo seus menores detalhes.

[...] [A]s reformas [da medicina] já feitas, e aquelas que serão feitas, são e serão, em grande parte, obra deste grande homem, graças à sequência de ideias que ele estabeleceu diretamente, ou ao impulso que ele deu à razão. Apesar da forma desdenhosa que seus adversários o combateram, apesar da maneira desajeitada que seus alunos o defenderam, explicaram e comentaram, apesar de tudo isto, sua influência foi muito grande tanto na medicina quanto na química e, nestas

duas ciências, ele prestou serviços imortais. Eu me limito a dizer que mesmo suas pequenas obras estão repletas de grandes pensamentos.

Considerados por muitos autores como fundadores da moderna clínica médica, dois neo-hipocráticos históricos – Thomas Sydenham (1624-1689) na Inglaterra; Herman Boerhaave (1668-1738) na Holanda – são destacados por Cabanis, num misto de admiração respeitosa e crítica invejosa, merecendo cada um uma seção inteira no *Coup d’Oeil*.

Para Cabanis, a medicina praticada e ensinada na Inglaterra na virada do Século XVIII “era totalmente escolástica” e o “verdadeiro espírito de observação era quase totalmente desconhecido”. Sydenham graduou-se em Oxford num Bacharelado em Medicina. Foi oficial do exército de Cromwell, harmonizando uma carreira militar em paralelo a uma prática clínica, exercida inicialmente com uma licença precária do *College of Physicians*. Segundo Cabanis, sem acesso a livros caros naquela época, Sydenham “não conhecia muito bem as teorias que reinavam naquele momento” e sequer teria estudado Hipócrates. Talvez Cabanis tivesse razão pois Sydenham completou seus estudos de Doutorado na Universidade de Cambridge somente aos 56 anos de idade. Entretanto, Cabanis admite que os novos conceitos de prática clínica que revolucionaram a medicina inglesa e depois influenciaram todo o Norte da Europa são devidos a Thomas Sydenham; por isso, declara por ele sincera admiração. Não obstante, os comentários de Cabanis no *Coup d’Oeil* não escondem profunda ambivalência em relação a Sydenham, flagrante em suas próprias palavras:

As teorias de Sydenham foram, devo confessar, mesquinhas ou mesmo falsas. Sem falar do seu empirismo, no qual um instinto precioso faz seu papel, suas ideias eram geralmente estreitas. Porém, nenhum médico teve uma influência tão útil sobre esta parte da arte, que é o objetivo de todas as outras – a prática. Ninguém merece mais do que ele o título de regenerador.

Na seção seguinte, dedicada a Herman Boerhaave, Cabanis traz poucas informações sobre vida e obra desse médico e professor que Foucault considera como o mais ilustre e influente dos precursores da clínica moderna. Prefere um tom opinativo e quase sarcástico, ao apresentá-lo como um estudioso sistemático e metódico, mas não muito criativo, que teve a medicina como última escolha, depois de breve incursão na teologia e que, durante algum tempo, sobreviveu como professor de matemática e física. Reconhece, quase com relutância, a erudição de Boerhaave, que “leu os escritores de todas as seitas e de todas as idades, os analisou, os comentou e os desenvolveu”, porém deixa no ar uma suspeita de plágio, ao mencionar que depois “ele se apoderou destes trabalhos, os modificou e os combinou”. Refere seus “conhecimentos profundos e vastos” quase como um obstáculo ao sucesso numa carreira médica temporã, na medida em que sua inegável

inteligência teria “adquirido muito em força, em desenvolvimento, em hábito de discussões, em tenacidade de atenção, mas sua percepção nunca chegou a um grau de perfeição”. E arremata, carregando nas tintas da ironia: “Sem dúvida, este nome ilustre viverá na posteridade, se não como gênio eminente e verdadeiramente filosófico, pelo menos como um professor laborioso, hábil e, também, um escritor muito elegante”.

Cabanis conclui esse magistral capítulo sobre a história da medicina com uma reflexão, quase confessional, sobre a relação entre a história da prática clínica e a evolução do ensino médico. De início, sombrio, avalia que, nos séculos XVI e XVII, “o progresso da ciência foi grande e rápido, mas, em compensação, o progresso do ensino foi quase nulo”. Atribui essa defasagem ciência vs. ensino às “concepções servis da maior parte dos professores” e ao “discurso confuso da escolástica” que geravam grande distância entre a doutrina e a escola, “entre a sábia ousadia e a rotina cega”. Em contraste, celebra os “verdadeiros progressos” no campo do ensino durante o Iluminismo da segunda metade do século XVIII. Numa nota de rodapé, concede justo crédito aos Jesuítas e aos “senhores de Port Royal” por terem propiciado a superação do jargão escolástico por “uma língua mais precisa e mais pura”, o que permite o ensino das ciências naturais em instituições públicas, fora dos mosteiros, guildas e confrarias e longe do ambiente iniciático da velha alquimia.

### **Cabanis Epistemólogo**

Retomando um argumento central do *Rapports...*, Cabanis defende que, para tornar-se científica, a arte de curar precisa aproveitar o melhor das relações entre a física (ciências naturais) e a moral (ciências humanas). Por um lado, a medicina deve usar a “linguagem severa e exata da primeira” para a produção de conhecimento relevante e, por outro lado, “o tom comunicativo e, por assim dizer, vulgar da segunda” para aumentar a efetividade de sua prática. Como condição crucial para fundamentar uma clínica de base científica, é preciso determinar o sentido das palavras, a fim de “banir totalmente o vazio e a obscuridade que desfiguram quase inteiramente a medicina”. Cabanis delinea uma construção conceitual rigorosa e refinada, condição necessária para uma abordagem teórica da saúde e da doença. Nesse sentido, postula que “o estado natural do homem é, sem dúvida, o estado da saúde”, que “a doença pertence também à natureza”, e considera que tanto a saúde quanto a doença são fenômenos que resultam, “mesmo em grande parte, das leis que são estabelecidas para a preservação da saúde”.

Para a reforma da medicina, tornando-a moderna do ponto de vista científico, é preciso desenvolver uma teoria criativa e uma metodologia rigorosa, formando sujeitos competentes e capazes de operar tais conceitos, métodos e técnicas. E para isso, é necessário “que o ensino da medicina [...] forme para a prática pensadores profundos, desenvolvidos, firmes e flexíveis, que encontrem nas luzes de uma razão transcendente, este conhecimento da vida e esta sabedoria de aplicação”. Como estratégia orientadora da pesquisa, propõe adotar uma nova ordem de exposição dos fatos, através de métodos seguros de observação, de experiência e de raciocínio, componentes de uma agenda pedagógica renovada. O rigor na observação, ou o que chamaríamos hoje de etapa de produção de dados, é apresentado com clareza e detalhe:

O observador pode ainda verificar, através de meios seguros, todos os objetos de suas pesquisas. Ele pode avaliar, com precisão, o efeito dos medicamentos e traçar regras que os aproximem cada vez mais de sua administração com um alto grau de certeza, classificando-os com método. Ele pode avaliar também os casos com suas nuances e os próprios remédios em suas diversas associações.

Em dois aspectos, pelo menos, Cabanis antecipa elementos epistemológicos que poderíamos considerar contemporâneos. Por um lado, antevê a pertinência de uma perspectiva historicista capaz de orientar a construção de um dado campo científico. Nesse aspecto, propõe conceder à milenar *ars curandi* o estatuto de medicina filosófica, fundamento para uma ciência médica que se legitima pela avaliação permanente de seus resultados mediante rigorosa condução metodológica. Comenta ainda que “os novos fatos observados, ou as novas ideias adquiridas” terminam por “desestabilizar os fundamentos de uma ciência e renová-los inteiramente”, anotando ainda que “o número sempre crescente destes fatos e destas ideias força, de tempos em tempos, a rever e a simplificar as classificações que os encadeiam e os métodos que têm por objetivo facilitar seu estudo”. Assim, parece antecipar em mais de um século os conceitos bachelardianos de obstáculo e ruptura epistemológica, posteriormente apropriados (sem os devidos créditos) pela abordagem kuhniana das revoluções científicas. Aliás, na sua concepção de ciência como produto histórico de um materialismo racional culturalmente referenciado, Gaston Bachelard<sup>20</sup> se revela um digno herdeiro (não-declarado, quiçá relutante) dos ideólogos.

Por outro lado, Cabanis defende uma concepção holística e dialética da realidade, diretamente referida a Heráclito, que encontra correspondência nas abordagens do pensamento complexo cada vez mais influentes na ciência contemporânea. Em suas palavras:

No estudo da natureza, não se pode separar os objetos que se relacionam constantemente e nem dividir aqueles que formam um todo. [...] Na natureza das coisas, todas as verdades formam, sem dúvida, uma cadeia onde os elos estão invencivelmente unidos. No estado atual de nossos conhecimentos, podemos compreender e acompanhar somente algumas partes isoladas desta cadeia.

Nos capítulos intermediários do *Coup d’Oeil*, Georges Cabanis se dedica a detalhar temas epistemológicos e metodológicos capazes de articular a tríade ciência (ou filosofia), prática e ensino. Com esse intuito, começa por uma breve revisão dos argumentos principais de sua teoria das sensações, eixo principal do *Rapports*, sua obra-prima como contribuição filosófica, agora explorando em maior profundidade uma vertente histórica. Avalia que, desde a Grécia Antiga (de Aristóteles, mas não de Platão) até o Renascimento, “os métodos filosóficos não tiveram nenhum progresso real”. Identifica Francis Bacon como precursor de um “plano de reforma das ciências” que permitiria sua regeneração como fonte de conhecimentos válidos. Reconhece o valor dos filósofos que “aperfeiçoaram sucessivamente os pensamentos de Bacon e tornaram os procedimentos da análise filosófica mais simples e seguros”. E destaca Hobbes, Locke, Bonnet e Condillac que “fundaram, sobre um conhecimento mais exato das faculdades e das operações da inteligência humana, as regras que dirigem a análise filosófica”.

Mais adiante, Cabanis se refere a René Descartes com enorme respeito, apesar de lhe atribuir responsabilidade pelo grave desvio que supõe ocorrer na matematização precoce da Clínica, tema aliás do seu livro de estreia, *Sur le degré de certitude de la Médecine*. Passemos a palavra a Cabanis, sempre revelando fina ironia:

Como vimos, a filosofia de Descartes reinava, quase que exclusivamente, nesta época. Aplicando um novo instrumento às áreas importantes e difíceis da ciência da extensão, Descartes fez disso uma ciência completamente nova. Um novo cálculo, mais ousado em suas visões, mais potente em seus efeitos, parecia colocar realmente a geometria no topo das ciências. Acreditou-se que as fórmulas rigorosas eram um meio de provar todas as verdades.

Como os médicos poderiam ser simples espectadores diante deste entusiasmo geral? Eles viam a maioria dos grandes fenômenos da natureza serem submetidos ao cálculo. Para poderem ser capazes de aplicá-lo, não bastava que os fenômenos da natureza seguissem uma ordem regular? O aparecimento, os retornos e as mudanças dos fenômenos não deviam oferecer pontos de vista constantes, sob os quais a gente pudesse analisá-los sem problemas?

Ao definir dessa forma o escopo da análise cartesiana, Cabanis fornece uma chave para compreensão da *démarche* filosófica como único meio capaz de



articular o conhecimento científico, a prática clínica e o ensino médico, nas respectivas dimensões epistemológica, semiológica e pedagógica. Ilustra seu argumento central com uma exposição detalhada e clara a partir do diagnóstico do conjunto de sintomas expressos pela palavra abstrata *pleurisia*, desde as sensações tornadas sintomas, à evolução clínica, indicações terapêuticas, distribuição histórica e espacial. Para ele, somente uma rigorosa análise filosófica e histórica permite definição, descrição, reconhecimento e distinção dos sinais e sintomas que “foram por muito tempo confundidos, sob a máscara enganosa de uma denominação comum”.

Duas categorias centrais da epistemologia contemporânea já chamavam a atenção de Cabanis, há mais de dois séculos: singularidade e causalidade. Objetos puramente racionais, ou certas propriedades particulares e simples que se quer examinar em relação aos objetos da ciência, se esgotam no nível do conceito. Porém a situação se modifica quando a intenção da análise é “aplicar os conhecimentos a objetos usuais”. Não se trata mais de categorias, valores abstratos, ou de objetos geométricos formais como o círculo ou o triângulo, ou de relações algébricas entre números e símbolos, nem de conceitos como esse da “pleurisia, definida por uma frase que lembra a tosse, a dor de lado, a expectoração de sangue”. Trata-se, reafirma, de “conjuntos de fenômenos, sempre diferentes, sempre individuais e específicos, que se oferecem aos nossos olhos”.

Portanto, “na realidade das coisas” percebemos de fato somente indivíduos ou casos. Em apoio ao argumento, cita um dos gênios do seu tempo: “como dizia Leibnitz, não há duas folhas similares em todos os aspectos”. Cabanis refere-se ainda a “pretensas identidades de doenças que existem somente no cérebro dos observadores desatentos”, e nisso demonstra impressionante visão antecipatória, nesse caso particular das restrições epistemológicas aos modelos ontológicos de saúde-enfermidade (que somente encontrariam objeções consistentes a partir da terceira década do século XX).

Sobre causa, causalidade e conceitos correlatos, Cabanis mostra uma perspectiva própria, se bem que fortemente influenciada pelo problema de Hume, um dos filósofos ingleses com quem reconhece maior afinidade. Sua concepção sobre esta problemática crucial da epistemologia (em pauta até hoje) é de tal forma consistente e precisa, seu estilo de apresentação é de tanta clareza e concisão, que não me resta senão compartilhar a longa citação.

A palavra causa não deve nos fazer olhar os fenômenos da natureza como se estivessem contidos uns nos outros, produtos e geradores, sucessivamente. Na verdade, existem para nós somente fatos que se apresentam simultaneamente ou em uma ordem sucessiva. Tudo o que a observação racional pode fazer é estabelecer, entre eles, relações de

analogia ou de diferença, de independência recíproca ou de subordinação e encadeamento. Dois fatos se assemelham ou se diferem, eles aparecem sempre juntos ou ocorrem, frequentemente, isolados. Se virmos um fato acontecer, constantemente, após um outro, nós diremos que um é o efeito e o outro é a causa. Entretanto, estes nomes não lhes dão novas qualidades, eles expressam somente a ordem de sua sucessão.

Cabanis então introduz a questão do valor da teoria na produção do conhecimento científico, por um lado articulando a contradição entre singularidade e universalidade em termos quase dialéticos e, por outro lado, estabelecendo o nexos causal como uma propriedade do modelo teórico de saúde-doença e não como um atributo intrínseco das enfermidades. Utilizando como exemplo geral o processo diagnóstico da clínica, demonstra que a causalidade se define no âmbito das conjecturas e que os processos de determinação se estabelecem a partir de trajetórias e etapas de atribuição de validade e representatividade, no plano estatístico das probabilidades e no plano metodológico dos experimentos.

[...] Um homem sente dores, após um grande número de circunstâncias que podem tê-las ocasionado. Se estas dores cessarem naturalmente, no meio de muitas outras circunstâncias que se misturam e se confundem, a ignorância e a irreflexão podem achar que é fácil desvendar a verdadeira causa do mal e da cura. Se a mudança favorável chegar após o emprego de certos remédios, que a analogia nos fez julgar úteis, a conjectura terá pouco peso tanto quanto os exemplos, com mesmo êxito em casos semelhantes, forem pouco numerosos. Somente com o tempo e através de observações repetidas em diversas circunstâncias, que ela poderá atingir um alto grau de probabilidade.

[...] As regras gerais tiradas das semelhanças são corrigidas por outras regras tiradas das diferenças. Descemos até os fatos individuais; as distinções e as próprias exceções se classificam; formam-se, a partir daí, outros sistemas mais parciais; deste conjunto de operações sucessivas, cujos efeitos se retificam ou se compõem mutuamente, tira-se resultados que tornam-se mais exatos e mais completos.

Para Cabanis, o desafio naquele momento era como recriar a perspectiva cartesiana superando seu viés teológico e metafísico. Para isso, recorrendo de modo implícito aos ideólogos e, remotamente, aos enciclopedistas, identifica três famílias de métodos capazes de viabilizar a desejada integração de conhecimentos científicos e saberes clínicos: (i) métodos de observação; (ii) métodos de experiência; (iii) métodos de raciocínio. Confirmando que já teria tratado dos dois primeiros métodos em outras obras, Cabanis propõe desmembrar os métodos de raciocínio em quatro modos de análise: (1) descrição; (2) análise histórica; (3) decomposição-recomposição; (4) dedução ou “análise das análises”. Pela clareza de elaboração de cada definição, deixemos a palavra com Cabanis:

[...] podemos olhar um corpo sob o simples ponto de vista de sua grandeza, de sua forma, das relações de suas partes, de sua situação em relação a um ou vários outros corpos, das semelhanças ou diferenças que a natureza aplicou entre estes corpos. ... A isto damos o nome de *análise descritiva*.

Se as pesquisas não se limitam às qualidades externas e a estas relações de situação; se quisermos conhecer os elementos que compõem um corpo, quer dizer, as partes da matéria cuja íntima combinação o constitui; se separarmos estas diversas partes, para examinar a natureza de cada uma, ou pelos menos os caracteres que são manifestados; então, o resultado da análise não será mais uma simples descrição deste corpo. Para estudá-lo sob este ponto de vista, é necessário decompô-lo. Se chegarmos a recompô-lo, combinando novamente suas partes constitutivas, a análise será perfeita. [...] Podemos chamá-la de *análise de decomposição e recomposição*.

Porém, os objetos de nossas pesquisas nem sempre se oferecem simultaneamente ao nosso olhar. Nem sempre são corpos capazes de serem fixados sob nossos olhos, mas sim, fenômenos que se sucedem, podendo ser independentes entre si, ou se encadeiam em uma ordem compreendida através da observação. Algumas vezes, quando se analisa certos corpos, o observador estudará as mudanças que eles sofreram [para...] traçar o quadro das mudanças anteriores [...] reconhecer todas as propriedades que a natureza dotou os corpos. [...] A isto denominaremos *análise histórica*.

[No caso em que] não são mais os objetos diretos e materiais de nossas sensações que se tornam o sujeito de nossas pesquisas, [...] operamos sobre os produtos de nosso entendimento, ou melhor, sobre seus signos. [...] Quando os signos [...] expressam e circunscrevem com precisão as ideias, podemos sempre confirmar se cada uma destas abarca uma ou várias outras ideias. Seguimos, sem problema, a ordem de seu encadeamento. Vamos, de consequência em consequência, com total certeza. [...] Este conjunto de operações de nossa inteligência pode ser chamado de *análise dedutiva*.

Na formulação do seu argumento, ao apresentar de modo detalhado e sistemático aplicações de cada um desses conceitos na prática médica, principalmente no campo da terapêutica, Cabanis manifesta respeitosa reverência à filosofia de Condillac. Gostaria de destacar alguns pontos que me parecem fundamentais para apreciarmos seu esforço de construção filosófica rigorosa. Em primeiro lugar, destaca-se a estrutura integrada dessa proposta que parece implicar um gradiente em termos de complexidade: da descrição, mais simples, à dedução, mais complexa e abrangente. Entretanto, essa articulação inter-análises não opera de modo linear e gradualista; a análise histórica, por exemplo, implica “descrições e deduções e, além disso, decompõe e recompõe os objetos, ou os fenômenos e mudanças, que ela tem por objetivo encadear em sua ordem natural”.

Em segundo lugar, podemos notar que a análise de decomposição-recomposição remete diretamente ao pensamento de Descartes, condensando a segunda e a terceira regras do *Discurso do Método* num

mesmo movimento de produção de conhecimento científico válido. Não obstante, Cabanis claramente prioriza a dedução como foco e meta de todo o processo analítico, incorporando e subsumindo os outros modos de análise, visto que na “análise dedutiva se encontram também descrições de objetos, decomposições e recomposições de ideias”, bem como “resultados que podem ser fornecidos somente pela análise histórica”. Podemos assim interpretá-la como uma “análise das análises”.

### **Uma nova pedagogia (para uma nova) clínica**

Considerando os subsídios históricos, filosóficos, políticos e práticos cuidadosamente arrolados, Cabanis se sente enfim capacitado a elaborar sua concepção de “ensino analítico da medicina”. O primeiro ponto por ele estabelecido diz respeito à necessária convergência ideológica entre a reforma da medicina e a revolução do ensino médico. O segundo ponto é a natureza dessa revolução, que implica uma reengenharia institucional (*un bon plan d'écoles*) e um novo modelo de ensino (*un bon système de leçons*). Como a recriação do sistema institucional de instrução pública foi objeto de elaboração própria e de uma luta política específica, trata-se então de desenvolver um projeto pedagógico revolucionário, que implica ao mesmo tempo uma didática analítica e uma estrutura curricular consistentes com uma base epistemológica integradora da física e da moral, seguindo o sistema de métodos com tripla amplitude de aplicação: na pesquisa, na clínica, na educação.

Por um lado, o que se poderia chamar de pedagogia revolucionária compreende uma didática naturalista, onde a “verdadeira instrução dos jovens médicos é aquela que eles recebem no leito dos doentes e não nos livros, nem em uma fria escola, e sim na presença da própria natureza, [...] que fornecia o texto das lições”. Pedagogia revolucionária, mas não necessariamente inovadora, pois “os gregos ensinavam a medicina prática no próprio leito dos doentes, [...] daí o nome de *clínica*”, e em Roma, “os médicos mais reconhecidos levavam seus alunos para a casa dos doentes.”

Por outro lado, a pedagogia revolucionária, pretendendo ser analítica, traduz-se numa arquitetura curricular fragmentada em matérias, numa trajetória gradual e linear, congruente com a análise de decomposição-recomposição justificada por uma epistemologia cartesiana de base disciplinar. Nas palavras de Cabanis:

[Trata-se de] apresentar aos alunos os objetos sempre na ordem mais natural, quer dizer, começar pelos objetos mais conhecidos ou pelos mais fáceis de serem conhecidos. Sucessivamente e gradualmente, passar para

aqueles que demandam uma observação mais profunda, os sentidos mais aguçados ou mesmo novos instrumentos.

Cabanis apresenta uma proposta de organização do currículo médico que, em termos gerais de estrutura, permaneceu vigente por pelo menos dois séculos e, em alguns contextos de formação, ainda se mantém. Enumera como matérias obrigatórias: Anatomia, Fisiologia, Patologia, Ciências da Moral, Semiótica, Nosologia, Química, Farmácia, Botânica, Higiene, Terapêutica, Matéria Médica, Cirurgia, Medicina Veterinária. E como matérias complementares, que denomina de “objetos acessórios”: História Natural, Física, Ciências matemáticas, Métodos filosóficos, Filosofia moral, Letras e Artes, Línguas antigas e modernas. Três inserções requerem contextualização: Ciências da Moral, que inclui temas psicológicos e sociológicos (ideias, os sentimentos, as paixões, as virtudes e os vícios) de interesse médico; Matéria Médica, que aparentemente se refere ao conjunto de tecnologias aplicadas ao tratamento e cura; e Medicina Veterinária, referida como área de desenvolvimento experimental que poderia ser incluída entre as disciplinas médicas por seu potencial de propiciar analogias com os tratamentos dirigidos aos animais. Evidentemente, a evolução rápida e intensa do conhecimento científico nesse período determinou mudança de conteúdos e mesmo ajustes de estrutura curricular, principalmente devido ao desmembramento de matérias e à emergência de novas disciplinas.

Nesta altura, cabe delimitar e detalhar a questão da pedagogia como método prático análogo ao método clínico, finalmente compreendido como aplicação do método científico aos eventos singulares ou casos. Evidentemente, Cabanis pretende desse modo construir uma equivalência secundária entre métodos práticos – da prática terapêutica da medicina à prática pedagógica do ensino médico – onde as regras da didática só podem ser confirmadas na interação mestre-aprendiz do mesmo modo que as regras da clínica “só podem ser desenvolvidas na cabeceira do doente”. A aplicação dessas regras (outra fórmula para o conhecimento em ato) “só poderá ser bem compreendida depois de longa sequência de exemplos”, esgotando, no processo de aprendizagem, todas as combinações possíveis ao expor inúmeras vezes os seus elementos. Nesse processo, “é preciso, sobretudo, que esses exemplos deixem na memória [dos estudantes] imagens indeléveis que servirão para reconhecer, no primeiro olhar, o caráter distinto de cada doença, no meio de todas as complicações que podem mascará-lo”.

Por este meio, os conhecimentos não serão somente mais nítidos e mais sólidos, eles serão mais originais e mais semelhantes ao aspecto particular de cada indivíduo. O hábito de tirar o conhecimento dos próprios objetos faz com que a mente renuncie a qualquer outra maneira de adquiri-lo.

[...] É deste modo que se formam, sob o comando de mestres hábeis, os médicos capazes de curar. É preciso confessar que estes mestres perceberão que não podem partilhar, com os seus alunos, certas sensações finas e fugidias. São tipos de raciocínios inexprimíveis em termos precisos, julgamentos que parecem se confundir com as impressões diretas.

Tal como as doenças assumem ampla diversidade de formas, o ensino médico se compõe de matérias de diferentes tipos, distintas também na maneira pela qual podem ser aprendidas. Algumas se desenvolvem bem por meio de lições escritas “ou nas sábias palestras de um bom professor”, podem ser reproduzidas em livros, por várias vezes e sob novas formas. Porém, matérias deste gênero são muito poucas.

Em todas as outras, o professor só poderá ser bem entendido se estiver na presença dos objetos. Querer pintar um músculo, uma doença, uma operação química para aquele que nunca viu esta operação, esta doença e nem este músculo, é querer fazê-lo experimentar o sabor de um fruto que ele não conhece ou o odor de um perfume que ele nunca sentiu.

Rápido e incisivo, Cabanis nos faz uma advertência: “não é preciso levar a prática deste método até a *pedanterie*”. Com elegante ironia, fala dos arrogantes catedráticos, porta-vozes da pomposa pedagogia retórica da universidade clássica, aquela que teria sido enterrada junto com o Antigo Regime, prestes a serem superados por um novo perfil de professor, mais comprometido com a orientação de seus estudantes do que com a afirmação do seu saber magistral.

Do alto de sua cátedra, o professor desenvolve, em vão, as mais interessantes verdades. O espírito dos ouvintes, entorpecido em uma atenção passiva, guarda somente leves traços do que foi dito.

[...] Mais do que apresentar ideias inesperadas e surpreendentes por sua grandeza ou por sua novidade, o professor deve excitar o interesse e despertar a curiosidade dos alunos. Conforme o caráter dos objetos, o professor deve passar da análise à síntese e da síntese à análise, corrigindo sempre as indicações mais audaciosas da síntese com a ajuda das formas mais regulares e seguras da análise. Este professor manterá os alunos em uma atividade mais real e mais constante, desenvolverá mais os seus pensamentos, sem correr o risco de que eles tomem o caminho errado.

Enriquecido pela disciplinada condução de observações e registros, em ciclos de permanente reavaliação, sempre aplicando conceitos e pensamentos pertinentes, “este método prático chega a retificar, com o tempo, o que os outros métodos, presos na teoria, apresentam como absoluto e rigoroso”. Para Cabanis, o “instinto, mais do que o saber”, permite ensaiar as regras provisórias deste método de ensino. Porém, para “que se possa traçar regras verdadeiras, o saber as esclarece e as amplia, o espírito filosófico as encadeia e as coordena”, e o instinto “aperfeiçoa sobretudo sua aplicação”, quando neste momento “o método se confunde com o talento”.

Essa dupla valorização do instinto, como fonte do talento e condição da resolutividade, introduz um elemento não-analítico numa proposta de pedagogia analítica, tornando recomendável e mesmo justificando a ênfase no fazer (devidamente supervisionado por mestres compreensivos e experientes) como projeto de ensino-aprendizagem.

Numa das seções mais interessantes do *Coup d'Oeil*, Georges Cabanis faz uma rica e densa digressão sobre o papel da linguagem na nomenclatura das ciências modernas, reafirmando uma das principais contribuições dos ideólogos, com a intenção clara de superar o anacronismo do ensino da medicina e das ciências mediante uma língua morta de fortes referências clericais. Lembremos que nosso Cabanis, jovem aspirante a médico, tinha sido obrigado a defender seus exames e apresentar suas teses em Latim e que, em sua clínica dedicada aos pobres da periferia de Paris, certamente enfrentou o desafio de comunicar-se com os seus pacientes contando somente com um glossário. *En passant*, Cabanis aproveita para criticar “a barbárie das escolas” camuflada de pedantismo: “falava-se de uma maneira, ao mesmo tempo, afetada e burlesca, escrevia-se com um estilo obscuro e trivial, grosseiro e pomposo”. Em suma, a reforma da medicina implica uma reforma da linguagem científica e da nomenclatura médica, tanto quanto a revolução do ensino da medicina pressupõe o abandono do jargão hermético e dos maneirismos linguísticos, representados pela língua franca latina, em ambos os casos com a adoção da língua nacional com intenção de mais rigor, clareza e precisão.

Enfim, é chegada a hora de cumprir etapas cruciais na transição de uma reforma da medicina para uma revolução no ensino médico, determinada pelo progresso das ciências do físico e do moral. Não foi senão com este objetivo que Cabanis propôs recorrer às “operações de nossa inteligência” a fim de criar “um método experimental e prático, fruto da observação contínua dos objetos e do emprego repetitivo dos instrumentos” (de pesquisa e de ensino). Porém, resta uma tarefa hercúlea, em nada trivial: um cuidadoso trabalho de costura política em muitas frentes, principalmente no plano parlamentar em sua função legislativa, naquele rico momento de reconstrução de uma nova sociedade civil e de um Estado republicano, após a queda do velho regime. Se é da alçada do pesquisador (o médico-filósofo) a formulação de teorias e marcos conceituais e é do docente a responsabilidade pela criação de instrumentos, técnicas e métodos, para uma educação transformadora,

então caberia somente ao legislador transportar o espírito destes métodos para a própria organização dos estabelecimentos públicos de instrução. Hoje, os charlatões, prontos a se apoderarem da opinião instável, devem ser mais do que nunca contidos pelas leis e desmascarados pelos

conhecimentos. Já que o lugar dos antigos erros não foi ainda completamente ocupado por verdades reconhecidas, o governo deve mostrar o objetivo e por em movimento os homens iluminados. Ele deve, ainda, equilibrar o ensino e a legislação, a fim de que eles possam se ajudar mutuamente, se corrigirem ou se aperfeiçoarem. Enfim, ele deve também ajudar os verdadeiros médicos, para que sua arte seja totalmente reformada, já que ela exige mais vigilância e encorajamento.

E é realmente comovente o modo como Georges Cabanis, mesmo no ocaso da vida, com plena consciência do seu legado, reafirma grande otimismo, certamente de inspiração rousseauniana, demonstrando confiança nos valores do progresso humano, tão característico daquela conjuntura histórica em que ele foi protagonista de decisiva importância.

Estas reflexões talvez não estejam deslocadas, pois neste momento todos os amigos das luzes celebram a excelência e a grande utilidade do método analítico. Todos aqueles que cuidam do progresso das ciências, e também do seu ensino, veem este método como a única luz que pode guiar seguramente o ser humano e fazê-lo sair para sempre do caos das opiniões hipotéticas. Estes mesmos homens veem o método analítico como a única maneira de cultivar ou de empregar nossas faculdades intelectuais. Método que pode introduzir os hábitos do bom senso não somente em todos os trabalhos dos sábios e dos pensadores, mas também nos trabalhos dos artesãos e dos operários, em todas as ideias, tendências, em todos os atos do homem social. Partilho totalmente esta opinião e estas belas esperanças.

### **A Reforma Cabanis**

Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault concede pouca atenção ao *Coup d'œil*, sem dar pistas sobre o que justificaria esta omissão. Podemos supor que, mais interessado numa história crítica da medicina como dispositivo organizador de práticas sociais, toma como fio condutor de sua análise narrativas, proposições e operações discursivas diretamente normalizadoras de condutas propedêuticas e semiológicas. Assim, interessa-se menos pelas condições de transmissão de saberes, conhecimentos e métodos advindas da recriação de um novo modo de organização do ensino médico como processo político e institucional que repercutiria na reorganização da educação superior francesa como um todo. Por isso, enfatiza a oficialidade e legalidade do exercício profissional em uma nova configuração das práticas de intervenção em saúde que Clavreuil chama de “ordem médica”.<sup>21</sup>

Ao dedicar toda uma seção, intitulada "A intervenção de Cabanis e a reorganização do Ano XI" (p. 85-94), à sua atuação como reformador do sistema francês de assistência à saúde, Foucault concentra-se na análise da proposta de resolução sobre a *police médicale* submetida ao Conselho dos Quinhentos. Nesse texto, Cabanis aborda inicialmente a natureza (social,



cultural, institucional) da medicina e e do cuidado em saúde e propõe, em linhas gerais, uma teoria da economia política da profissão médica capaz de justificar intervenções profundas na incipiente rede social de assistência em saúde, campo sensível e tão estratégico para o projeto político da Revolução.

Antecipando em quase dois séculos os conceitos de mercado imperfeito e de bens quase-públicos, centrais para a teoria pós-utilitarista da Economia da Saúde,<sup>22</sup> Cabanis postula como fundamento para sua proposição distinguir duas categorias de bens ou objetos econômicos. Para alguns objetos ou mercadorias, os próprios consumidores podem ser avaliadores finais de sua utilidade na medida em que a consciência generalizada da sua utilidade seria suficiente para determinar o seu valor. Porém o valor de outros objetos não pode depender dessa consciência pública, por dois motivos: ou por serem úteis para fixar o valor de outros (como a moeda, incluindo metais preciosos) ou por envolverem riscos à pessoa humana, situação em que qualquer erro ou fraude se torna fatal. Por isso, conforme argumenta Cabanis, tanto os médicos como os ourives devem ser fiscalizados de perto:

É por isso que especialmente médicos, cirurgiões farmacêuticos devem ser cuidadosamente avaliados em seu conhecimento, suas habilidades, seus hábitos morais... isto não significa prejudicar a indústria, nem é um atentado à liberdade do indivíduo.

Em ambos os casos, como observa Foucault, tanto num mercado de puro valor de troca de ativos monetários quanto num quase-mercado de riscos, danos virtuais e bens voláteis (como a saúde), o objeto ou serviço tem valor intrínseco e potencial não imediatamente visível, sendo, inevitavelmente, vulnerável a erros e fraudes. Para regular a produção e utilização desses objetos, bens ou serviços, mais do que controle de mercado (diretamente pela oferta e demanda num regime liberal de compra e venda) e controle social pela aceitação tácita de seu valor de uso, a nascente República precisa organizar estrutura, regulação e funcionamento de dispositivos de controle do Estado sobre a economia, o que inclui sem dúvida o campo da saúde e a prática médica. Para evitar riscos, perdas e danos aos cidadãos, sobretudo num contexto histórico submetido a alto grau de desordem social, será imprescindível o controle do Estado mesmo em oposição aos princípios do liberalismo econômico vigentes naquela conjuntura histórica.

A questão central dessa conjuntura então se apresenta com clareza: como atribuir à corporação médica proteção institucional e reserva de mercado, sem retroceder às estruturas corrompidas e perversas do Antigo Regime, nem recair em formas arbitrárias de controle do Estado que poderiam trair os valores republicanos? Uma questão preliminar e fundamental seria a delimitação do conjunto de sujeitos que, a partir do controle institucional

dos órgãos de governo, poderia formar o contingente dessa nova corporação de profissionais. Para viabilizar essa medida, de modo claro e preciso, Cabanis prioriza dois problemas práticos: o credenciamento oficial do exercício profissional num momento de grande caos social e o reconhecimento dos oficiais de saúde formados num momento de grande carência de profissionais médicos. Engenhosamente, propõe adotar uma única estratégia para resolver os dois problemas: um exame de Estado que, para os oficiais de saúde, será limitado ao "conhecimento fundamental da arte, e [...] à sua prática," mas que, para a validação de estudos médicos regulares, devem incluir provas escrita e oral, bem como "exercícios de anatomia, cirurgia e medicina clínica." As competências técnicas aferidas por tais exames poderiam garantir a vida segura dos cidadãos, pois o Estado se encarregará de fiscalizar com rigor o exercício profissional: "Todo aquele que praticar medicina sem exames ou escola sem ser colocado perante os júris especiais serão multados e condenados à prisão em caso de reincidência".<sup>18</sup>

Sem indicar uma possível contraposição ou disputa com os projetos de Vic d'Azyr e de Fourcroy, Foucault relata que a proposta de resolução de Cabanis não foi aceita nessa oportunidade, porém, "nas suas linhas fundamentais, sinalizou uma solução que dotaria a medicina do estatuto de profissão liberal e protegida que ela manteria até o século XX".<sup>3</sup> De fato, a legislação sobre a prática da medicina em França, finalmente aprovada pelo Consulado em 1802, mostra-se consistente com as propostas de Cabanis em todas as suas dimensões. Por um lado, estabelece uma hierarquia de dois níveis na profissão médica: doutores em medicina e cirurgia graduados em uma das seis faculdades autorizadas; e agentes de saúde, remanescentes das *écoles de santé* (substituídas pelos novos estabelecimentos oficiais de ensino médico). Qualquer cidadão, fora dessas duas categorias, que se arrisque a praticar a medicina incorrerá em penalidades, de multas à prisão. Por outro lado, introduz o licenciamento para o exercício profissional mediante aprovação em quatro exames (anatomia e fisiologia, patologia e nosologia, matéria médica, higiene e medicina legal), além de uma prova prática de medicina interna ou externa, respectivamente para os que querem ser médicos ou cirurgiões.

Juntamente com Félix d'Azyr, Antoine de Fourcroy, Philippe Pinel, e tantos outros, Georges Cabanis confirma assim seu protagonismo num processo histórico rápido, sinuoso e complexo de criação de um sistema institucional de cuidados em saúde pertinente à nova ordem econômica, social e política instaurada pela revolução burguesa na França. Em doze anos, com idas e vindas, avanços e recuos, mudanças profundas foram introduzidas na medicina, culminando com a segmentação e isolamento (ou elitização) da

prática médica mediante a obrigatoriedade da certificação profissional mediante Diploma obtido em faculdades credenciadas. A unificação entre Medicina e Cirurgia, retificando clivagem histórica vigente desde a Idade Média, constitui marco importante nesse processo. Num primeiro momento, Fourcroy propôs integrar também Farmácia e Administração Pública na conformação de um perfil profissional em saúde mais aberto e polivalente (o controverso *officier de santé*), porém essa proposição foi rejeitada. Na prática, a proposta de Fourcroy sofreu um recuo estratégico devido à consolidação de um novo modelo de corporações médicas organicamente articuladas com a rede política republicana na qual o próprio Cabanis se confirmou como ativa liderança. No plano institucional, três medidas foram cruciais para a reforma do sistema assistencial – redefinição do papel dos hospitais; reconstituição de Academias e sociedades médicas; abertura de Faculdades de Medicina autônomas em relação às universidades – e, em todas elas, foi crucial a presença de Cabanis como propositor, gestor e operador político.

A reorganização do ensino superior preconizada por Cabanis e concretizada durante o período napoleônico implanta faculdades dotadas de grande autonomia e capacidade para decidirem as disciplinas e os cursos que ministram, bem como de uma rede de escolas isoladas, tais como a Escola Politécnica e a Escola Normal Superior, exteriores à Universidade, que tinham por objetivo atender às exigências da revolução industrial e às demandas por quadros superiores para a burocracia estatal. O sistema caracteriza-se igualmente pela forte segmentação de qualidade entre as Universidades e essas *Grandes Écoles* e entre a formação e a investigação.<sup>23</sup>

Com esse regime institucional dominado por faculdades e escolas isoladas e relativamente independentes das universidades, é justamente nessa fase histórica (*circa* 1800) que se introduz uma arquitetura curricular linear e circunscrita de formação de carreiras profissionais mediante o ensino superior especializado. Além da criação de “universidades nominais”, a Reforma Cabanis introduz o conceito oficial de “licenciatura” (*License*) como diploma universitário licenciador ou legalmente habilitador ao exercício profissional num momento em que a sociedade francesa buscava consolidar o controle governamental sobre as práticas sociais das categorias profissionais burguesas.

Após a Revolução Francesa e seus desdobramentos, graças à reforma Cabanis, consolida-se uma educação superior regida pelas profissões legitimadas pelo novo Estado Republicano.<sup>23,24</sup> Esse modelo constitui o regime linear de formação, pois tinha base nas faculdades e na hegemonia da profissionalidade,<sup>24</sup> em que a pessoa não se gradua na universidade, e sim se forma na faculdade. Em paralelo, com a implantação da chamada

universidade de pesquisa com a Reforma Humboldt, a produção do conhecimento tornou-se a principal missão das instituições e então os países industrializados paulatinamente abandonaram o modelo original de Cabanis. Assim, em função de uma série de eventos recentes (principalmente a Reforma Flexner, já no século XX), as universidades do Norte global e suas ramificações cada vez mais se comprometeram com arquiteturas curriculares baseadas em educação geral, foco na pesquisa e ciclos de formação.<sup>25</sup>

### **Conclusão: império de faculdades**

Considera-se que a primeira instituição reconhecida como universidade foi a Universidade de Bolonha, na Itália, no século XI, seguida pela Universidade de Paris. A partir do século XVI e até o início do XIX, o modelo de universidade vocacional, cuja finalidade era formar sujeitos para operar a gestão do Estado moderno absolutista, predominou na Europa ocidental. Porém, no século XVIII, as universidades passaram a enfrentar sérias crises, apesar deste ser, paradoxalmente, um momento de explosão do conhecimento científico no mundo. Esse período constitui, na formação das ideias no mundo, uma época em que a instituição chamada universidade resistia à emergência da ciência, na medida em que os sujeitos que a constituíam atuavam em unidades orgânicas chamadas faculdades, às quais, nessa fase, já se atribuía papel central como entes do conservadorismo referenciados pela tradição.

Ao extinguir as universidades francesas, a Revolução de 1789 produziu uma solução política radical para essa crise. As faculdades superiores se autonomizaram nesse momento, pois a instituição que as justificavam deixou de ter um sentido político com a Revolução Francesa. A consequência disso no século XIX foi uma hegemonia da formação profissional, ou seja, o que era uma instituição de cultura e do conhecimento se tornou uma instituição promotora de formação técnica e profissional, ou seja, vocacional.

A partir daquele momento, o médico Pierre-Jean-Georges Cabanis inspirou não apenas uma forma de organização baseada em faculdades e disciplinas, mas lançou as bases para uma profunda reforma do sistema de educação em geral. Em sua obra e vida, Cabanis mostrou-se um fiel apologista da disciplinaridade cartesiana e, com base nisso, compôs um ambicioso modelo de ensino. Justamente por seu disciplinarismo sistemático, o modelo cabanisiano fragmentou a formação em saúde e contribuiu para a extensão desse modo de organização do conhecimento a outros campos de saberes e práticas.

A reforma proposta por Cabanis compreendeu uma resposta à crise de identidade histórica da instituição universitária, porém tornou essa instituição secular um mero organismo coordenador de entes independentes: as faculdades. Desse modo, o sistema francês de ensino serviu de exemplo para outros povos submetidos à poderosa influência ideológica e cultural da França, principalmente na Europa meridional e nos países recém-saídos da condição de colônia, como o Brasil do século XIX. A Universidade de Paris – juntamente com a Universidade de Coimbra – teve um papel central na história das faculdades de medicina que foram sementes para a universidade brasileira tardiamente implantada na fase pós-colonial. Com base nessa matriz ideológica, em meados do Século XIX, consolida-se entre nós o império das faculdades, um modelo de educação superior sem universidades, com cursos de graduação de entrada direta, currículos fechados e diplomas licenciadores de profissões, seguindo à risca as orientações da Reforma Cabanis.

No próximo capítulo, vamos apresentar em maior grau de detalhe os elementos centrais da reforma do ensino médico proposta por Cabanis e efetivada na reforma bonapartista da educação francesa, principalmente na conformação da educação superior. Também vamos abordar sua influência na educação médica brasileira...

### Capítulo 3

#### IMPACTO DA REFORMA CABANIS NO ENSINO MÉDICO DO BRASIL: ENSAIO DE ARQUEOLOGIA NEOFOUCAULTIANA

Nos escritos de Michel Foucault sobre medicina e saúde, Pierre-Jean Georges Cabanis [1757-1808] é, sem dúvida, personagem central.<sup>1</sup> Em vários momentos de sua obra historiográfica, Foucault (1961; 1963) traz frequentes manifestações de respeito e admiração em relação a Cabanis, reconhecido como “gênio”, intelectual precursor da modernidade tecnocientífica, operador político eficiente, reformador criativo e pensador indispensável para se compreender a hegemonia filosófica, científica e cultural francesa no século XIX. Não obstante, conforme analisei em outra oportunidade (Almeida-Filho, 2017), Foucault concede pouca atenção ao papel de Cabanis como reformador do ensino médico; interessam-lhe sobretudo as formas de normatizar a saúde e a doença, a reorganização da rede assistencial e a regulamentação das novas práticas de cuidado, emergentes no contexto pós-Revolução Francesa.

Recentemente, ao discutir o papel de Cabanis como reformador do ensino médico na modernidade, formulei uma hipótese preliminar sobre as raízes da educação superior no Brasil (Almeida-Filho, 2017, p.13):

A educação superior brasileira exibe um curioso traço arqueológico pois, de modo hegemônico, conserva o regime institucional de faculdades e cultiva o conceito nominal de universidade, com entrada de estudantes diretamente em cursos de graduação profissional fundados sobre estruturas curriculares tendencialmente fixas, organizadas por blocos de conteúdos denominados matérias ou disciplinas, ainda dentro do modelo institucional e político-pedagógico estabelecido na Reforma Cabanis.

<sup>1</sup> - Em *O Nascimento da Clínica* (Foucault, 2011), Cabanis é referido 43 vezes, em uma de cada dez páginas; na *História da Loucura na Época Clássica* (Foucault, 2014), são 21 ocorrências em 17 das 550 páginas de texto

Neste ensaio, na perspectiva que podemos chamar de arqueologia neofoucaultiana,<sup>2</sup> proponho uma apreciação mais detalhada dessa hipótese, avaliando efeitos diretos e indiretos da Reforma Cabanis na configuração do modelo de formação em saúde que se tornou hegemônico no Brasil. Para isso, primeiro, discuto brevemente o processo de construção social, ideológica e institucional que reestruturou o modelo de assistência à saúde da França pós-revolucionária. Em seguida, introduzo os principais elementos estruturais da Reforma Cabanis, analisando aspectos curriculares e pedagógicos da proposta de ensino médico baseado em profissionalismo, disciplinaridade e especialização que resultou num sistema de ensino superior sem universidades. Depois avalio a sequência de eventos e processos que, durante todo o século XIX e primeira metade do século XX, promoveram o “afrancesamento” do sistema educacional brasileiro, em particular da educação superior e, mais especificamente, do ensino médico, origem do modelo de formação em saúde atual, baseado em faculdades, hospitais, aulas, disciplinas, especialidades e diplomas.

### **Contexto e antecedentes**

Após o Renascimento, em todo o mundo ocidental, consolidou-se um modelo de educação superior destinado a formar profissionais para novas funções sociais, nos campos de aplicação tecnológica, como mineração, comércio, engenharia, educação e saúde, além de gestores laicos para o Estado moderno. As instituições universitárias de grande porte, torres de marfim dominadas pela elite intelectual aristocrática, regidas pelo poder real, não escondiam a tradição escolástica e resistiam ao avanço das ciências modernas (Weisz, 1983). Na segunda metade do século XVIII, com a emergência de um novo modo de produção, ascensão de classes sociais antes subalternas e configuração de novas formas de governo, a Universidade passou a enfrentar séria crise de identidade (Charle & Verger, 1996). A solução germânica para superar essa crise foi a Reforma Humboldt, retomada ativa de valores universitários originais como conceito político estratégico e dispositivo civilizatório (pelo menos do ponto de vista do

2 - Na medida em que Foucault, ao promover dissidências no seu próprio projeto de uma história cultural do pensamento ocidental (no que chamou de “abordagem genealógica”), teria de certa forma se auto-renegado, proponho designar como neofoucaultiano qualquer movimento de recuperação, e eventualmente renovação, da perspectiva arqueológica como ferramenta metodológica válida e pertinente para uma história crítica dos modos de cuidado em saúde.

capitalismo eurocêntrico), propondo articulação entre ensino e pesquisa como elemento definidor das universidades (Backhaus, 2015).

A Revolução Francesa produziu uma solução diferente para essa crise, de raiz mais política que cultural: sumária extinção de academias e universidades. Ao fechar as universidades francesas em 1793, a Assembleia Nacional sinalizou que a República precisava urgentemente de instituições de ensino a serviço da formação política, científica e profissional de cidadãos livres (Barnard, 1969). O cenário francês de assistência à saúde revelava nesse momento uma situação de enorme desigualdade e segregação social (Weisz, 1983; Brockliss & Jones, 1997). A população pobre tinha acesso a cuidados de saúde prestados por barbeiros-cirurgiões e boticários, geralmente treinados em relações mestre-aspirante. Geridos por ordens religiosas, hospitais eram lugares de acolhimento de moribundos, hospedaria para viajantes e vagabundos, asilos para loucos e, em muitos casos, serviam como prisões políticas, pouco funcionando como lugares de cuidado e cura (Foucault, 2011). A aristocracia era atendida por médicos clínicos (chamados físicos) ou cirurgiões que prestavam serviços de saúde com duvidosa efetividade e cobertura reduzida às famílias e cortes. Segundo Weisz (1983, p.20), esses médicos eram geralmente formados em uma das 18 escolas de medicina ou cirurgia (apenas três delas vinculadas a universidades) credenciadas em todo o reino francês.

Em 1790, Félix Vicq d'Azyr [1748-1794], cirurgião da corte de Luis XVI, apresentou à Assembleia Nacional um *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France*, cuja principal marca era a unificação definitiva entre Medicina e Cirurgia, formalizando a superação de um cisma histórico vigente desde a Idade Média. Além disso, em sua proposta, combinava-se medicina humana com medicina veterinária; o diagnóstico resultava da correlação anátomo-patológica de achados clínicos; hospitais deveriam ter *salles d'autopsie*, sendo todos os óbitos estudados por anatomistas credenciados (Schmitt, 2009). No tocante ao ensino médico, propunha uma cátedra única que reunia anatomia e fisiologia, integrando estrutura e processo a partir de uma justificativa metodológica. Na sua *Encyclopédie méthodique*, d'Azyr (apud Rey 1993, p.38) escreveu:

A anatomia sozinha é, por assim dizer, o esqueleto da ciência; o que lhe dá movimento é a fisiologia: uma é o estudo da vida, a outra é somente o estudo da morte.



A contribuição científica desse talentoso anatomista foi excepcional.<sup>3</sup> Suas concepções de método e de análise, desenvolvidas para justificar as bases científicas da anatomia comparada, permitiram ao seu sucessor intelectual, o jovem médico Xavier Bichat [1771-1802], revolucionar a fisiologia e sua relação com a patologia, ao introduzir o conceito de tecido, inaugurando as ciências morfológicas modernas numa nova disciplina científica, a Histologia (Staum, 1980). Seu *Nouveau plan* serviu de base para todas as propostas de reforma da Medicina, na organização institucional, nos modos de cuidado e nos modelos de ensino, sendo fundamental a presença ativa de Cabanis como proponente, gestor e operador político em todas as frentes (Foucault, 2011).

Um relatório encaminhado pelo *Comité des hôpitaux*, em 1791, propunha criar um sistema de saúde sob controle do Estado, com fechamento dos grandes hospitais e implantação de uma rede de pequenos estabelecimentos. Em complemento, em termos práticos, seria preciso uma política médica (*police médicale*), um código sanitário e um exame de Estado para médicos estrangeiros e profissionais de saúde formados fora das faculdades (Cabanis, 1798, p.91). Foucault (2011) relata que, quando finalmente se aprovou a legislação geral da prática médica em 1802, todas essas propostas haviam sido incorporadas. Assim, num processo histórico rápido, estabeleceu-se um regime institucional de cuidados em saúde, orgânico à nova ordem econômica, social e política instaurada pela revolução burguesa na França, com transformações profundas na organização dos serviços, na legislação sanitária e na prática médica, além da obrigatoriedade de certificação profissional mediante diploma obtido em instituições de educação superior.

### **Faculdades de Medicina vs. écoles de santé**

No final do período que Foucault designa como época clássica, o contexto da formação médica na França era precário e caótico. Havia escolas médicas de baixa qualidade, onde cátedras eram disputadas pela nobreza decadente como fonte segura de renda, pois somente catedráticos podiam cobrar pelo ensino profissional. Foucault (2011, p.48) relata ainda que os aprendizes precisavam seguir “um médico renomado a quem é preciso indenizar” em

<sup>3</sup> - Infelizmente, d'Azyr não sobreviveu ao Terror para ver avançar a reforma da medicina francesa. Foi indiciado pelo temido *Comité de salut public* por protestar publicamente contra o afastamento do espírito da Revolução na nova constituição republicana, aprovada por uma assembleia que excluiu os deputados girondinos. Perseguido pelas milícias populares, desnutrido e delirante, morreu em 1793, pouco antes de ser preso (Schmitt, 2009).

visitas domiciliares e rondas hospitalares, e, além disso, pagavam caro pela preparação e realização dos exames de qualificação. Brockliss (1998), decano dos historiadores britânicos especializados na Revolução Francesa, avalia criticamente as condições de formação vigentes nas faculdades francesas no século XVIII:

Por um lado, o sistema estava deteriorado pela corrupção na medida em que professores preguiçosos concediam graus acadêmicos sem exame adequado do conhecimento do candidato. Por outro lado, e esses dois aspectos não eram desconectados, o currículo das faculdades de medicina era completamente inadequado como treinamento para a prática médica. (p.71)

Para superar essa situação herdada do *Ancien Régime*, como vimos, a pauta dos líderes políticos da Revolução Francesa incluiu medidas radicais como extinção de sociedades científicas, corporações e guildas, fechamento de academias, universidades e faculdades e aprovação de planos de reforma institucional (Foucault, 2011, p.75). Tais medidas foram complementadas por duas estratégias de médio e longo prazo: por um lado, condicionar o direito de exercício da profissão médica a uma instrução profissional credenciada pelo Estado; por outro lado, reorganizar o próprio sistema de formação em saúde.

Em 1792, Antoine-François de Fourcroy [1755-1809], herdeiro intelectual de d'Azyr, apresentou à Convenção uma proposta de recriação do sistema francês de educação superior em saúde com base no “ensino livre das ciências e das artes”. Em termos concretos, postulava total reestruturação do ensino a partir de uma “medicina em liberdade”, substituindo as faculdades de medicina por *écoles de santé* (Fourcroy, 1793). Além de integrar Medicina e Cirurgia, propunha também incluir Farmácia e Administração Pública como matérias fundamentais para uma formação profissional mais eficiente. Recrutando jovens estudantes de “boa conduta, costumes puros, amor à República e ódio aos tiranos, cultura bem cuidada e, sobretudo, conhecimento de algumas ciências que servem de preliminar para a arte de curar, [...] a nova escola de saúde [deve ensinar] em vez das vãs fisiologias, a verdadeira ‘arte de curar’, [bem diferente] da antiga faculdade, o lugar de um saber esotérico e livresco” (Foucault, 2011, p.76).

Sem detalhamento curricular e pedagógico, a proposta de Fourcroy não era um texto teórico consistente nem um documento técnico sistemático. Configurava-se mais como um libelo político, ao empregar um tom sombrio e dramático para descrever a precária situação sanitária e o caos da prática médica do período monárquico, mas com uma retórica triunfalista ao apresentar as soluções concebidas para superar os problemas herdados

(Fourcroy, 1793). Na dimensão pedagógica, mesmo apresentada de modo sumário, já antevia uma perspectiva integradora da formação médica, propondo substituir a velha retórica por soluções didáticas baseadas na prática laboratorial, reconfigurada pela demonstração experimental da química. Não obstante algumas divergências, Vicq d'Azyr apoiou a proposta, negociando uma posição intermediária que permitia integração entre as matérias básicas da clínica, valorizando anatomia comparada, fisiologia e farmacologia como eixos curriculares. Com amplo leque de apoios, o Plano d'Azyr-Fourcroy foi aprovado em fevereiro de 1794, sendo ampliado para mais duas escolas de saúde nas províncias, em Montpellier e Estrasburgo, tradicionais centros de educação médica (Rosen, 1946).

A primeira *École de santé*, a de Paris, foi instalada num imóvel, descrito como monumental, originalmente destinado à academia médico-cirúrgica desativada pela Revolução. Apesar de contar com sede física satisfatória, a formação se daria na rede de hospitais recém-estabelecida pelo *Comité* presidido por Thouret, que foi nomeado primeiro Decano da nova escola. O projeto previa três classes de alunos regulares (*officiers de santé, chirurgiens, médecins*), além de alunos ouvintes (*auditeurs libres*). A classe de cada estudante se definia mediante exames públicos, diferentes em conteúdo: anatomia, operações e curativos, matéria médico-cirúrgica, se o objetivo fosse graduar-se em Cirurgia; anatomia e fisiologia, campo médico, história natural das doenças internas e externas, se o candidato postulava a graduação em Medicina. A duração da formação variava: *officier de santé*, três anos; *chirurgien*, quatro anos, *médecin*, cinco anos. Para os graduandos que pretendiam seguir a carreira médica, além da aprovação nos exames, era preciso defender uma *Thèse de Doctorat* (Rey, 1993).

O título de *officier de santé*, elemento chave da proposta, enfatizava uma noção prática de saúde positiva, mesmo que ainda incipiente, e possivelmente foi muito bem aceito num primeiro momento porque ajudava a superar a distinção tradicional entre físicos e cirurgiões. Além disso, mostrava-se convergente com o conceito republicano de assistência à saúde como direito de todos, homens e mulheres, estabelecido na Constituinte de 1791. O formato proposto reproduzia uma organização militar, com uniforme e hierarquia de carreira, o que em tese facilitaria sua aceitação social numa conjuntura de guerra. Na virada do século XIX, a França contava com 3.309 *officiers de santé*, formados em diferentes instituições. Nesse momento, após três anos de funcionamento, as *écoles de santé* já registravam 4.027 estudantes; desses, 406 eram *thésards*, portanto postulantes à Medicina (Rey, 1993).

Acesso amplo de postulantes oriundos das classes populares à educação universitária anteriormente reservada às elites? Educação geral profissional a partir de uma formação cidadã em Política, Artes, Filosofia & Ciências? Ensino superior livre, ativo e solidário em vez de “góticas universidades e aristocráticas academias”? Formação de profissionais de saúde em escolas de saúde em vez de especialistas em morbidade nas escolas de doença que, desde sua origem e até o presente momento, são chamadas de Faculdades de Medicina? Ensino-aprendizagem baseado em evidências científicas, a partir da articulação anátomo-clínica para correlações diagnósticas e fármaco-química-cirúrgica para definição de estratégias terapêuticas? Interdisciplinar *avant la lettre* na estrutura curricular e integração dos processos de formação, articulando teoria e prática em contextos reais de formação? Realmente impressiona a pertinência política e atualidade dessas relevantes questões que compunham a primeira pauta de reforma da educação em saúde da Revolução.

Na prática, o Plano d'Azyr-Fourcroy sofreu recuos estratégicos que comprometeram sua continuidade, devido principalmente à consolidação de um modelo de corporação profissional organicamente articulado à rede política republicana. Foucault (2011) assinala a rápida decadência do modelo institucional das *écoles de santé*, enquanto Crosland (2004) analisa o desgaste semântico do termo *officier de santé* como indicativo da falência do modelo. Tais processos paralelos são explicáveis por três motivos: primeiro, nos anos iniciais da Revolução, a liberdade de auto-designação teria resultado em grande número de profissionais desqualificados, mesmo charlatães, atuando no cuidado à saúde sem qualquer controle; segundo, durante a Convenção, as corporações profissionais ressurgiram com força e pressionavam para um retorno aos seus antigos papéis; terceiro, academias e sociedades científicas retomaram protagonismo político e passaram a lutar pela reabertura plena das faculdades.

Em 1797, a *Société de santé de Paris*, fundada pelos médicos que formavam o corpo docente das escolas de saúde, foi renomeada como *Société de médecine*. Na virada do século XIX, todas as instituições de ensino médico já haviam abandonado a denominação *école de santé* a favor da designação mais tradicional de *Faculté* (ou *école*) de *médecine*. Na normatização da prática médica de 1802, já no contexto bonapartista, o título de *officier de santé* era destinado somente àqueles que haviam recebido treinamento mais curto e simplificado para prestar serviços assistenciais no exército e, com atribuições limitadas, nas províncias, sendo discriminados como profissionais de saúde de segunda classe.

### **A Reforma Cabanis**

Com o fracasso do Plano Fourcroy, abriu-se espaço para o ressurgimento das faculdades, sem o controle central de universidades, culminando com segmentação e isolamento (alguns preferem falar de elitização) da prática médica. Aproveitando sua atuação como professor da *École de Santé de Paris* e sua posição de representante no Conselho dos Quinhentos, além de colaborador no *Comité d'instruction publique*, Cabanis veio a se confirmar como importante quadro intelectual e político nesse processo. Assim, sob sua liderança ativa, registra-se a elaboração, proposição e aprovação de um conjunto de propostas, documentos, atos e normas, que, com certo distanciamento histórico, propus chamar de Reforma Cabanis (Almeida-Filho, 2017).

Como *arquivo*, no sentido foucaultiano, a Reforma Cabanis desdobra-se em vários textos, em geral documentos submetidos e relatórios lidos perante comissões e instâncias legislativas: *Observations sur les hôpitaux* [1790]; *Travail sur l'éducation publique, trouvé dans les papiers de Mirabeau l'aîné* [1791]; *Considérations générales sur les révolutions de l'art de guérir* [1796]; *Opinion sur un projet d'organisation des écoles primaires* [1797]; *Projet de résolution, sur un mode provisoire de police médicale* [1798]; *Sur le mode d'organisation des écoles de médecine* [1798]; *Rapport fait au Conseil des Cinq-Cents sur le mode d'organisation des écoles de médecine* [1798]; *Quelques principes et quelques vues sur les secours publics* [1799]. Alguns desses textos foram reunidos em volumes temáticos, revisados e publicados sob a forma de livros: *Rapports du physique et du moral de l'homme* [1802]; *Coup d'oeil sur les Révolutions et Réforme de la Médecine* [1804].

Como dispositivo propositivo geral, a Reforma Cabanis compreende cinco elementos:

1. modelo organizacional da educação superior estruturado em faculdades;
2. ensino médico prioritariamente profissionalista, com formação mais técnica do que científica ou cultural;
3. formação hospitalocêntrica de base intervencionista;
4. currículos orientados à disciplinaridade, em regime de progressão linear;
5. estratégia pedagógica analítica, segregada por profissões e áreas restritas, tendente ao especialismo.

Conforme detalhei em outro texto (Almeida-Filho, 2017), no modelo da Reforma Cabanis, o ensino médico seria realizado em escolas independentes, com a maior autonomia possível perante o organismo universitário central. A partir do processo de laicização dos hospitais, novos espaços de

aprendizagem foram adaptados para uma prática clínica fundada em conhecimento nosológico sistemático. Em vez da relação mestre-aprendiz, própria da formação clínica artesanal então vigente, a Reforma Cabanis tornava obrigatória a instrução em hospitais, com a invenção do internato (*internat des hôpitaux*) e posteriormente das residências médicas. Ao final do curso, a instituição concederia aos egressos um diploma universitário que, formalmente reconhecido, tornava-se dispositivo legalmente habilitador ao exercício profissional da prática médico-cirúrgica. Esta é a base para a formação hospitalocêntrica de orientação intervencionista que se tornaria dominante no ensino médico, a partir do século XIX.

Numa perspectiva geral, a Reforma Cabanis pretendia uma articulação orgânica entre filosofia, medicina, educação e política, expressa na “associação de conhecimento e análise médica com um projeto político” (Saad, 2016, p.29), buscando harmonizar soluções por vezes contraditórias ou, pelo menos, oriundas de modelos conceitualmente diversos. Com Mirabeau, além da emblemática rejeição do Latim como língua franca científica, buscava a superação da universidade como conceito e como organismo coordenador, delineando uma estrutura institucional descentralizada, baseada em faculdades e escolas isoladas. Como Condorcet, defendia o resgate das academias e sociedades científicas proscritas pela Revolução de 1789. Do Plano Thouret-Pinel-Cabanis, promoveu a reorganização dos hospitais em enfermarias por classificação mórbida, tornando-as espaço de instrução adequado para estudo e demonstração comparativa de casos. Do Plano d’Azyr-Fourcroy, incorporou sem problemas a orientação terapêutica da farmacocômica, numa condensação entre Medicina-Cirurgia-Farmácia, aceitando o domínio da anatomia comparada como eixo metodológico das ciências básicas. Da pauta epistemológica da *Idéologie*, construída com ativa participação do próprio Cabanis, acolheu os elementos de Filosofia Moral necessários à formação cidadã politicamente engajada do novo perfil de médico, naquele momento preconizada para consolidar (e talvez superar) a pauta liberal da revolução burguesa.

No plano conceitual, tinha como referência as filosofias naturalistas e as biociências emergentes num momento inicial da modernidade, adotando uma teoria semiótica da clínica que integrava fisiologia, patologia e terapêutica. O conhecimento científico seria decomposto e recomposto pela ordem linear cartesiana, da matéria mais simples à mais complexa, numa operação de exaustividade própria do enciclopedismo. A nova estrutura curricular seria baseada na disciplinaridade, onde o conhecimento era decomposto em suas partes essenciais – as disciplinas (ou matérias), na

dimensão cognitiva, equivalendo ao conceito de cátedra, na dimensão de organização institucional. A pedagogia analítica orientada pela disciplinaridade implicava fragmentação, análise e posterior reordenação de blocos de conteúdos, modos de prática e, principalmente, conhecimentos, memorizados, armazenados, codificados e classificados segundo as doutrinas científicas vigentes. As disciplinas deveriam ser diferenciadas com precisão e, para a reforma curricular do ensino médico, agrupadas em história natural (ciências básicas), matéria médica (ciências clínicas e terapêuticas) e ciências morais. A principal consequência desse modelo disciplinar de organização curricular sobre os modos de cuidado em saúde foi a fragmentação da prática (inicialmente cirúrgica e depois clínica) em especialidades médicas. Nesse sentido, a Reforma Cabanis foi também indutora da tendência à divisão-diferenciação de especialidades médicas,<sup>4</sup> que demarcaria o modo de cuidado à saúde ainda hegemônico.

No plano pedagógico, a Reforma Cabanis implicava uma mudança radical no uso da retórica, em três aspectos: Primeiro, rejeitava uma instrumentalização da retórica nas estratégias pedagógicas de formação no campo da saúde, substituindo o discurso de autoridade por maior ênfase na prática didática baseada na experimentação. Segundo, a metódica cartesiana justificava a fragmentação sistemática tanto do processo de formação quanto do objeto de ensino-aprendizagem. De fato, o modelo de formação resultante se baseava numa apologia da disciplinaridade como modo de organização e catalogação do conhecimento humano numa estrutura racional e sistemática, preconizada pelo movimento que se tornou célebre como *Idéologie* (Pouliquen, 2013; Saad, 2016). Terceiro, uma nova retórica permitiria reordenar a lógica (no caso, lógica indiciária) de formulação do raciocínio diagnóstico, baseado em sinais e sintomas, no processo de constituição do objeto da clínica (Ginzburg, 1989, p.177).

Rosen (1946, p.332), o mais representativo dos historiadores da saúde da escola anglo-saxã, definiu com precisão o que chamamos de Reforma

<sup>4</sup> - Weisz (2006) propõe que a especialização teria se iniciado em Paris, entre 1830 e 1850, particularmente no campo médico, no processo de acomodação entre cirurgia, clínica, farmácia e medicina veterinária, com a conformação de espaços de formação profissional, determinada por um mercado de trabalho já de início competitivo, e daí à consolidação de trajetórias curriculares especializadas. Podemos complementar essa hipótese, indicando que a Reforma Cabanis, como movimento de articulação entre uma estrutura epistemológica fundada em disciplinas científicas básicas e uma pedagogia analítica, foi fundamental para viabilizar a formação de operadores das práticas profissionais especializadas.

Cabanis: “programa de reforma e reconstrução na educação médica que foi iniciado e realizado na França durante os anos entre a reação Thermidoriana e o surgimento de Napoleão”. De fato, muitas ideias, soluções e ações, que compõem a Reforma Cabanis concretizaram-se primeiro na reorganização da Faculdade de Medicina de Paris, entre 1794 e 1800, com ativa participação de Cabanis. Rosen (1946, pg. 337) comenta ainda que o *Coup d’oeil* compreende “um programa para a reforma da educação médica” que, embora não postule explicitamente a restauração das escolas médicas, traz ideias que “de fato refletem a filosofia básica da instrução dada aos estudantes da Faculdade de Medicina de Paris”. Nesse quadro, o *Coup d’oeil* compreende um estudo de história da saúde e da educação, visando a sistematizar uma nova pedagogia necessária para a reforma do ensino médico, por sua vez imprescindível para a sustentabilidade da revolução pretendida na medicina francesa. Essa obra pode ser de certa forma considerada como um plano-piloto para uma parte específica (ensino superior na área de saúde) de uma reforma educacional geral, por sua vez incluída numa pauta de reforma social determinada pelo refluxo de uma revolução política, no limiar do iluminismo para a modernidade.

A Reforma Cabanis de fato serviu como modelo para todo o sistema de ensino superior francês, naquela época estruturado como uma rede de instituições isoladas de ensino superior, tais como a Escola Politécnica e a Escola Normal Superior, exteriores à universidade, que tinham por objetivo atender às exigências da revolução industrial e às demandas por quadros dirigentes para a burocracia estatal. Para consolidar esse quadro, faltava apenas reorganizar o arcabouço geral do sistema de educação, visando a reprodução de um regime que se livrara da velha ordem aristocrática, mas que, de fato, não tinha como projeto político priorizar segmentos sociais pobres, oprimidos e explorados pelo modo de produção emergente. Essa etapa seria cumprida pela reforma educacional promovida por Napoleão Bonaparte, entre 1802 e 1806.

Convocado pessoalmente por Napoleão, Fourcroy retorna à cena e, a partir de 1802, torna-se o principal operador político da reforma educacional bonapartista, assumindo a Direção Geral de Instrução Pública, encarregado de fazer aprovar uma lei geral de reforma da educação (Boudon, 2006). Coroado Imperador da França em 1804, Napoleão pretendia um regime rigoroso de controle do sistema educacional francês. Com essa intenção, incluiu na reforma educacional o conceito de “Universidade Imperial”, simultaneamente como organismo de coordenação da rede de ensino de um



dado território e como corpo único de professores de todo um sistema educacional.<sup>5</sup>

Nesse regime institucional, consolida-se, em todo o subsistema de educação superior francês, uma arquitetura curricular linear para formação de carreiras profissionais mediante ensino superior específico, exclusivo e especializado, particularmente no campo da saúde (Charles & Verger, 1996). Numa conjuntura de restauração política, esse processo foi rápido e intenso. Em 1814-1815, as três faculdades de medicina de Paris, Montpellier e Estrasburgo já acolhiam quase 1.200 alunos, enquanto as três escolas de farmácia registravam em torno de 400 estudantes (Boudon, 2007).

Somente na Terceira República, modificações substanciais no sistema de educação superior francês permitiram a recuperação, ainda que parcial, da ideia original de universidade na França (Weisz, 1983). Louis Liard [1846-1917], Diretor de Educação Superior a partir de 1884, conseguiu aprovar uma série de decretos que concediam às faculdades autonomia para receber apoio financeiro, gerenciar recursos e criar cátedras e cursos (Weisz, 1983; Boudon, 2007). A Reforma Liard, aprovada pelo Parlamento francês em julho de 1896, concedia personalidade jurídica ao corpo docente de faculdades agregadas, autorizando o uso legal do termo 'universidade'. Nesse processo, de imediato ocorreu a refundação da Universidade de Paris-Sorbonne, em novembro de 1896, seguindo-se a criação de mais 15 universidades no interior do país (Boudon, 2007). A Reforma Liard, não obstante sólida argumentação e consistente formulação, pode ser considerada um fracasso na medida em que, forçada a concessões políticas para sua aprovação, não atingiu os objetivos de recuperar e renovar o conceito de universidade na França (Charles & Verger, 1996; Prost, 2009).

No modelo de ensino superior consolidado na *Belle Époque*, um século depois da supressão das universidades pela Revolução Francesa, o império das faculdades continuava fortalecido, particularmente nas chamadas faculdades superiores (Medicina e Direito)<sup>6</sup> e nas escolas politécnicas, formadoras das profissões ditas imperiais. Nesse contexto, universidades tinham existência meramente nominal, limitadas à mediação política e à representação perante o Estado de um conjunto de faculdades que detinham

<sup>5</sup> - Essa ideia peculiar não sobreviveu ao próprio Napoleão; tão logo se questionou a competência legal da Universidade Imperial, a partir de 1815, as escolas, institutos e faculdades isoladas e independentes se retiraram do sistema unificado de educação (Charles & Verger, 1996).

<sup>6</sup> - A terceira faculdade superior, Teologia, perdera espaço nas repúblicas oitocentistas (Prost, 2009).

poder político e autonomia administrativa e acadêmica. Não obstante suas limitações, nas primeiras décadas do século XX, esse modelo de ensino superior sem universidades difundiu-se no espaço de influência cultural francesa, sobretudo nos países europeus de cultura latina e suas ex-colônias, como respectivamente Portugal e Brasil.

### **A Reforma Cabanis no Brasil**

No Brasil, como parte de uma estratégia secular de dominação, a coroa portuguesa proibira o ensino superior durante todo o período colonial. Somente a educação religiosa era permitida nos colégios da Companhia de Jesus; o primeiro foi fundado pelo Padre Manoel da Nóbrega em Salvador em 1553 como *Collégio do Salvador da Bahia*. Em seguida, outros colégios foram instalados em São Paulo, Porto Seguro, Rio de Janeiro e Minas Gerais. A formação era restrita ao modelo escolástico da *Ratio Studiorum*; para completar os estudos, defender teses e colar grau era necessário se deslocar à Universidade de Coimbra, em Portugal. Os filhos da nobreza local e funcionários de alta-hierarquia em busca de educação superior laica, em Direito ou Medicina, eram também enviados a outras universidades europeias, como Paris, Montpellier e Edimburgo. Com a expulsão dos jesuítas em 1759, a Reforma Pombal rompeu a hegemonia inaciana sobre a educação nos domínios da Coroa Portuguesa, porém manteve a interdição à abertura de estabelecimentos de ensino superior nas colônias (Cunha, 2007, p.26-39).

A primeira instituição de ensino superior do Brasil foi fundada em fevereiro de 1808 por D. João VI, Príncipe Regente de Portugal que veio à Bahia com sua corte para escapar das guerras napoleônicas, mediante Carta Régia que autorizava uma Escola de Cirurgia no Hospital Real Militar de Salvador. No mesmo ano, nove meses depois, instituição similar foi estabelecida no Rio de Janeiro, onde finalmente se instalou a corte portuguesa (Cunha, 2007). Ao inaugurar o ensino superior no Brasil, o Príncipe-Regente atendia conselho de José Correia Picanço [1745-1823], médico da família real e Cirurgião-Mor do Reino. Nascido em Pernambuco, filho de um cirurgião-barbeiro, Picanço aprendeu o ofício com o pai e, muito jovem, foi admitido na força militar; nessa condição, transferiu-se a Lisboa, onde estudou na Escola Cirúrgica do Hospital São José com Manoel Constâncio, considerado o fundador da cirurgia acadêmica em Portugal. Segundo seus biógrafos (Mello, 1895; Gomes, 1951; Vasconcellos, 1955), em 1767, Picanço teria viajado a Paris para completar os estudos, submetendo-se a exames práticos para receber um diploma de *officier de santé* em 1768, submetendo-se a exames práticos e assim confirmando sua licenciatura como cirurgião. Retornaria à França em

1772, para doutorar-se em Medicina pela Universidade de Paris, a fim de assumir a cátedra de Anatomia, Operações Cirúrgicas e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

As informações biográficas disponíveis sobre Correia Picanço têm sido repetidamente plagiadas em várias narrativas sobre o marco histórico oficial do ensino médico no Brasil, replicando equívocos, contradições e inconsistências.<sup>7</sup> Nesse registro, ressalta, em primeiro lugar, o local exato de seus estudos cirúrgicos, se Paris, Montpellier ou mesmo Pádua: tanto Gomes (1951) quanto Vasconcellos (1955) referem os três locais, mas sem indicar fontes (Gomes: "... regressando a Lisboa, reza a tradição, depois de frequentar as escolas de Montpellier e Pádua"; Vasconcellos: "Referências existem de que tenha Correa Picanço frequentado as Escolas de Medicina de Montpellier e Pádua"). Em segundo lugar, o conceito de *officier de santé* somente foi estabelecido em 1793 pela Convenção e sua devida certificação constituía prerrogativa das *écoles de santé*, estabelecidas em 1794 (Crosland, 2004, p.236). Portanto, o doutor Picanço não poderia, em 1768, ter recebido um "diploma de *Officier de Santé*", conforme atesta Gomes (1951, p.160). Terceiro, *officier de santé* não significava um "honroso título [...], novo degrau de sua ascendente carreira médica", segundo Vasconcellos (1955, p.239). Conforme vimos acima, designava uma classe inferior de profissionais de saúde de formação curta e competências limitadas, que adquiriu estatuto formal mínimo num momento fugaz da Revolução Francesa (1794-1802), sofrendo preconceitos e reações dos físicos e dos cirurgiões, unificados na categoria de médicos (Rey, 1993). Enfim, Correia Picanço não pode ter sido um *officier de santé*, o que traz uma questão pelo menos intrigante: de onde teria seu biógrafo retirado essa falsa informação e porquê teria apresentado, como se fora título respeitado, essa condição, desprezada em sua origem?<sup>8</sup>

<sup>7</sup> - Sobre a biografia de Correia Picanço, em artigos assinados, notas oficiais e registros em sites diversos, frequentemente resume-se o conteúdo de dois textos: uma comunicação apresentada no I Congresso de História da Bahia, realizado em Salvador, Bahia, em 1949, e uma tese apresentada ao II Congresso Brasileiro de História da Medicina, em Recife, em 1953. Ambos os trabalhos, por sua vez, são resumos apologéticos de um *folio* do Comendador Antonio Joaquim de Mello, publicado em 1895, numa coleção de biografias de pernambucanos ilustres. A credibilidade dessas informações é crucial para avaliarmos com maior precisão a influência do modelo francês de ensino médico, na era pré-cabanisiana, sobre as escolas de cirurgia precursoras do ensino médico no Brasil.

<sup>8</sup> - A história registra um *officier de santé* brasileiro, Caetano de Lopes Moura, mulato baiano de vida aventureira, que serviu no exército de Napoleão como

Não restam dúvidas de que Correia Picanço, seus colegas e discípulos conheciam de perto a obra clínica de Cabanis. Um dos primeiros livros publicados pela Imprensa Régia do Brasil, fundada por D. João VI no Rio de Janeiro, foi o compêndio de Cabanis sobre diagnóstico, traduzido justamente pelo doutor Picanço, com o título *Do grão de certeza da medicina* (Guerra, 1987). Uma rara compilação de registros clínicos de Cabanis, *Observations sur les affections catarrhales*, foi publicada em 1816, na Bahia, em tradução de José Lino dos Santos Coutinho (Guerra, 1987).

O modelo pombalino de universidade laica, recém-saída da escolástica e ainda rescaldada pela Inquisição, experimentava novas funções de formação de quadros para a nascente indústria e para as forças armadas, anacronicamente moldando-se à cena ideológica pós-colonial brasileira (Cunha, 2001). As instituições criadas em Salvador e no Rio de Janeiro de fato não eram faculdades de medicina e sim Escolas de Anatomia e Cirurgia, conforme assinala Lycurgo Santos-Filho (1980, p.77), decano dos historiadores da Medicina no Brasil. O curso tinha duração de quatro anos, e os alunos, após se submeterem a exames, sob juramento dos Santos Evangelhos, recebiam uma certidão de competência, pois os doutores em Medicina continuavam a se formar na Europa, sobretudo em Coimbra. Entre 1812 e 1815, ocorreram as primeiras reformas em ambas as escolas, que passaram a se chamar de Academias Médico-Cirúrgicas. Com a reforma, houve ampliação de cinco para 14 cátedras, exigindo-se presença obrigatória nas aulas. Em 1826, após a Independência, o Imperador D. Pedro I concedeu relativa autonomia a essas academias, outorgando-lhes a prerrogativa da diplomação (Machado et al, 1978).

Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, com a finalidade manifesta de promover e defender as ciências médico-cirúrgicas (Ferreira, Maio & Azevedo, 1997). Sua primeira atividade oficial foi instituir uma Comissão Temporária para elaboração de um projeto de lei para implantar faculdades de medicina no Brasil. Comentam Roberto Machado e colaboradores (1978, p.185):

Esta criação traz bem marcada sua inspiração francesa. Influência que podemos ler não somente na presença de médicos franceses entre seus fundadores – os doutores Faivre e Sigaud, que tinha sido secretário da Sociedade Real de Medicina de Marseille –, na formação francesa de vários de seus membros – como o dr. Meirelles, de quem partiu a ideia de sua criação, doutorado em Paris

cirurgião e, anos depois, tornou-se tradutor e escritor, protegido do Imperador Dom Pedro II em Paris (Veiga, 1979).

- mas sobretudo, e por isso mesmo, no projeto de medicina social inteiramente baseado nos realizados na França pelas sociedades de medicina.

Durante quase dois anos, a Sociedade realizou estudos, promoveu audiências públicas e debateu as recomendações da sua Comissão Temporária. Apresentou uma proposta que simplesmente reproduzia os estatutos da Faculdade de Medicina de Paris e adaptava seus programas de ensino às condições locais, passando a duração da formação para seis anos. O projeto de lei foi aprovado pelo Parlamento em 1832, sem emendas (Machado et al, 1978).

As duas academias médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro foram então transformadas em Faculdades de Medicina, seguindo à risca as diretrizes da Reforma Cabanis. A lei que as instituiu determinava que, sem título conferido ou aprovado pelas faculdades ninguém poderia curar, operar, partejar ou ter botica. Até 1850, vigilância e controle do exercício profissional eram realizados pelas próprias faculdades, que aplicavam exames e conferiam graus e certificados, junto com as Câmaras Municipais, que registravam os títulos e concediam licenças para o exercício legal da profissão (Machado et al, 1978, p.178-9). Em 1854, foi definida uma “Congregação de Lentes” (professores catedráticos) para compor, elegendo um diretor, a direção das faculdades.

Em 1879, com base numa proposta de Vicente Figueira de Sabóia,<sup>9</sup> a Reforma Leôncio de Carvalho pretendeu modificar profundamente a estrutura do ensino médico nacional. Inspirada no modelo das universidades alemãs, numa direção contrária ao ensino retórico das faculdades francesas, essa reforma preconizava o ensino prático com a criação de laboratórios demonstrativos de Física Médica, Química Orgânica, Fisiologia e Farmacologia, reduzindo a solenidade das aulas magistrais. Para melhor qualificação dos alunos, aumentou a duração do curso para seis anos, suprimiu as sabatinas e determinou a obrigatoriedade de provas práticas e exames para obtenção de graus acadêmicos, incluindo-se os diplomas de farmacêutico e dentista. Somente a partir dessa reforma, foi autorizada a matrícula de mulheres em cursos de Medicina, sendo que a

<sup>9</sup> - Lente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, obstetra da Princesa Isabel, comissionado pelo Imperador D. Pedro II, que o havia Sabóia realizou várias viagens à França, entre 1871 e 1875, para estudar os modelos de formação médica vigentes na Europa. Veja-se o detalhado verbete do Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930) (Fiocruz, 2018).

primeira médica, a gaúcha Rita Lobato Velho Lopes, diplomou-se em 1887, na Bahia (Lobo, 1971).

Durante todo o Século XIX, a influência francesa sobre o ensino médico brasileiro foi profunda e abrangente. O modelo pedagógico adotado continuava ritualizado e retórico, fortemente marcado pelo academicismo francês pós-restauração.<sup>10</sup> Do ponto de vista prático do ensino, todo o material escolar – livros, métodos, regulamentos, programas, leituras – era importado da França (Machado et al, 1978, p.180). Focalizando a situação no Rio de Janeiro, onde a obra de Corvisart, Laennec e Bichat se apresentava como fundamental para a formação médica, Pedro Nava (2003, p.63) destaca o papel de José Maria Bomtempo e Joaquim da Rocha Mazarem, médicos da corte portuguesa “que abriram as portas de nossa medicina ao influxo que seria tão benéfico e duradouro dos mestres franceses”.

Lima Júnior e Berbert de Castro (2006), estudando as escolas filosóficas influentes no período imperial, a partir do acervo da Faculdade de Medicina da Bahia, encontram forte presença, ainda que tardia, da *Idéologie* e seus ícones (Tracy, Condillac, Maine de Biran e, principalmente Cabanis), além de referências precoces ao positivismo comtiano. Particularmente em relação a Cabanis, todos os seus escritos de interesse fisiológico e clínico faziam parte do acervo das faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro e compunham a biblioteca particular de vários intelectuais locais com formação na França (Lima Júnior & Berbert de Castro, 2006). Elementos da obra cabanisiana foram replicados (e muitas vezes plagiados) em título e conteúdo em muitas das teses inaugurais<sup>11</sup> da Faculdade de Medicina da Bahia. Nesse aspecto, é certamente exemplar a tese de Antonio Januario de Farias (1845), intitulada *A certeza em medicina*, com epígrafe e profusas citações aos originais de Cabanis, *Du degré de certitude de la Médecine, Rapports du physique et du moral de l’homme* e mesmo ao *Coup d’oeil sur les révolutions et réforme de la Médecine*.

Por mais de um século, nenhuma iniciativa de organizar universidades teve sucesso no Brasil, apesar de algumas propostas terem sido aprovadas em diferentes instâncias do legislativo. Destacarei as mais importantes, seguindo a revisão histórica de Fávero (2010, p.23-26). Em 1823, a Comissão

<sup>10</sup> - Apesar disso, no que se refere à incipiente pesquisa, registrava-se significativa influência germânica (vide a famosa Escola Tropicalista da Bahia, que não por acaso se estabeleceu fora da Faculdade de Medicina) (Edler, 2009).

<sup>11</sup> - *Trabalhos de conclusão de curso, em geral curtos e esquemáticos, obrigatórios para outorga do grau de Doutor em Medicina* (Lima Júnior & Berbert de Castro, 2006, p.534).

de Instrução Pública da Constituinte, liderada por José Bonifácio de Andrada e Silva, apresentou um plano de educação pública que, mantendo as faculdades de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, previa duas universidades, em São Paulo e em Olinda, regidas pelos estatutos da Universidade de Coimbra. Essa proposta foi aprovada com emendas, porém Dom Pedro I dissolveu o parlamento constituinte, tornando sem efeito suas deliberações. Em 1842, o Senador Manoel Castro e Silva apresentou proposta similar, porém, dado o grande volume de críticas e objeções nos dois anos de debates da matéria no parlamento, culminando com uma manifestação contrária da Faculdade de Medicina da Bahia, determinou seu arquivamento em 1845. Em 1882, o Barão Homem de Melo propôs novamente a criação de universidades nas principais cidades do país, porém prevaleceu o modelo de faculdades.<sup>12</sup>

Durante o século XIX, com a abertura de faculdades de Direito em São Paulo e Recife, juntamente com escolas de minas, colégios agrícolas e escolas politécnicas no Rio de Janeiro, em Minas Gerais e na Bahia, consolidou-se no Brasil um modelo de educação que dispensa a figura institucional da universidade (Fávero, 2010). Assim, prevalecia o “império das faculdades”, com cursos médicos de entrada direta, currículos fechados, cátedras e livre-docência, aulas magnas e diplomas licenciadores de profissão, conformes à Reforma Cabanis. Depois da Proclamação da República em 1889, a forte presença do positivismo na organização do Estado nacional ampliou a influência cultural francesa, consolidando o modelo bonapartista de educação com base no sistema de escola primária, liceu, escola normal, escolas politécnicas e faculdades (Ferreira et al, 1977).

Na virada do Século XX, com a criação da Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, havia em todo o país três faculdades de Medicina, duas de Direito, duas escolas politécnicas e nenhuma universidade. Essa situação perdurou nas três primeiras décadas do século XX. A primeira iniciativa de unificar as faculdades da capital federal para criar a Universidade do Rio de Janeiro, pouco antes do Centenário da Independência em 1922, teve efeito apenas simbólico (Fávero, 2010, p.30-31).

A primeira universidade brasileira de fato foi a Universidade de São Paulo, instituída em 1934 por lei estadual, mediante a incorporação de instituições existentes: Faculdade de Medicina, Faculdade de Direito, Escola Politécnica,

12 - Ruy Barbosa, no seu parecer sobre essa Lei de Reforma da Educação, elogia o conceito de Universidade, porém admite que somente seria viável após uma reforma profunda em todo o sistema de ensino público no Brasil (Fávero 2010, p.25).

Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Instituto de Educação, incluindo a criação de uma Faculdade de Ciências, Letras e Artes (Cunha, 2007, p.241). Essa importante instituição, por décadas principal centro de formação científica e acadêmica no território nacional, foi concebida a partir de um projeto político-institucional que replicava o modelo da Universidade de Paris-Sorbonne. Sua implantação, organização e consolidação, entre 1934 e 1945, contou com a ajuda de uma missão francesa, organizada por Georges Dumas, professor de sociologia da Sorbonne, e Teodoro Ramos, professor da Escola Politécnica (Paula, 2002).<sup>13</sup>

As universidades federais foram em maioria implantadas após a Ditadura Vargas, seguindo o mesmo processo de agregação de faculdades tradicionais existentes, promovendo isolamento institucional e autonomia simbólica e política (Cunha, 2007). Exceção terá sido a Universidade de Brasília, concebida por Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro como uma *research university*, com estrutura curricular inspirada no modelo norteamericano, experimento institucional duramente reprimido pela ditadura militar (Salmeron, 2008). Na UnB, não havia escola médica separada e sim um Centro de Ciências da Saúde, destinado à formação integrada de todas as profissões da saúde. Com a repressão política, houve um retrocesso que terminou fragmentando os centros de formação da UnB, o que permitiu, duas décadas depois, recuar ao velho formato de faculdade de medicina numa universidade quase nominal, conforme o modelo resultante da Reforma Liard de 1896.

### **Comentários finais**

Numa interpretação neofoucaultiana, a reforma do ensino superior no processo pós-revolucionário francês pode ser considerada uma resposta política à crise da Universidade na Europa iluminista. Num processo de acomodação que durou quase um século, essa reforma reduziu a milenar instituição universitária a mero organismo articulador de entidades independentes, portadoras de identidade institucional própria, valorizadas simbolicamente e empoderadas politicamente: as faculdades. Com presença desproporcional no conjunto de propostas de reforma educacional, a pauta de reestruturação do ensino médico dominou o cenário, culminando com a Reforma Cabanis. Dado o enorme capital político acumulado pela atuação

<sup>13</sup> - A chamada "missão francesa da USP" incluiu jovens acadêmicos – Fernand Braudel, Jean Gagé, Émile Leonard, Paul Arbusse-Bastide, Pierre Monbeig, Émile Coornaert, Roger Bastide e Claude Lévi-Strauss, dentre outros – que se destacariam em seus respectivos campos de conhecimento (Paula, 2002).



de médicos-políticos-gestores na queda do *Ancien Régime* e o papel dos médicos no imaginário da sociedade burguesa emergente, a Reforma Cabanis foi inspiradora e quiçá catalisadora de uma reforma geral do sistema educacional francês.

O fato de uma transformação tópica ter evoluído para uma ruptura generalizada, acolhida até pelos movimentos que a ela em princípio se opunham, certamente deve-se ao que Foucault (2008) posteriormente chamaria de biopolítica, numa de suas mais potentes modalidades regionais: o poder médico (Clavreuil, 1975). Ou seja, novamente se evidencia a centralidade das práticas de cuidado na constituição das sociedades modernas, na medida em que uma reforma setorial do ensino médico resulta em mudanças profundas na educação superior, provocando ampla reestruturação do sistema de educação em geral.<sup>14</sup>

A avaliação de pertinência e validade da hipótese de que o ensino médico na universidade brasileira estruturalmente conserva as balizas da Reforma Cabanis implica verificação de presença concreta e efetiva, nos estabelecimentos, programas ou cursos de formação em saúde ativos no Brasil, dos seguintes elementos estruturais, integralmente ou de modo predominante: (i) universidade profissionalista; (ii) estruturada em faculdades; (iii) formação intervencionista; (iv) orientada à disciplinaridade; (v) regime de progressão linear; (vi) pedagogia analítica; (vii) segregada por profissões; (viii) tendente ao especialismo.

No que se refere aos três primeiros pontos, a aproximação inicial ao processo histórico de constituição do modelo de ensino superior predominante no Brasil, apresentada neste ensaio, confirma a presença orgânica desses elementos como diretamente resultantes da Reforma Cabanis, refletida no mimetismo institucional observado nas etapas de consolidação das faculdades nacionais de medicina na Regência e no Segundo Império (Nava, 2003). Além disso, principalmente na Faculdade de Medicina da Bahia, constata-se efeitos diretos do pensamento de Cabanis como inspiração filosófica e como referência clínica, em paralelo à sua influência indireta

<sup>14</sup> - Tal constatação não se aplica apenas à conjuntura pós-Revolução Francesa. Um século mais tarde, a Reforma Flexner – uma reforma setorial do ensino médico, destinada a completar o ciclo iniciado pela Reforma Humboldt (contemporânea à Reforma Cabanis, como vimos acima) – terminou produzindo ampla renovação no sistema universitário norte-americano (Almeida-Filho, 2010), tornando-o padrão de excelência acadêmica e promotor de crescimento econômico e transformação cultural do capitalismo industrial.

como importante liderança intelectual do movimento da *Idéologie* e, posteriormente, como inspirador do positivismo.

Nesse ponto, não mais se trata de verificar se a reforma da educação superior proposta por Cabanis realmente teria servido como germe do ensino médico no Brasil. Ao simples exame panorâmico, essa hipótese já se revela robusta e válida, consistente com a estrutura do atual regime de formação. De fato, essa constatação já foi evidenciada na seção pertinente, sendo sua demonstração, portanto, trivial. A questão posta então não é se as raízes da educação superior em saúde e da prática médica no Brasil remontariam ao modelo francês de formação, mas em que medida (sob quais formas, de que maneira etc.) resultam da Reforma Cabanis, mediada pela influência do positivismo no primeiro período republicano. Não obstante, para apreciação ainda mais aprofundada dessa dimensão sócio-político-institucional, recomenda-se a condução de estudos comparativos de estrutura organizacional e de marco regulatório das instituições de ensino superior, com o objetivo de produzir tipologias capazes de estabelecer os diferentes formatos assumidos pela Reforma Cabanis, direta ou indiretamente, nos distintos contextos culturais, geopolíticos e históricos.

Com relação aos itens restantes (arquitetura curricular, programas de ensino, estratégias pedagógicas, segregação profissional, especialismo), podemos esperar maior variação nos efeitos diretos da Reforma Cabanis, acessíveis a abordagens metodológicas documentais e etnográficas na esfera do cotidiano das práticas de ensino-aprendizagem. Trata-se de avaliar de que forma (em quais formatos, modalidades, tipos, operações, processos etc.) o modelo de formação em saúde (e, por extensão, a educação superior em geral) vigente no Brasil, do ponto de vista estrutural, permanece cabanisiano e bonapartista. Em pauta, restaria como programa de pesquisa (sem dúvida, rico e pertinente) a verificação de casos, variantes e especificidades. Evidentemente, nos diferentes casos de institucionalização da educação superior e da formação médica influenciados pela cultura francesa, tradições, escolas e gerações de estudos sociais das práticas educacionais produziram informações e conhecimento acumulado, mesmo ainda com reduzido grau de sistematização, à espera de compilação metódica, organização sistemática e análise competente.

Em conclusão, no Brasil, neste século XXI, a despeito de fortes traços *humboldtianos* na pesquisa e na pós-graduação, presentes num conjunto reduzido de instituições de ensino superior; apesar de fugazes influências *flexnerianas*, sobretudo na formação clínica especializada; não obstante a constatação de experimentos pontuais, visando à inovação pedagógica *freireana*; do ponto de vista estrutural, seguimos e persistimos *cabanisianos*,

com um sistema de formação em saúde fundado em faculdades, diplomas e hospitais, e um modelo de ensino-aprendizagem baseado em disciplinas, aulas e conteúdos. Além disso, devemos ponderar também a hipótese de que a universidade brasileira, neste quase século de existência formal, permanece fixada na restauração *bonapartista*, considerando seu autoritarismo conservador e sua aversão ao novo, cultivados e malescondidos em raízes latentes e denegadas, entrevistas apenas quando a instituição resiste e recusa a renovação criativa.

A análise cuidadosa de tantos anacronismos, inércias, latências e cooptações, mais evidentes no subespaço do ensino médico, sem dúvida permitirá melhor compreensão, mesmo limitada e parcial, das contradições profundas da universidade brasileira. Assim, mais importante que origens e raízes (pregressas, antigas, certamente superadas), será pertinente verificar resíduos, marcas, indícios e efeitos reveladores, não de ocorrências que foram pertinentes num longínquo passado, mas sim de elementos concretos, operativos, atuantes e ainda atuais. Tudo isso num regime de ensino médico que se integra a uma instituição que, por sua vez, revela-se orgânica a uma conjuntura econômica, social e política vigente, injusta e desigual. A investigação aprofundada desse regime, suas raízes e suas correlações, permitirá vislumbrar, num *coup d'oeil*, a articulação desta universidade elitista e excludente a processos políticos e institucionais de reprodução de desigualdades, privilégios e iniquidades sociais, somente possíveis e sustentáveis com a cumplicidade passiva e desempenho ativo do atual sistema de educação superior de nosso país.

## Capítulo 4

### RECONHECENDO FLEXNER: INQUÉRITO SOBRE PRODUÇÃO DE MITOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

Yet for nearly a century, Flexner has been misunderstood. Regularly, he is both credited and blamed for things he did not do, and some of his greatest contributions remain unappreciated.

(Ludemerer 2010, p. 195).

Neste ano de 2010, em muitos países do mundo ocidental, comemora-se um século de publicação do livro *Medical Education in the United States and Canada*. Tal documento é mais conhecido como Flexner Report, ou Relatório Flexner, por ter sido elaborado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano de origem judia, comissionado pela Fundação Carnegie. No contexto anglo-saxão, iniciativas de celebração desse evento justificam-se como reconhecimento de que, adotado pelo General Education Board da Fundação Rockefeller, o relatório em questão desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados. Comemora-se igualmente o fato de que o Relatório Flexner, na prática, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde.

No Brasil, nem de longe se constata entusiasmo ou mesmo respeito perante esse marco histórico centenário. Há, entre nós, quase consenso de que, através do celebrado Relatório mas também em outras obras, Flexner teria produzido uma matriz disciplinar e pedagógica que veio a se chamar de Modelo Flexneriano (alguns autores chegam a falar de um paradigma biomédico flexneriano). Do ponto de vista conceitual, reiteradamente identificam-se, no modelo flexneriano, diversos elementos (ou defeitos): perspectiva exclusivamente biologicista de doença, com negação da

determinação social da saúde, formação laboratorial no Ciclo Básico, formação clínica em hospitais, estímulo à disciplinaridade, numa abordagem reducionista do conhecimento. Do ponto de vista pedagógico, o modelo de ensino preconizado por Flexner é considerado massificador, passivo, hospitalocêntrico, individualista e tendente à superespecialização, com efeitos nocivos (e até perversos) sobre a formação profissional em saúde. Do ponto de vista da prática de saúde, dele resultam os seguintes efeitos: educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, o Modelo Flexneriano tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos que, em parte, produz crônicos problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Do ponto de vista político, por ter sido implantado no Brasil a partir da Reforma Universitária de 1968, promovida pelo regime militar, tal modelo de ensino e de prática mostra-se incompatível com o contexto democrático brasileiro e com as necessidades de atenção à saúde de nossa população e dele resultam sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde. Em suma, ao contrário da aura de herói intelectual da medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde.

Quem discordaria de análise tão clara e eloqüente, precisa e articulada? A síntese apresentada no parágrafo anterior a credencia como posição quase pacífica de importante segmento da inteligência crítica brasileira sobre educação em saúde e, por conseqüência, deve representar a opinião predominante no campo da saúde coletiva, no momento atual. Efetivamente, a estrutura argumentativa dessa formulação demonstra excepcional consistência interna. Não parece, portanto, haver dúvidas sobre os males causados por Abraham Flexner e seu Modelo Biomédico, concebido e promovido a mando de fundações privadas, estreitamente vinculadas ao complexo médico-industrial norte-americano. Não obstante sua aparência convincente, legitimada por consenso aparentemente óbvio, politicamente correto, proponho submeter essa formulação a um rigoroso inquérito crítico.

Neste texto, destoando do coro dos contentes, pretendo explorar a seguinte hipótese:

o que se apresenta como Modelo Biomédico Flexneriano e que, no Brasil, provoca tão intensas reações, não corresponde, e até

contradiz, o que Abraham Flexner pensa e escreve, no próprio Relatório Flexner e em outras obras.

Em primeiro lugar, apresentarei uma súmula biográfica de Abraham Flexner, compreendendo vida, obra, pensamento e impacto no cenário intelectual de início e meados do Sculo XX. Em segundo lugar, revisarei as formas de representao de Flexner e seu pensamento na literatura brasileira contemporânea sobre educao em saúde, a fim de identificar, em detalhe e com maior consistncia, pontos axiais que definiriam o suposto Modelo Biomdico Flexneriano. Terceiro, pretendo testar a hipótese proposta, verificando, no próprio Relatório Flexner, fragmentos de texto referenciadores de cada um dos elementos de identificao do modelo de ensino dito flexneriano, indicando inconsistncias, contradioes e omissões no contraste entre fonte historiográfica e representao imaginária. Finalmente, discutirei algumas possibilidades de interpretao do processo de produo dessa intrigante e peculiar mitologia política, na perspectiva de sua desconstruo como dispositivo retórico produtor de efeitos imaginários estruturantes da matriz ideológica da Educao em Saúde no Brasil.

#### Quem  Flexner?

Esta seo se baseia na biografia de Flexner escrita por Thomas Bonner (2002), baseada em fontes documentais primárias, incluindo um rico epistolário com familiares, colaboradores e personalidades da poca.

Abraham Flexner (1866-1959) nasce em 1866, em Louisville, Kentucky, logo após a Guerra da Secesso. Quarto de uma prole de nove irmos numa família de imigrantes judeus alemes, tem infância muito pobre e difícil mas, desde cedo, destaca-se nos estudos secundários por sua inteligncia e talento. Em 1886, conclui em dois anos um Bacharelado em Artes na Universidade Johns Hopkins, com major em humanidades e estudos clássicos. Durante o curso, recebe grande influncia de Daniel Gilman, Reitor daquela que se tornou a primeira universidade de pesquisa nos EUA, atualizando-a com base no modelo humboldtiano.

Em 1887, Flexner retorna  sua cidade natal para trabalhar como professor primário, inicialmente na Louisville High School, onde havia feito seus estudos secundários. Depois funda uma escola particular de cunho experimental, organizada como uma empresa familiar. Durante 15 anos como mestre-escola, desenvolve mtodos pedagógicos que hoje so considerados vanguarda em termos de modelo educacional. A Flexner School  uma instituio inovadora, centrada na motivao e no cultivo das vocaoes, sem provas, sem verificao de presena, sem normas punitivas. O

sucesso de Flexner é tão extraordinário que vários de seus alunos conseguem aprovação nas universidades mais prestigiosas e concorridas dos EUA; por esse motivo, chama a atenção do Reitor de Harvard, Charles Eliot, que chega a visitar Louisville para pessoalmente constatar o que acontecia naquela escola.

Em 1905, Flexner vende sua escola que, depois dele, não alcança qualquer registro na história da educação. Com o lucro, inicia um doutorado na Harvard University, a convite do Reitor Eliot. Permanece em Cambridge por dois anos e conclui o equivalente ao mestrado. Nesse intervalo, sua esposa e ex-aluna, Anne Crawford, torna-se uma dramaturga de enorme sucesso na Broadway, o que lhe permite custear uma viagem de estudos à Europa, visitando universidades na Inglaterra, França e, principalmente, na Alemanha, onde assiste aulas na Universidade de Heidelberg. Retorna da Europa em 1907 e escreve o que teria sido sua tese de Doutorado, nunca defendida na Harvard: um polêmico estudo crítico da universidade americana, em comparação com as instituições seculares do Velho Continente, intitulado *The American College: A Criticism* (1908).

Em 1908, Flexner é convidado por Henry S. Pritchett, Presidente da Carnegie Foundation, para dirigir um ambicioso programa de avaliação da educação superior nos EUA, começando pelo ensino médico, cujo primeiro e mais conhecido resultado é o famoso Relatório. Por que um professor primário do interior, judeu, com doutorado inconcluso, sem qualquer expressão política ou fama intelectual, é alçado à posição de principal avaliador da educação médica num país naquele momento já pujante e em franco desenvolvimento? Uma hipótese é que seu irmão Simon Flexner, um dos fundadores e Diretor do Instituto Rockefeller de Pesquisa, já reconhecido na época como grande patologista, o teria recomendado à Carnegie Foundation num movimento de retribuição familiar. O sucesso de Simon devia-se ao irmão caçula Abraham que, com duas décadas de trabalho duro como mestre-escola, sacrificara uma carreira intelectual de grande potencial, responsabilizando-se pelos altos custos da formação médica de Simon Flexner na Hopkins.

As biografias mais detalhadas dão crédito a uma outra versão (Bonner 2007). De fato, Pritchett fica impressionado pela leitura do livro que Abraham publicara em 1908, citado acima, que não teve sucesso algum, mal vendeu uma pequena primeira edição. Após conhecê-lo mais de perto numa série de entrevistas pessoais, Pritchett confirma sua avaliação positiva ao aprovar o texto preliminar do projeto apresentado por Flexner.

O sucesso do Relatório é extraordinário, compensando os quase dois anos de trabalho árduo. Apenas uma indicação do impacto transformador do

Relatório e seus desdobramentos: nos 100 anos prévios ao documento, 457 escolas médicas tinham sido abertas nos EUA. No início do século XX, havia pouco mais de 160 em funcionamento. Flexner inclui 155 em seu relatório. Com a aplicação de suas recomendações, num processo que ele chama de restauração da educação médica, muitas são fechadas; em dez anos, restam 31 escolas.

O reconhecimento é imediato, de modo que, em 1912, Flexner é convidado a dirigir o General Education Board, organismo filantrópico da família Rockefeller para a educação que, durante muitos anos, faz doações multimilionárias às universidades para implantar as recomendações do Relatório. Esse programa condiciona os financiamentos à adoção das seguintes medidas pelas faculdades de medicina: regime de ciclos, critérios de entrada, redução do número de alunos nas salas de aula, hospitais com enfermarias de ensino, dedicação exclusiva e conseqüente proibição da prática privada dos médicos docentes. O programa de reforma do ensino médico, coordenado pelo próprio Flexner, sofre duras reações das faculdades de medicina, notadamente da tradicional Harvard Medical School, antes de ser considerado padrão mínimo de qualidade na educação médica moderna.

Nesse momento de sua carreira, Flexner tem várias de suas idéias heterodoxas sobre pedagogia (reunidas num volume intitulado *A Modern School*, 1916) incorporadas ao projeto da Lincoln School, colégio de aplicação pioneiro, vinculado ao Teacher's College da Columbia University, sob a direção de John Dewey. Interessante assinalar que Anísio Teixeira e Isaías Alves, eminentes educadores baianos, estudaram no Teacher's College entre 1926 e 1930; não sabemos se tiveram algum contato com o velho reformador, mas existem intrigantes convergências de concepção pedagógica entre eles, que merecem estudo.

Em 1926, Flexner conclui seu trabalho no Board e novamente vai à Europa, concentrando-se na Oxford University, para estudos livres, no que hoje seria um programa de pós-doutorado (apesar de não ter concluído seu doutorado). No ano seguinte, em plena maturidade do ponto de vista acadêmico, Flexner retorna à mais antiga universidade de língua inglesa do mundo, agora convidado a ministrar conferências que serviram de base para um dos seus livros mais importantes (e menos conhecidos), intitulado *Universities: American, English, German* (1930). Trata-se de uma análise das principais universidades daquela época, completada com a proposição de modelos da "Universidade do futuro".

O marco seguinte na vida de Abraham Flexner é o Institute for Advanced Study. Louis Bamberger e sua irmã Caroline, herdeiros milionários, vendem



uma das empresas da família, arrecadando uma fortuna sobre a qual deveriam pagar altos impostos; para evitar isso, querem doar parte do recurso para alguma obra acadêmica. Nos EUA, essa forma de apoio às universidades constitui uma tradição muito forte. Em 1930, os irmãos filantropos contratam dois advogados judeus para fazer contato com Flexner, pedindo uma assessoria sobre como seria uma Escola Médica ideal, destinada a jovens de cultura hebraica. A essa altura, já crítico do nascente movimento sionista e interessado em projetos intelectuais para além da escola médica, Flexner propõe experimentar modelos futuristas de educação superior, tema dos seus últimos escritos. Ele então convence os doadores a criar o Instituto de Estudos Avançados, vinculado à prestigiosa Princeton University, com a finalidade de congregar as mentes mais brilhantes do seu tempo num ambiente acadêmico livre e produtivo.

O Instituto inicia seus trabalhos em 1932, tendo como destaque do seu quadro científico ninguém menos que Albert Einstein. Na recente biografia de Einstein (Isaacson 2007), há um relato muito interessante sobre o processo de atração de Einstein. Os dois se encontram pela primeira vez no California Institute of Technology – Caltech, onde Einstein participa de um seminário científico. Conversam sobre as idéias ousadas de Flexner e continuam a dialogar quando Einstein visita Flexner em Oxford, onde ele estava como Professor Visitante. Com a anuência do patrono Bamberger, Flexner viaja a Berlim, semi-clandestino, para contratar Einstein antes do Caltech, seu primeiro convite nos EUA.

Entre 1930 e 1939, o Instituto é dirigido por Flexner, com reconhecida liderança, eficiência e publicidade. No período, são implantadas as primeiras unidades de pesquisa em matemática, economia e humanidades. Inicialmente, o Instituto acolhe cientistas europeus que fugiam do Nazismo, como Kurt Gödel, Hermann Weyl e o próprio Einstein, além de representantes da vanguarda científica da época, como Von Neumann, Panofsky e Openheimer. Recebe, na condição de pesquisador-visitante, importantes personalidades científicas da época, como Pauli, Courant, Fermi, Bohr e Russel. Posteriormente, respeitando os princípios da cultura acadêmica sempre defendidos por Flexner, reconhecidos líderes intelectuais, como Clifford Geertz e Albert Hirschman, passam a integrar seus quadros.

Abraham Flexner aposenta-se em 1940. Nas duas décadas seguintes, influencia a criação do National Humanities Center, escreve quatro livros, colabora com Henry Sigerist na introdução de estudos culturais e históricos no ensino médico na Hopkins, retorna aos bancos escolares como aluno especial na Columbia University e, junto com Einstein, engaja-se em

movimentos sociais a favor da paz internacional. Falece em 1959, em Falls Church, Virgínia, aos 93 anos de idade.

#### Modelo Biomédico, dito flexneriano

A reforma da educação médica preconizada no Relatório Flexner repercutiu tardiamente no Brasil. Naquele momento, primeiras décadas do Século XX, nossas faculdades de medicina ofereciam modelos retóricos de formação e, onde havia algum dinamismo científico, cultivavam laços com duas tradições européias antagônicas: a escola francesa, com forte foco na clínica, e a escola alemã, marcada pela pesquisa laboratorial.

Em 1919, o International Health Board da Fundação Rockefeller concede bolsas de estudos para Horácio de Paula e Souza e Francisco Borges Vieira, docentes da Cátedra de Higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo para um estágio de dois anos na Escola de Saúde Pública da Johns Hopkins University. Entre 1922 e 1925, esses professores, com a ajuda de consultores e assistentes contratados pela Rockefeller, tentam implantar na Faculdade de Medicina uma reforma curricular (com base em disciplinas e não matérias) e institucional, removendo as cátedras (Marinho 2001). A adoção do tempo integral para os docentes das formações pré-clínicas (em departamentos e institutos) e a redução do número de alunos nas salas e enfermarias desencadeiam reações das cátedras clínicas e cirúrgicas que rejeitam o princípio flexneriano da dedicação exclusiva. Como resultado, a partir de 1926, os docentes do Departamento de Higiene desligam-se da Faculdade de Medicina e constituem o Instituto de Higiene de São Paulo, vinculado ao Governo Estadual. Somente em 1939, o Instituto passa a constituir uma das unidades de ensino da USP, denominada posteriormente de Faculdade de Higiene e Saúde Pública, historicamente separada da Faculdade de Medicina.

No Rio de Janeiro, outro importante pólo de educação médica à época, Antonio da Silva Mello apresenta uma proposta de reforma da educação médica brasileira em bases muito semelhantes às propostas do Relatório Flexner (Kemp e Edler 2004). Catedrático de clínica médica da então Faculdade Nacional de Medicina, Silva Mello havia feito sua formação na Alemanha no início do século. Em 1937, num livro extraordinário pela força da denúncia corajosa (num momento de dura repressão política, lembrar que Anísio Teixeira recém fugira de uma ordem de prisão da polícia política do Estado Novo), faz um diagnóstico sombrio e cáustico, embora elegante, sobre a situação do ensino médico então vigente no país.

a nossa Faculdade de Medicina, pela sua erudição rebarbativa, chegou ao absurdo de criar dentro da carreira médica, de todas a

mais prática e objetiva, um tipo teórico, doutoral, de puro bacharel, que é fabricado em séries imensas para viver aos trancos, não raro quase como um miserável, e que, mesmo tendo estudado muito, ignora o que tem necessidade de saber. O estudante que trabalha com o fito único de passar no exame, e que não deveria ter direito de existência, é uma criação dessa péssima organização. (Silva Mello 1937, p. 33)

A reforma proposta por Silva Mello é convergente com vários pontos do modelo ideal preconizado pelo Relatório Flexner: marco conceitual de base científica, dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática, turmas menores em laboratórios e clínicas. Apesar de dispor de “contatos políticos com governantes, os quais acionou quando procurou reformar a mais prestigiosa faculdade de medicina do país, vinculada à Universidade do Brasil” (Kemp & Edler 2004, p. 581), Silva Mello tem reduzido sucesso em sua proposta modernizante do modelo de formação médica de herança franco-lusitana.

A resistência do ensino médico brasileiro, estreitamente identificado com o modelo francês, em acolher os parâmetros da reforma norte-americana do Relatório Flexner, tal como ocorrido em São Paulo e no Rio de Janeiro, reedita um antigo conflito com a tradição anatomoclínica, profundamente influenciada pelo modelo germânico de ensino médico. O Relatório Flexner realmente implicava uma tentativa de integração capaz de superar uma profunda cisão entre modelos distintos de prática médica: a clínica e o laboratório. Não obstante a reação inicial, “a liderança da tradição clínica seria gradativamente ofuscada pela ascensão das disciplinas básicas e pelas especialidades clínicas, agora associadas ao figurino Norte-americano” (Edler & Fonseca 2005, p. 18), particularmente após a implantação dos primeiros hospitais-escola nas décadas de 1930 e 1940, com um financiamento de um milhão de dólares da Fundação Rockefeller (Marinho 2001).

Após a II Grande Guerra, a agenda da reforma do ensino médico é retomada ressaltando uma vertente da Reforma Flexner pouco conhecida entre nós – a Medicina Preventiva. Como estratégia de mobilização, realizam-se vários eventos nos Estados Unidos e na América Latina, sob o patrocínio de fundações internacionais e da OPS. Em 1952, Colorado Springs recebe uma reunião de representantes das principais escolas médicas dos EUA e Canadá (a propósito, mesmo recorte do Relatório da Carnegie Foundation), ponto de partida para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos buscando fomentar uma atitude preventiva nos futuros médicos. No processo de difusão internacional desse movimento, estudado em suas bases ideológicas por Sérgio Arouca (1975/2002), destacam-se o I Congresso Pan-americano

de Educação Médica (1951, Lima/Peru), os Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva (1955, Viña del Mar; 1956, Tehuacán) e a 1ª Conferência de Faculdades de Medicina da União de Universidades da América Latina – UDUAL (1957, México).

Esse momento de transição da hegemonia no campo da prática médica foi por mim analisado, em parceria com Jairnilson Paim, conforme segue:

Nesta proposta, o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica. A própria noção de prevenção é radicalmente redefinida, através de uma ousada manobra semântica (ampliação de sentido pela adjetivação da prevenção como primária, secundária e terciária) que termina incorporando a totalidade da prática médica ao novo campo discursivo. (Paim & Almeida-Filho 1998, p. 303)

Na América Latina, apesar das expectativas e investimentos de organismos e fundações internacionais, o único efeito desse movimento parece ter sido a implantação de departamentos acadêmicos de medicina preventiva em países que, já na década de 1960, passavam por processos de reforma universitária. No caso da educação médica no Brasil, aproveitando o potencial de articulação do modelo preventivista de Leavell-Clark como “guarda-chuva” da prática médica mediante os conceitos de prevenção secundária e terciária, resgatam-se propostas de revalorização da prática clínica.

Em suma, do primeiro ciclo de aproximação das faculdades de medicina brasileiras com os organismos de apoio técnico e de financiamento que pretendiam difundir a fórmula do Relatório da Carnegie Foundation no plano internacional, resta a criação de hospitais-escola como campo de treinamento e produção de conhecimento. Do segundo ciclo, já no pós-guerra, resulta a abertura de departamentos de medicina preventiva substituindo as tradicionais cátedras de higiene, e introduzindo nas escolas médicas conteúdos de epidemiologia, administração de saúde e ciências da conduta até então ministrados nas escolas de saúde pública, alienadas da educação médica e destinadas à formação de sanitaristas.

Com esse espírito, visando fomentar pactos de convergência entre os grupos reformistas com algum potencial na cena médica brasileira, realiza-se na Bahia, em 1961, a 1ª Conferência sobre o Ensino da Clínica Médica, patrocinada pela Fundação Kellogg. Nesse momento, as figuras de Clementino Fraga Filho e Roberto Figueira Santos, catedráticos respectivamente das escolas médicas da Universidade do Brasil e da

Universidade da Bahia, pioneiros entusiasmados da concepção cientificista da prática médica e da modernização dos modelos de formação, ressaltam como representativos daquele movimento. Dessa forma, recupera-se o impulso para superar alguns dos impasses conceituais e políticos das práticas de cuidado à saúde através de reformas curriculares e institucionais nos organismos de reprodução social, formação intelectual e educação profissional.

Nesse contexto, redescobre-se Flexner como agente reformador do ensino médico, sua dimensão mais reduzida e datada, e não como intelectual criativo, preocupado e atuante na modernização da escola em geral e, em particular, da universidade. Claro que há exceções, sendo a mais ilustre, na minha opinião, a análise de Anísio Teixeira, num ensaio excepcional intitulado *A universidade de ontem e de hoje*, publicado logo após ter sido exonerado pelos militares do cargo de Reitor da mítica UnB original. Nesse texto, Anísio celebra Humboldt, Newman e Flexner como concebedores dos principais modelos de universidade do mundo moderno, denunciando ironicamente o modelo vigente de universidade: “Nem Humboldt, nem Newman, nem Flexner reconheceriam mais suas respectivas universidades” (Teixeira 1964).

Para o que nos interessa, dois eventos marcam a segunda metade da década de 1960. No subcontinente latino-americano, o seminal estudo coordenado por Juan Cesar Garcia em 1967-1968, intitulado *La Educación Medica en America Latina* (Garcia 1972). No Brasil, a reforma universitária promovida pelo regime militar, resultante do Acordo MEC/Usaid de 1967 e da Lei 5.540 de 1968. Destaco o primeiro por ser marco referencial de todo um movimento intelectual e político que, na América Latina em geral e particularmente no Brasil, termina por se configurar como um campo de saberes e práticas chamado Saúde Coletiva. Menciono o segundo porque, posteriormente, o governo ditatorial implantado pelo Golpe de 1964 vem a ser considerado culpado de, com atraso de meio século, ter induzido a flexnerização da Medicina brasileira. Realmente, a relação entre Flexner e a ditadura militar faz parte de uma história contada, repetida e reiterada, com variados teores de crítica, por quase todos os que escreveram sobre a educação médica no Brasil do século XX (Nedy et al 2005).

No contexto de abertura política e redemocratização do país vigente nos anos 1980, forja-se uma imagem de Abraham Flexner, ainda vigente no Brasil, sobretudo no campo da educação em saúde, como um intelectual conservador e oportunista, representante da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista. Pagliosa & Da Ros (2008, p. 493) comentam que, hoje em dia, “O adjetivo ‘flexneriano’ é aplicado, geralmente

com caráter pejorativo, aos currículos [médicos] que apresentam uma divisão clara entre um período ou ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro dedicado aos estudos clínicos”. Com facilidade, denuncia-se Flexner e seu Relatório por sexismo, racismo e elitismo: “uma hierarquização da educação médica, uma vez que as escolas passaram a contar com um maior número de homens, brancos e de classe média alta, únicos estudantes que poderiam custear os estudos em medicina (encarecidos após o Relatório Flexner). (Aguiar 2003, p. 18) [...] o surgimento de toda uma atividade econômica voltada para a assistência médica e para o lucro em potencial do mercado por ela constituído - uma indústria da saúde.” (ibid, p. 24). Do ponto de vista pedagógico, denuncia-se “a formação reducionista e linear ofertada para os alunos baseada num modelo flexneriano, ou seja, fundamentado num paradigma que mantinha como foco: a repetição, a memorização e a reprodução do conhecimento” (Seegmuller et al 2008, p. 13).

Aparentemente, o construto doutrinário que viria a ser conhecido como modelo biomédico de educação médica foi em princípio delineado por Eugênio Vilaça Mendes, odontólogo, consultor da OPS, membro atuante do Grupo de Minas, baseado no Departamento de Medicina Preventiva da UFMG, especialmente dedicado aos temas da educação médica (Cury & Melo 2006), foco nacional do movimento da Integração Docente-Assistencial, a partir da experiência do Internato Rural no Norte de Minas Gerais e das propostas de reforma curricular promovidas pela ABEM (Veras 1981). Como hipótese, podemos atribuir a Mendes, pelo menos entre nós, a adjetivação do modelo biomédico como flexneriano, num opúsculo intitulado *A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas* (Mendes 1985).

Num par de textos (Mendes 1985, p. 31-36; 1986, p. 540-541), complementados posteriormente por um livro de síntese doutrinária intitulado *Uma Agenda para a Saúde* (Mendes 1996), os elementos estruturais do modelo biomédico suposto como flexneriano são claramente explicitados, da seguinte maneira:

**Mecanicismo:** No modelo flexneriano “O mecanicismo se introduz [...], pela analogia do corpo humano com a máquina, elemento importante do modo de produção dominante” (1986, p. 540).

**Biologismo:** O modelo flexneriano “pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências” (1985, p. 31). “Dessa maneira, o novo paradigma procura absolver os fatores determinantes de natureza e social, na causa das doenças” (1986, p. 540).

Individualismo: O modelo flexneriano “é, duplamente, individualista. Primeiro, ao eleger como seu objeto, o indivíduo; segundo, ao aliená-lo, excluindo, da sua vida, os aspectos sociais. Daí, poder-se imputar ao indivíduo, a responsabilidade pela sua própria doença.” (1985, p. 31).

Especialização: No modelo flexneriano, o especialismo é visto como “esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e que atenua o conhecimento holístico” (1985, p. 31). “Primeiro, e numa perspectiva ideológica, em função do mecanicismo que impôs à parcialização abstrata do objeto global, segundo um esquema contraditório que aprofunda o conhecimento específico e que atenua o conhecimento holístico. Segundo, e numa dimensão econômica, a especialização decorreu das necessidades da acumulação de capital, que exigiu a fragmentação do processo de produção e do produtor, via divisão técnica do trabalho” (1986, p. 540).

Exclusão de práticas alternativas: “A viabilização do paradigma da odontologia científica se fez com base na sua supremacia sobre as outras práticas alternativas, consideradas, a priori, ineficazes” (1986, p. 540).

Tecnificação do cuidado à saúde: O modelo flexneriano faz da medicina uma “engenharia biomédica [que] cria uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças, os milagres da medicina tecnológica” (1985, p. 32).

Ênfase na prática curativa: O modelo flexneriano “prestigia o fisiopatologismo em detrimento da causa” (1985, p. 33).

Mendes (1986) arremata a construção ideológica do modelo flexneriano ao apontar determinantes e descrever seu contexto de surgimento e difusão, da seguinte forma:

O Relatório Flexner poderia ter tido o mesmo destino de centenas de documentos preparados na Era Progressista, e que não foram levados à prática. [...] Além desse interesse das grandes indústrias, há que se ressaltar a participação, na origem e na consecução do Relatório Flexner, da profissão organizada, via Associação Médica Americana. [...] Pode-se concluir, pois, que a medicina científica se institucionalizou, através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades. O novo paradigma determinou mudanças substantivas no objeto, nos propósitos, nos recursos e nos agentes da medicina, levando à configuração de um marco conceitual, que passa a referenciar a prática e a educação médicas.” (Mendes 1986, p. 540)

Tratar esse conjunto de textos (Mendes 1985, 1986, 1996) como “caso-índice” do que viria a ser conhecido como modelo biomédico de formação e de

prática (dito flexneriano), pode constituir interessante hipótese de pesquisa histórica no campo da saúde no Brasil. Uma rápida revisão da literatura recente sobre educação médica e formação profissional para o sistema de saúde brasileiro (Camargo 1996; Feuerwerker 1998; Edler 2000; Fonseca 2000; Rego 2000; Koifman 2001; Almeida 2001; Lampert 2001; Aleixo 2002; Pasquim 2002; Rocha 2003; Merhy & Acirole 2003; Aguiar 2003; Arcoverde 2004; Costa e Silva 2004; Silva et al 2004; Neves et al 2005; Nedy et al 2005; Faleiros et al 2006; Ristow 2007; Amaral 2007; Perillo 2008; Pagliosa & Da Ros 2008; Seegmuller et al 2008; Fonseca 2009, Viana et al 2010) permite identificar uma rede de referências bibliográficas caudatárias, convergentes e concordantes na construção discursiva anti-Flexner inaugurada pelos textos acima destacados. Esses autores identificam no Relatório elementos conceituais de uma matriz articulada ou paradigma de ensino médico e de prática assistencial, configurando uma construção imaginária que se chamou de Modelo Biomédico (e que muitos escrevem au complet: modelo biomédico flexneriano).

Na seção seguinte, apenas destacando trechos selecionados do Relatório, pretendo demonstrar que alguns desses pontos simplesmente não correspondem à letra do texto escrito por Abraham Flexner. Por isso, parecem mais corresponder à construção de uma mitologia restrita, composta por cinco mitos e duas omissões, como segue:

Mitos:

Conteudismo pedagógico;

Biologismo anti-humanista;

Tecnologização da prática;

Medicina curativa individualista;

Submissão às corporações médicas.

Omissões:

As faculdade de medicina devem ser integradas às Universidades, a fim de propiciar...

formação universitária prévia para acesso à formação profissional (tomando o College como pré-requisito de entrada na escola médica).

O Relatório Flexner



O Relatório Flexner na verdade intitula-se *Medical Education in the United States and Canadá* (O texto completo do Relatório Flexner pode ser lido em: <http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary>).

Henry Pritchett, Presidente da Carnegie Foundation, abre sua apresentação com as seguintes palavras: “Este relatório sobre educação médica é o primeiro de uma série de trabalhos sobre escolas profissionais que será lançado pela *Carnegie Foundation*”. Flexner havia sido contratado para fazer, depois desse Relatório, avaliações da formação em Direito e nas Engenharias e, em seguida, para outras profissões. A avaliação sobre o ensino de Direito não foi à frente, as demais sequer começaram, pois a transformação provocada pelo Relatório Flexner sobre a educação médica estadunidense foi de tal impacto que, em dez anos, a Carnegie Foundation considerou a missão cumprida. O que se buscava havia sido alcançado pela extensão da reforma do ensino médico para outras áreas de formação, juntamente com o trabalho de promoção institucional do General Education Board que Flexner dirigiu depois de escrever o Relatório.

**MEDICAL EDUCATION  
IN THE  
UNITED STATES AND CANADA**

A REPORT TO  
THE CARNEGIE FOUNDATION  
FOR THE ADVANCEMENT OF TEACHING

BY  
ABRAHAM FLEXNER

WITH AN INTRODUCTION BY  
HENRY S. PRITCHETT  
PRESIDENT OF THE FOUNDATION

BULLETIN NUMBER FOUR (1910)  
*(Reproduced in 1960)*  
*(Reproduced in 1972)*

437 MADISON AVENUE  
NEW YORK CITY 10022

A citação latina - imperium in imperio - na introdução de Pritchett ao Relatório, dá conta de outro elemento que muito motivou Flexner e que terminou sendo uma das suas principais conclusões. Encontra-se aí uma crítica importante provocada por um dos seus achados, o fato de que as escolas médicas se constituíam como feudos soberanos dentro do império das universidades. Em muitos casos, as faculdades de algum modo se vinculavam às instituições, mas como uma pequena universidade dentro da universidade (daí imperium in imperio) separada e autônoma, com peculiaridades e regras próprias. Então, uma das intenções do Relatório, que se tornou uma das principais recomendações, foi reintegrar a faculdade de medicina à instituição universitária. Esse aspecto é pouco conhecido, para não dizer praticamente ignorado, entre nós; constitui a Omissão n. 1. Tenho uma hipótese sobre o recalque desta que foi uma das principais recomendações do Relatório. Seria porque nas universidades do Brasil - não diria todas, pois exceções existem - as faculdade de medicina continuam impérios dentro do império?

**schools of law, of medicine, and of theology. In some cases these relations were of the frailest texture, constituting practically only a license from the college by which a proprietary medical school or law school was enabled to live under its name. In other cases the medical school was incorporated into the college or university, but remained an *imperium in imperio*, the college assuming no responsibility for its standards or its support. In yet other cases the college or university assumed partial obligation of support, but no responsibility for the standards of the professional school, while in only a relatively small number of cases was the school of law or of medicine an integral part of the university, receiving from it university standards and adequate**

Pritchett, Henry. Introduction. In: Flexner Report. 1910, p. vii.

Assinalo, ainda na Introdução de Pritchett, a eficiente síntese dos dados significantes desse estudo. Vejamos aqui a primeira constatação que serve de justificativa para o estudo: “Há 25 anos, tem existido uma enorme superprodução de médicos mal treinados e deseducados”. E a segunda constatação: “essa superprodução de pessoas mal treinadas é devida principalmente à existência de um enorme número de escolas comerciais, sustentadas em muitos casos por métodos de publicidade, através dos quais uma massa de jovens não preparados é retirada das ocupações industriais para o estudo da medicina”. Terceira constatação: “até recentemente a condução de uma escola médica era um negócio rentável porque os métodos de instrução eram principalmente didáticos”.

**The significant facts revealed by this study are these:**

**(1) For twenty-five years past there has been an enormous over-production of uneducated and ill trained medical practitioners. This has been in absolute disregard of the public welfare and without any serious thought of the interests of the public. Taking the United States as a whole, physicians are four or five times as numerous in proportion to population as in older countries like Germany.**

**(2) Over-production of ill trained men is due in the main to the existence of a very large number of commercial schools, sustained in many cases by advertising methods through which a mass of unprepared youth is drawn out of industrial occupations into the study of medicine.**

**(3) Until recently the conduct of a medical school was a profitable business, for the methods of instruction were mainly didactic. As the need for laboratories has become more keenly felt, the expenses of an efficient medical school have been greatly increased. The inadequacy of many of these schools may be judged from the fact that**

Pritchett, Henry. Introduction. In: Flexner Report. 1910, p. x.

Examinemos diretamente o Mito n. 1. Aqui estão trechos do Relatório, na página 53: “No lado pedagógico, a medicina moderna, como todo ensino científico, é caracterizada pela atividade. O estudante não mais apenas observa, escuta e memoriza, ele faz. Suas próprias atividades no laboratório

e na clínica são os principais fatores na sua instrução e sua disciplina [e na sua formação, podemos atualizar]. Uma educação em medicina envolve, tanto o aprender, quanto o aprender como; o estudante não pode efetivamente saber a não ser que ele saiba como". Notem que o emprego do verbo envolver é prescritivo e não descritivo; com isso, Flexner quer dizer: a educação médica deve envolver o aprendizado de como fazer, fazendo.

**On the pedagogic side, modern medicine, like all scientific teaching, is characterized by activity. The student no longer merely watches, listens, memorizes; he *does*. His own activities in the laboratory and in the clinic are the main factors in his instruction and discipline. An education in medicine nowadays involves both learning and learning how; the student cannot effectively know, unless he knows how.**

Flexner Report, 1910, p. 53.

No tocante à metodologia pedagógica, com a experiência de quem havia passado quase duas décadas criando métodos originais de ensino-aprendizagem, Flexner propôs um pragmatismo operativo, muito parecido com a famosa ABP – aprendizagem baseada em problemas. Thomas Bonner (1998, 2002), seu biógrafo mais detalhista e rigoroso, afirma que de fato a pedagogia flexneriana antecipa as principais teorizações e propostas do pragmatismo em relação à utilização da vivência e da práxis como modelo educacional, em diálogo contemporâneo com William James e John Dewey. No livro intitulado *A Modern School* (1916), referido acima, Flexner apresenta de modo sistemático suas idéias sobre a educação em geral, particularmente a noção de uma pedagogia contextual.

Ainda neste aspecto, vejamos a seguinte citação, ainda mais pertinente porque se refere especificamente à educação médica. "O progresso da Ciência e a prática científica ou inteligente da medicina emprega, portanto, exatamente a mesma técnica. Para usá-la, seja na investigação ou na prática, o estudante deve ser treinado no exercício positivo de suas faculdades. Treinado dessa maneira, a escola médica começa, ao invés de completar, a educação médica. Não pode, em nenhuma hipótese, transmitir ao estudante mais que uma fração dos tesouros reais da ciência, porém pode pelo menos colocá-lo no caminho de ampliar consistentemente seu patrimônio intelectual. Um hábito profissional, definitivamente formado sobre o método científico, converterá cada detalhe de sua experiência prática num fator adicional na sua educação efetiva". Aqui Flexner claramente antecipa o conceito de *lifelong learning*, também posto como grande novidade na proposição ou no uso de metodologias ativas de aprendizagem, tão populares no Brasil pós-mobral.

**makes to his ministrations. The progress of science and the scientific or intelligent practice of medicine employ, therefore, exactly the same technique. To use it, whether in investigation or in practice, the student must be trained to the positive exercise of his faculties; and if so trained, the medical school begins rather than completes his medical education. It cannot in any event transmit to him more than a fraction of the actual treasures of the science; but it can at least put him in the way of steadily increasing his holdings. A professional habit definitely formed upon scientific method will convert every detail of his practising experience into an additional factor in his effective education.**

Flexner Report, 1910, p. 55.

O Mito n. 2 diz que Flexner tinha uma visão exclusivamente biológica e mecanicista do conhecimento sobre a saúde-doença e a medicina. Vejam esta citação, na página 26, onde ele se refere às ciências básicas (Física, Química e Biologia) como o mínimo necessário, mas muito longe de ser suficiente, para uma boa prática médica. “Elas [as ciências fundamentais] fornecem de fato os instrumentos essenciais básicos da formação médica, mas esse instrumental mínimo pouco pode além de servir como mínimo profissional permanente e, ainda assim, instrumentalmente inadequado. O médico lida de fato com duas categorias. Química, física e biologia o capacitam a apreender um desses conjuntos. Ele precisa de uma perspectiva diferente e um aparato apreciativo para lidar com o outro, elementos mais sutis. Preparação específica nesta direção é muito mais difícil; deve-se confiar no requisito insight e simpatia numa experiência cultural variada e ampla”.

**So far we have spoken explicitly of the fundamental sciences only. They furnish, indeed, the essential instrumental basis of medical education. But the instrumental minimum can hardly serve as the permanent professional minimum. It is even instrumentally inadequate. The practitioner deals with facts of two categories. Chemistry, physics, biology enable him to apprehend one set; he needs a different apperceptive and appreciative apparatus to deal with other, more subtle elements. Specific preparation is in this direction much more difficult; one must rely for the requisite insight and sympathy on a varied and enlarging cultural experience. Such**

Flexner Report. 1910, p. 26.

O Mito n. 3 refere-se a uma concepção tecnologizada e empiricista da prática médica, supostamente constitutiva do modelo flexneriano. Mas é o próprio Flexner que desmente sucinta e singelamente esta atribuição enviesada, à página 26: “Nós podemos então descrever de modo justo que a medicina moderna é caracterizada por uma manipulação severamente crítica da experiência”.

**We may then fairly describe modern medicine as characterized by a severely critical handling of experience. It is at once more skeptical and more assured than mere**

Flexner Report. 1910, p. 26.

E mais ainda, à página 53: “A moderna medicina [que é a que Flexner preconiza] lida, portanto, não apenas com certezas, como faz o empirismo, mas também com probabilidades, pressupostos, teorias”. Acrescenta que a medicina distancia-se do empirismo ao reconhecer a “qualidade lógica” do seu objeto de conhecimento e de prática. Mais adiante, na citação da página 55, acima referida, Flexner menciona “a prática da medicina científica ou inteligente”.

**does not depend on the perfect homogeneity of all its data and conclusions. Modern medicine deals, then, like empiricism, not only with certainties, but also with probabilities, surmises, theories. It differs from empiricism, however, in actually knowing at the moment the logical quality of the material which it handles. It knows, as**

Flexner Report. 1910, p. 53.

Vejamos agora o Mito n. 4: a questão da medicina curativa e individual como se este fora um paradigma flexneriano. Não sei como se pôde inventar que Flexner preconizava um modelo curativo individualizado em oposição a algo diferente, supostamente uma medicina integral e socializada. Olhem a clareza da afirmação contrária. “Mas a função do médico está se tornando rapidamente social e preventiva, mais que individual e curativa”. Ele já dizia exatamente o oposto do que hoje muitos dizem ser o flexnerismo; “nele [o médico] a sociedade confia para avaliar, e através de medidas essencialmente educacionais executar, as condições que previnem a doença e constroem positivamente o bem-estar físico e moral. Escusado dizer que esse tipo de doutor é antes de tudo um homem educado”. A despeito de vários atos e escritos que mostram um Flexner quase feminista – Bonner (2002) narra como Flexner cuidava das filhas enquanto Anne produzia peças de sucesso na Broadway ou quando, com a mulher, participava de passeatas e manifestações das sufragistas –, na época prevalecia o sexismo: então se dizia “um homem educado” [an educated man]; hoje usaríamos “uma pessoa educada”.

**ment of a fee ended the transaction. But the physician's function is fast becoming social and preventive, rather than individual and curative. Upon him society relies to ascertain, and through measures essentially educational to enforce, the conditions that prevent disease and make positively for physical and moral well-being. It goes without saying that this type of doctor is first of all an educated man.**

Flexner Report. 1910, p. 26.

Vejamos então como esses três últimos temas do texto flexneriano, tomados em conjunto, conduzem a um argumento fundamental: a necessidade de formação nas humanidades, na cultura, enfim uma educação geral para os médicos, antes mesmo da formação nas ciências básicas da saúde.

A conseqüência lógica do uso distorcido desses elementos, no caso, é que a principal proposta do que Vinten-Johansen & Riska (1991) denominam de modelo flexneriano “verdadeiro”, nunca foi mencionada na literatura brasileira, constituindo a Omissão n. 2. Trata-se do college como requisito para entrada no curso médico – que depois se estenderia a todas as outras formações profissionais nos EUA. Nunca li um texto brasileiro sobre Flexner que mencionasse sua defesa veemente de que os médicos deveriam ter formação nas culturas, nas humanidades, nas linguagens, na educação; na verdade, nossos autores dizem exatamente o contrário. Mas, para sermos justos e precisos, podemos fazer uma verificação no próprio texto de Flexner.

Eis o fragmento do Relatório onde essa proposta aparece com clareza e justificação:

**work be regularly, efficiently, and surely arranged for. The requirement is therefore necessarily a college requirement, covering two years, because three laboratory courses cannot be carried through in a briefer period,—a fortunate circumstance, since it favors the student's simultaneous development along other and more general lines. It appears, then, that a policy that at the outset was considered from the narrow standpoint of the medical school alone shortly involves the abandonment of this point of view in favor of something more comprehensive. The preliminary requirement for entrance upon medical education must therefore be formulated in terms that establish a distinct relation, pedagogical and chronological, between the medical school and other educational agencies. Nothing will do more to steady and to improve the college itself than its assumption of such definite functions in respect to professional and other forms of special training.**

Flexner Report. 1910, p. 26.

Acompanhemos o texto: “O requisito é, portanto, necessariamente um requisito de college, cobrindo [pelo menos] dois anos, porque três cursos laboratoriais não podem ser conduzidos e ministrados em período muito curto. Isso é uma circunstância afortunada dado que favorece o desenvolvimento simultâneo do estudante em relação a outras e mais gerais linhas. Parece então que uma política que, desde o começo, foi considerada, do ponto de vista estreito da escola médica, isolada, implica logo o

abandono desse ponto de vista a favor de algo mais compreensivo". Compreensivo, no idioma inglês, tem sentido mais amplo que no nosso léxico. Não quer dizer apenas compreensivo no sentido de compreensão ou entendimento, mas também no sentido de amplo e de grande cobertura. Continuando: "O requisito preliminar para entrada na educação médica deve, portanto, ser formulado em termos que estabelecem uma distinta relação, pedagógica e cronológica, entre a escola médica e outros órgãos educacionais".

Aqui as duas omissões se articulam, pois surge como questão a quebra do "império dentro do império" com a integração da escola médica na Universidade. Então, a parte propositiva do Relatório, o verdadeiro modelo flexneriano, claramente se apresenta num argumento para justificar o college como requisito essencial para entrada na escola médica a partir de três justificativas, necessárias para humanizar a prática médica: primeiro, a necessidade de competência nas três ciências básicas da saúde (como ele diz em outro momento) "de um modo que não seja superficial, informativo tal como se faz na High School"; segundo, a experiência da diversidade cultural; e terceiro, a educação nas artes liberais. Ainda nesse aspecto, há outra seção do Relatório Flexner inteiramente destinada a promover o requisito do college para atender à necessidade de mais maturidade nos candidatos à carreira da Medicina. Ao concluir, menciona novamente a integração da escola médica na Universidade.

O diagnóstico de Flexner havia encontrado que a maioria das escolas médicas dos Estados Unidos não tinha qualquer pré-requisito universitário prévio. Propôs então que as escolas médicas do Sul dos EUA, região menos desenvolvida e mais necessitada de assistência social e de saúde, poderiam ter, durante certo prazo, apenas a conclusão do ensino médio (High School) como requerimento de entrada. O college de dois anos se tornaria o requisito padrão, de acordo com uma base legal mínima, para o resto do país. Um número pequeno de instituições, na época Harvard, Yale, Hopkins e algumas outras, que já exigiam o college de quatro anos, manteriam seus critérios rigorosos de entrada como antecipação do futuro patamar nacional de ingresso na escola médica.

Pois bem, ao ter sucesso em postular e tornar o college, inicialmente com pelo menos dois anos, e depois o curso pleno de quatro anos, como padrão de requerimento para entrada na escola médica, Flexner na prática definiu o modelo norte-americano de arquitetura curricular universitária. Portanto, esse projeto de estrutura de educação superior em níveis ou ciclos foi de tal maneira absorvido por toda a rede de formação universitária nos EUA que o que hoje se chama de modelo anglo-saxão é originário do Relatório Flexner.



O Relatório e a atuação de Flexner no General Education Board fazem com que nos EUA, já em 1925, todas as formações profissionais passem a incorporar um elemento estrutural necessário de pré- formação que se encontra no college. É claro que, antes disso, muitas universidades americanas já ofereciam cursos de estudos gerais no nível undergraduate [equivalente à graduação brasileira], com os títulos BA [Bachelor of Arts] e BSc [Bachelor of Sciences], mas eram cursos indiferenciados que não tinham a finalidade de educação propedêutica fundamental para a formação nas profissões.

Resta comentar o Mito n. 5: Flexner seria cúmplice ou refém da corporação profissional da Medicina. De fato, no Relatório, há um capítulo sobre os conselhos estaduais de regulação da prática médica, com uma série de prescrições, principalmente avaliação externa e exames de acreditação, porém tais órgãos não seriam autonomamente geridos pelos profissionais médicos e sim por representantes de governo e da sociedade. Em contradição com a versão anti-flexner, e desmontando esse mito, três dos seus princípios - o regime de ciclos, a dedicação exclusiva dos docentes e a proibição da clínica privada - foram objeto de ferrenha resistência da Associação Médica Americana, a ponto de seu Presidente, Arthur Bevan, arrogantemente denunciar a Reforma Flexner como *the clumsy work of a layman* [o trabalho desastrado de um leigo], conforme Bonner (2002, p. 150).

#### Comentários Finais

Como vimos, equivocam-se os que consideram Flexner como defensor de uma formação com base em conteúdos e não em métodos, que sua visão da saúde era exclusivamente biológica e reducionista, e não social e humanista, que a vertente principal do seu modelo de prática é a da medicina curativa e individual, e que Flexner apoiava a prática privada da medicina e o controle social da formação médica pelas corporações profissionais. Porém estão corretos os que acham que ele propunha uma reorganização do conhecimento com base numa abordagem disciplinar. Entretanto, se fizermos uma análise justa e rigorosa, a disciplinaridade era vanguarda mesmo em 1910, implicando consolidação ou formalização dos avanços da ciência. A especialização e a profissionalização regulada eram então posturas avançadas, porque naquele momento um rico conjunto de novas atividades institucionais e práticas sociais estava sendo introduzido na vida social.

Se essa constatação parece tão evidente, por que no Brasil desenvolveu-se, com tal vigor, uma retórica falseadora dos elementos axiais do pensamento de Abraham Flexner, forjando um pretense modelo flexneriano e

fomentando um movimento anti-Flexner? Por que o anti-Flexner aparece como posição progressista supostamente diferenciadora da educação médica brasileira perante a educação superior em geral, a educação em saúde em particular e, especificamente, a formação profissional?

Creio que podemos compreender a rationale desse movimento, analisando duas vertentes do processo de descaracterização de Flexner e sua obra: o contexto ideológico-político de emergência dessa montagem e o regime imaginário que lhe deu sustentação.

Na década de 1970, no campo da saúde, houve intenso esforço de produção teórica para alimentar a luta ideológica de resistência contra a ditadura militar. Uma importante estratégia utilizada com sucesso foi a recriação crítica ou reelaboração de conceitos, como prevenção (Arouca 1975), mercado de trabalho (Donnangelo 1975), prática médica (Nogueira 1977), raízes sociais do trabalho médico (1979), entre outros.

Com a queda da ditadura e a abertura política gradual e controlada, já na década de 1980, o país iniciava a redemocratização política e a reorganização de suas instituições. Na interface entre educação e saúde, naquele momento buscavam-se propostas capazes de superar pautas e agendas de reforma da educação médica e de formação de recursos humanos em saúde, supostamente herdadas do regime de exceção e do imperialismo americano. Tal movimento se deu tanto positiva como negativamente. Por um lado, positivamente, ao resgatar temas da ação extensionista da Saúde Comunitária, combinados com as então incipientes pedagogias ativas (de inspiração freiriana), além de elementos de planejamento estratégico regionalizado, propunha-se um modelo de formação baseada na prática denominado Integração Docente-Assistencial que, num marco teórico referencial revolucionário, propiciaria respostas tecnicamente efetivas e corretas politicamente. Por outro lado, negativamente, o recurso a certa desonestidade intelectual, mesmo inconsciente, foi útil para se reconstruir um suposto discurso antagônico, atribuindo-lhe maldade e erro, necessário para criar a imagem do inimigo.

A análise do modelo de ensino médico que efetivamente compõe o Relatório Flexner revela eixos fundamentais que, distorcidos, omitidos, esquecidos, encontram-se recalçados ou pervertidos na imagem ou montagem ideológica pretendida. Num contexto como a Saúde Coletiva brasileira das duas últimas décadas, esse conjunto de recalques e distorções permitiu indiciar um arcabouço conceitual ou matriz de teorias sociais comprometidas com a dominação (estrutural-funcionalismo), subsidiadas por epistemologias vencidas ou superadas (reducionismo positivista), produtoras de formas autoritárias de gestão (gerencialismo organizacional), convergindo para um

modelo de formação e de prática em saúde (modelo biomédico) que se devia antagonizar. Para tornar mais eficiente a montagem imaginária, foi preciso atribuir face humana ao antagonista: o funcionalismo seria parsoniano; o reducionismo, cartesiano; o positivismo, comtiano; o organizacionismo, taylorista; o modelo biomédico seria, naturalmente, flexneriano.

Enfim, demonstramos neste artigo que o suposto modelo biomédico flexneriano deixa de considerar, ou o faz de modo distorcido, alguns dos elementos que de fato têm importância para o entendimento do papel histórico de Abraham Flexner. Buscamos fazê-lo na perspectiva de desconstrução dessa montagem como dispositivo retórico com o qual, por um lado, se tentou demonizar uma personagem histórica (o próprio Flexner) e, por outro, a ele se atribuiu responsabilidade por uma concepção (o modelo dito flexneriano) produtora de efeitos imaginários de exclusão, negatividade e repulsa, particularmente nos subcampos denominados Ensino Médico e Educação em Saúde, que compõem importante segmento da matriz ideológica da Saúde Coletiva brasileira.

## **Referências Bibliográficas**

1. Aguiar RAT. A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil. Belo Horizonte: Dissertação de Mestrado (Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003).
2. Aleixo JLM. A atenção primária à saúde e o programa de saúde da família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. *Revista mineira de saúde pública* 2002; 1(jan/jun):1-15.
3. Almeida MJ. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2001; 25(2):42-52.
4. Amaral JL. Duzentos anos de ensino médico no Brasil. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado (Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro); 2007.
5. Arcoverde TL. Formação Médica: (Des)Construção do Sentido da Profissão - A Trajetória da Representação Social. Blumenau: Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Regional de Blumenau - FURB); 2004.

6. Arouca, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed.Unesp/Fiocruz, 2003.
7. Bonner TN. Iconoclast: Abraham Flexner and a Life of Learning. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2003.
8. Bonner TN. Searching for Abraham Flexner. Acad Med. 1998; 73(2):160-6.
9. Camargo MCA. O Ensino da Ética Médica e o Horizonte da Bioética. Bioética 1996; 4(1):47-51.
10. Costa e Silva V. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória - ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz); 2004.
11. Cury GC, Melo EM. Ensino Baseado em Pessoas - A Experiência da Mudança Curricular de 1974 Realizada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Cadernos ABEM, v. 2, Junho 2006, p. 46-48.
12. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.
13. Edler FC, Fonseca MRF. O Ensino Médico no Cenário Republicano. Cadernos ABEM 2005; 2: 17-18.
14. Edler FC. Educação médica no Brasil no século XX. Boletim da ABEM, v. XXVIII, n. 2, abr/Jun. Rio de Janeiro, 2000.
15. Faleiros VP, Silva JFS, Vasconcellos LCF, Silveira RMG. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2006.
16. Feuerwerker L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 1998; v. 2, nº3.
17. Flexner A. Medical Education in the United States and Canadá. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science; 1910 <<http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary>> (Acesso em: 2/6/2010).
18. Flexner JT. An American saga: the story of Helen Thomas and Simon Flexner. New York: Fordham University Press; 1993.

19. Fonseca WLM. O Ensino Transversal das Bases Humanísticas no Curso de Medicina da Unifoa. Volta Redonda: Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente (Fundação Oswaldo Aranha, Centro Universitário de Volta Redonda); 2009.
20. Fonseca MRF. Educação médica no Brasil no século XX. Boletim da ABEM, v. XXVIII, n. 2, abr/Jun., 2000.
21. Fraga Filho C, Rosa AR. Temas de Educação Médica. Brasília: MEC/Secretaria de Ensino Superior (Série de Monografias de Ensino Superior, volume 1), 1980.
22. Garcia JC. La educación médica en la América Latina. Washington: Organización Sanitaria Panamericana (Publicación científica n. 255); 1972.
23. Isaacson W. Einstein: sua Vida, seu Universo. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
24. Kemp A, Edler F. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2004;11(3):569-85.
25. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, vol. VIII (1):48-70, mar.-jun. 2001.
26. Lampert JB. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. Revista Brasileira de Educação Médica 2001; 25(1):7-19.
27. Ludmerer K. Understanding the Flexner Report. Acad Med. 85:193–196, 2010.
28. Marinho MGC. Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952). São Paulo: Autores Associados; 2001.
29. Mendes EV. A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas. Belo Horizonte: Fundação Mariana Resende Costa/ PUC-MG/FINEP, 1985.
30. Mendes EV. A reforma sanitária e a educação odontológica. Cad. Saúde Pública 1986;2:
31. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
32. Mendes-Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho do médico. São Paulo: Dissertação de mestrado (Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP); 1979.

33. Nedy MBC, Neves FBS, Neves AG, Bitencourt V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. *Gaz. méd. Bahia* 2005;75:2(Jul-Dez):162-168.
34. Nogueira RP. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado (Instituto de Medicina Social, UERJ); 1977.
35. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2008; 32(4):492-499.
36. Paim JS, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998, 32:299-316.
37. Pasquim EM. Nutrição no Programa de Saúde da Família. Brasília: Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Educação em Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília; 2002.
38. Perillo E. Importação e implantação do modelo médico-hospitalar no Brasil. Um esboço de história econômica do sistema de saúde 1942-1966. São Paulo: Tese de Doutorado (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), USP); 2008.
39. Rego S. Educação médica no Brasil no século XX. *Boletim da ABEM*, v. XXVIII, n. 2, abr/jun, 2000.
40. Ristow AM. A Formação Humanística Do Médico Na Sociedade Do Século Xxi: uma análise curricular. Curitiba: Dissertação de Mestrado (Faculdade de Educação, Universidade Federal do Paraná); 2007.
41. Rocha GWF. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro : da Praia Vermelha à Ilha do Fundão – o(s) sentido da(s) mudança/s. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado (Departamento de Educação, PUC/RJ); 2003.
42. Rosa AR, Fraga Filho C, Pontes JPL. Ensino Médico: Atualidade de uma experiência. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1995.
43. Seegmüller EF, Gielow R, Behrens M, Lima Junior E. Formação Médica: uma proposta diante das demandas da sociedade. Experiência da Pontifícia Universidade Católica do Paraná-PUCPR. *Ciência e Cultura* 2008; 39:9-22.
44. Silva PL, Brasil CS, Fait CS, Schultz GR, Marcolla JR, Woycicki R, Mayer TR. A interface saúde mental e atenção básica. *Boletim da Escola de Saúde Pública RS* 2004; 18 (2): 141-155.

45. Silva Mello, Antonio. Problemas do ensino médico e de educação. Rio de Janeiro: Limitada; 1937.
46. Teixeira A. A universidade de ontem e de hoje. Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos 1964; 42: 27-47.
47. Veras RP. A ABEM e as Transformações da Prática Médica no Brasil. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado (Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro); 1981.
48. Viana EM, Almeida PC, Soares NT, Luna MFG, Esmeraldo GR. Adequação dos Profissionais de Saúde ao Programa de Saúde da Família: Propostas e Conquistas. Rev. APS, Juiz de Fora, 2010; 13(1):109-117.
49. Vinten-Johansen P; Riska E. New oslerians and real flexnerians; the response to threatened professional autonomy. Int J Health Serv 1991; 21: 75-108.

## Capítulo 6

### NUNCA FOMOS FLEXNERIANOS: ANÍSIO TEIXEIRA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

A correlação de forças políticas e institucionais progressistas que redemocratizou o país após o regime militar, ampliou indiscutivelmente a transparência e a participação social na gestão pública do setor saúde. Nesse processo, a sociedade brasileira, principalmente através de intelectuais orgânicos atuantes no setor saúde, foi capaz de conceber, estabelecer e consolidar o Sistema Único de Saúde, talvez o maior patrimônio público da sociedade brasileira. Entretanto, avanços políticos no setor da saúde não foram suficientes para garantir a transformação dos modelos de formação profissional vigentes na realidade brasileira atual. Corporações e instituições tradicionais, em maioria, têm se posicionado contra a renovação ideológica e pedagógica da universidade ao recusar modelos inovadores de educação superior, principalmente no campo da saúde.

Líder institucional competente e criativo, o educador baiano Anísio Teixeira nos legou uma vasta e importante obra como teórico da filosofia política da educação. A partir da perspectiva filosófica do pragmatismo, formulou conceitos fundamentais sobre o que designava de Educação Democrática. Sintonizado com os debates epistemológicos mais avançados do seu tempo, ao formular a concepção da nova escola pública, antecipou a emergência dos paradigmas da interdisciplinaridade e da complexidade no panorama da ciência contemporânea (Teixeira, 2006). Anísio sem dúvida foi o maior defensor da renovação da universidade brasileira como indutora de desenvolvimento econômico, tecnológico e cultural do ser humano e, em dois momentos de sua vida, promoveu experimentos de renovação radical da educação superior no Brasil. A contribuição de Anísio Teixeira para a revolução educacional, atualizada, poderá contribuir para a superação da crise que aflige a universidade brasileira contemporânea e, particularmente, a formação superior em saúde.

Não obstante sua importância, a obra anisiana tem sido esquecida na discussão contemporânea sobre a crise da educação, particularmente sua contribuição potencial para superar a crise estrutural da educação superior em saúde em nosso país. Alguns autores (Aguiar, 2006; Amâncio Filho, Vieira & Garcia, 2006; Araujo, 2008; Saliba et al, 2009; Del Ciampo & Del



Ciampo, 2010; Feijó & Tavares, 2010) citam Anísio Teixeira somente porque o instituto que leva o seu nome foi a fonte dos dados analisados nos respectivos estudos. De fato, não encontramos qualquer estudo ou publicação sobre a potencial aplicabilidade do rico pensamento filosófico, sociológicos e pedagógico de Anísio Teixeira no campo da saúde. Esta lacuna foi percebida de modo agudo por Temporão (2012), num breve comentário intitulado Educação na Saúde e Saúde na Educação, ao analisar recentemente a pobreza teórica do debate sobre a educação em saúde no Brasil: “Nesse contexto, como não ficar com um sentimento nostálgico pelas ausências de Anísio Teixeira e de Darcy Ribeiro?”

Contribuir para o preenchimento desta lacuna é o objetivo do presente texto, onde pretendemos apresentar, para a comunidade acadêmica e de serviços do campo da Saúde, elementos centrais do pensamento de Anísio Teixeira, enfatizando sua contribuição para a consolidação da educação em nosso país e as perspectivas de apropriação desse rico referencial para a superação da crise de formação de pessoal no campo da saúde. Nesse sentido, em primeiro lugar, dado o desconhecimento da obra anisiana entre os quadros da Saúde Coletiva, apresentaremos um resumo biográfico de Anísio Teixeira e sua obra, avaliando seu legado institucional e impacto no cenário histórico da educação brasileira. Em segundo lugar, discutiremos o modelo de Universidade Popular, concebido, proposto e implantado por Anísio em duas oportunidades na história brasileira recente, porém reprimido politicamente com dureza. Em terceiro lugar, pretendemos avaliar a contribuição potencial de Anísio para os debates políticos e pedagógicos sobre os problemas da formação profissional e acadêmica em saúde, focalizando especialmente sua convergência com os modelos flexnerianos de renovação da universidade. Em quarto lugar, descreveremos de modo resumido um modelo de formação em educação superior, com foco na saúde, implantado numa universidade pública brasileira, inspirado nas pioneiras concepções anisianas de universidade popular. Por último, introduziremos algumas questões e levantaremos hipóteses sobre a invisibilidade (ou ausência) das ideias de Anísio Teixeira no discurso institucional e nas propostas de prática no campo da formação de recursos humanos em saúde no Brasil.

#### Anísio Teixeira: resumo biográfico

Nascido em 1900, em Caetité, no interior da Bahia, Anísio Spínola Teixeira [1900-1971] teve robusta formação religiosa, entre educadores jesuítas. Ainda jovem, recém-graduado em Direito, é convidado para ocupar um cargo que hoje equivaleria a Secretário de Educação do Estado da Bahia. Revela-se

então como gestor público e, em menos de três anos, faz uma verdadeira revolução, ao garantir acesso pleno ao ensino básico em Salvador (Viana Filho, 2008).

O sucesso de Anísio nessa primeira atuação como gestor institucional é tão notável que, quando Pedro Ernesto organiza, no Rio de Janeiro – então Distrito Federal – um governo democrático em plena ditadura Vargas, convida-o para o cargo de Diretor de Instrução. Rapidamente, Anísio supera o conjunto de problemas enfrentados pelo que chamaríamos hoje de ensino básico, e começa a esboçar o projeto da Universidade do Distrito Federal, envolvendo os maiores intelectuais do Brasil naquele momento: Villa-Lobos, Sérgio Buarque de Holanda, Cândido Portinari, Josué de Castro, Gilberto Freyre, Hermes de Lima, Afrânio Peixoto, Oscar Niemeyer, Mário de Andrade. Esses intelectuais recebem a tarefa de pensar uma Universidade de vanguarda de nível mundial, mas que nunca perdesse a “alma brasileira” (Teixeira 1998).

A curta história de tão revolucionário projeto configura mais uma dessas tragédias brasileiras. A Ditadura Vargas e a Igreja Católica vêm sua aliança conservadora ameaçada pelas ideias de Anísio. Os jesuítas, que dominavam o cenário brasileiro da educação superior e alimentavam ressentimento mesquinho por ter perdido seu grande intelectual in potentia, fazem oposição cerrada ao jovem educador. Alceu Amoroso Lima, líder intelectual da direita católica, inicia uma campanha de difamação, denunciando Anísio como infiel, demoníaco e, mais que tudo, comunista. Com ordem de prisão decretada, Anísio foge e se refugia em Caetité, de onde assiste Gustavo Capanema, Ministro da Educação de Vargas, nomear como Reitor da Universidade do Distrito Federal justamente Amoroso Lima, com a finalidade explícita de desmontá-la como experimento institucional (Mendonça, 2002).

Durante uma década de auto-exílio, Anísio torna-se um grande empresário, tendo sido pioneiro na implantação, no Brasil, da moderna mineração industrial em grande escala. Mas, em 1946, é convidado para organizar o Departamento de Educação Superior da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO). Depois de cumprir sua tarefa, com saudades do Brasil, aceita o convite de Octávio Mangabeira para o cargo de Secretário de Educação da Bahia. Esse é o momento mais frutífero da trajetória de Anísio, pois representa ocasião de colocar em prática várias de suas ideias, com financiamento suficiente e forte apoio político. É dessa época o conceito da Escola Parque e a criação da pioneira Fundação Estadual de Apoio à Pesquisa (Viana Filho 2008).

Nesse sentido, pode-se dizer que Anísio Teixeira constitui um dos esteios intelectuais da fase áurea do desenvolvimentismo baiano recente, ocupando-se, ao longo da década de 1950, do requisito fundamental para o desenvolvimento que é a Educação. Anísio tinha, no entanto, uma clara visão política do tema: além de basal para processos de desenvolvimento econômico, a educação deve ser entendida fundamentalmente como processo emancipatório – anos antes, escrevera Anísio que a escola é a máquina de fazer democracia.

Reintegrado ao serviço público federal em 1950, Anísio passa a trabalhar no Ministério da Educação e Cultura, onde, com seu parceiro Rômulo Almeida [1914-1988], funda a Coordenação para o Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior (CAPES), até hoje um dos principais órgãos financiadores da formação acadêmica no Brasil. Rômulo Almeida foi mentor e colaborador de Anísio, introduzindo-o à vanguarda acadêmica dos então nascentes campos do planejamento e da gestão. Nessa fase, é importante destacar também a relação de Anísio com o jovem antropólogo e escritor Darcy Ribeiro [1922-1997], que daria importante contribuição, pouco mais tarde, no processo de criação da Universidade de Brasília.

Nessa época, ápice do projeto político desenvolvimentista de construir Brasília como a cidade vanguarda do mundo, o Presidente Juscelino Kubitschek encomenda a seus auxiliares um modelo de universidade que seja também a mais avançada do mundo. Faz-se então uma demanda à UNESCO: haveria um educador, consultor, scholar, capaz de conceber e ajudar a criar essa universidade? O Diretor Geral da UNESCO, Julian Huxley, teria respondido que esse superconsultor existe, um grande intelectual brasileiro que trabalhava para o próprio Juscelino no Ministério da Educação e Cultura, chamado Anísio Teixeira. Anísio já realizava no Ministério da Educação e Cultura um conjunto de atividades realmente de grande fôlego, baseado no Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP), do qual era também diretor-geral. Ao ser convocado, convida Darcy Ribeiro, então seu discípulo e colaborador, que aproveita a oportunidade para se firmar como uma das lideranças de mais rápida ascensão naquele momento político. Os dois desenham um projeto de Universidade que recupera o ideário da Universidade do Distrito Federal, vanguarda na década de 1930, e o atualiza incluindo uma série de ideias que Anísio havia desenvolvido entre 1954 e 1958, em vários textos publicados na Revista do INEP.

A proposta de criação da Universidade de Brasília, ilustrada por um magistral plano arquitetônico criado por Lúcio Costa e Oscar Niemeyer, foi tão valorizada que Juscelino faz dela tema da mensagem presidencial no dia

do aniversário da nova capital, em 21 de abril de 1960, e encaminha ao Congresso Nacional o respectivo Projeto de Lei, tendo Anísio Teixeira como Presidente da Comissão de Elaboração e Darcy Ribeiro como seu Relator. Durante o curto período do governo Jânio Quadros, o projeto fica engavetado; sua votação e aprovação foi tumultuada. Darcy consegue retirá-lo do fundo de uma gaveta e o coloca no pacote de projetos que iriam à votação em bloco no dia da renúncia de Jânio, quando o Congresso mergulha numa confusão tremenda; quando termina a sessão parlamentar, estava criada a Universidade de Brasília (UnB), sem que os deputados soubessem que a tinham aprovado (Ribeiro, 1995).

Anísio Teixeira tinha sessenta anos no momento em que se implanta a Universidade do futuro. Darcy fora nomeado Reitor e Anísio, vice; mas Darcy tinha assumido a chefia da Casa Civil de João Goulart, de modo que Anísio foi, de fato, o primeiro reitor da UnB. A UnB nasce com um desenho revolucionário, pois se propunha a ser uma estrutura nova de instituição universitária, organizada em institutos de ciências básicas e centros de formação, superando o modelo bonapartista de faculdades e grandes escolas isoladas. Na prática, esta formulação implica dois anos de formação geral, completada por mais um ano de bacharelados, que eram terminais, e só depois dos bacharelados é que se obtinha acesso à graduação profissional. Esse modelo lembra muito o college norte-americano. Sabemos que Anísio teve uma formação muito importante nos Estados Unidos. Mas também Isaías Alves e outros grandes educadores brasileiros tentaram, em vários momentos, adaptar aos trópicos o modelo do college.

O modelo de ciclos concebido por Anísio chega a ser implantado na Universidade de Brasília, porém o projeto como um todo sofre forte reação política contrária. Essa resistência dirige-se contra todos os projetos de reforma de base do governo João Goulart, inclusive modelos avançados de educação (incluindo a pedagogia contextual de Paulo Freire). Não obstante, sob a liderança de Anísio e o apoio político de Darcy, a UnB, ao se organizar tendo a pesquisa científica e a ação cultural como referência institucional, torna-se uma “meca acadêmica” no Brasil. Cientistas, ilustres professores e intelectuais progressistas acorrem a Brasília.

O principal movimento de tropas no Distrito Federal por ocasião do golpe militar de 1964 foi a invasão e ocupação da Universidade de Brasília, narrada em detalhes por um dos seus fundadores, o físico Roberto Salmeron, num livro marcante intitulado *A universidade interrompida* (Salmeron 2008). Os alunos são levados sob mira de armas pesadas, com as mãos para cima, e detidos no Ginásio de Esportes. Professores são fichados, e alguns, demitidos. Anísio Teixeira é exonerado, aposentado compulsoriamente, mas

sem direito a pensão ou outra prerrogativa. Aconselhados por Anísio, docentes e dirigentes resolvem ficar para resistir. A universidade continua funcionando por mais algum tempo, uma vez que o primeiro reitor interventor, Zeferino Vaz, termina aceitando o modelo curricular inicialmente proposto e passa a colaborar com as inovações acadêmicas, até ser demitido pelos militares, junto com alguns professores. Nesse momento, outubro de 1965, 263 professores se demitem em protesto e a UnB praticamente encerra suas atividades. Uma sucessão de interventores e reitores, com destaque para o militar José Carlos de Azevedo, assume a condução do desmonte da utopia anisiana, que culmina, mais recentemente, com restauração de faculdades e refragmentação dos cursos.

Depois de inocentado numa CPI no Congresso Nacional e de responder a um Inquérito Policial Militar, Anísio exila-se no Chile e nos Estados Unidos, retornando ao Brasil em tempo de participar dos movimentos em prol da reforma universitária. Falece em 1971, no Rio de Janeiro, em circunstâncias misteriosas que, no momento, estão sendo investigadas pela Comissão da Verdade como possível resultado de seqüestro e tortura por órgãos de repressão do regime militar.

#### O conceito anisiano de educação superior

Além de competente gestor acadêmico e importante líder institucional, Anísio foi um ativista político que defendia a educação superior como indutora de desenvolvimento social, cultural e humano. Ao considerar a educação como vetor potencial da emancipação humana, defende o caráter político dos processos pedagógicos necessários para a integração entre pensamento e ação, num projeto libertário inspirado no pensamento deweyano. A perspectiva anisiana prevê uma revolução democrática, pacífica e sustentável viabilizada pela universalização da educação nos níveis iniciais – como condição de emancipação política e equidade social – e pela ampla oportunidade de acesso à educação superior – determinante do desenvolvimento econômico e humano das nações, em instituições universitárias de fato abertas ao povo.

Num discurso dirigido a graduandos numa formatura de educadores, intitulado *Mestres de amanhã* (Teixeira, 1963, p. 11), Anísio sintetiza sua aguda visão crítica e criativa, antecipando um futuro que hoje se faz presente.

Estamos entrando em uma fase nova da civilização chamada industrial, com a explosão contemporânea dos conhecimentos, com o desenvolvimento da tecnologia e com a extrema complexidade conseqüente da sociedade moderna. [...] Se a isto juntarmos a explosão de conhecimentos e as mudanças que os novos conhecimentos, com suas conseqüências

tecnológicas, estão a trazer, podemos imaginar até que ponto as forças do costume, dos hábitos e das velhas crenças e preconceitos vão ser destruídas e quanto vai o homem depender de sua cultura formal e consciente, de seu conhecimento intelectual, simbólico e indireto, para se conduzir dentro da nova e desmesurada amplitude de sua vida pessoal. [...] A educação para este período de nossa civilização ainda está para ser concebida e planejada e, depois disto, para executá-la, será preciso verdadeiramente um novo mestre, dotado de grau de cultura e de treino que apenas começamos a imaginar.

Visando à educação emancipadora “para todos e não apenas para alguns”, reafirma sua posição política de educador comprometido com a igualdade, viabilizada na prática pelo uso intensivo das então incipientes tecnologias educacionais. Ao fazê-lo, antecipa o contexto atual de valorização das metodologias ativas de aprendizagem mediadas por tecnologias de informação e comunicação.

Em diferentes momentos da sua prolífica obra, Anísio Teixeira sintetiza elementos de definição conceitual importantes para sua proposta de Universidade Popular, por analogia à concepção, a um só tempo revolucionária e pragmática da Escola Nova. Porém o conceito de Universidade Popular foi concebido no final da década de 1940, após o seu retorno de Nova York, onde havia contribuído para a organização do Departamento de Educação Superior da recém-criada UNESCO. Este momento foi captado no depoimento de Caribé, pintor argentino radicado na Bahia desde 1956: “Rubem Braga, um dia, fez uma carta para Anísio Teixeira, secretário de Educação e Cultura, e me disse: “vai ver esse homem que ele vai lhe dar um emprego na Bahia”. Olhei a carta e fiquei morrendo de vergonha de tanto elogio que ele fazia. Aí vim para a Bahia. Entreguei a Anísio. Ele leu e disse: “vamos ver, estou fazendo umas escolas, uma espécie de universidade popular e gostaria de fazer um painel e até tenho um recorte de uma ilustração sobre a Bahia”. Mandou a secretária buscar. Não tinha mais assunto quando a secretária voltou, era um almanaque que eu tinha feito. Aí pronto. Ele me disse: “você vem para o ano e vamos arranjar”. (PORTUGAL, 1994, pp. 15-16).

Para Anísio Teixeira (2005), houve enorme risco de obsolescência das universidades em pelo menos dois momentos da história. O primeiro, em torno do início do século XVI, marcou o fim da universidade medieval, que viria a ser substituída pela universidade do iluminismo. O segundo momento resultou do esgotamento da universidade clássica, dando lugar ao surgimento da universidade moderna, no começo do século XIX, cujo marco mais evidente é a Universidade de Berlim, criada em 1810 segundo a concepção do educador alemão Wilhelm von Humboldt [1767-1835]. Em tal modelo, que, além do ensino, tem a pesquisa – esta, a novidade – como atividade institucional permanente, a universidade é o lugar, por excelência, onde se gesta a concepção e a construção da identidade nacional.

Segundo a original concepção anisiana, a universidade é a única instituição social capaz de promover a recriação contínua da cultura. Para ele, cultura significava o conjunto de atividades realizada pelo homem, em sociedade. Esta atribuição da universidade envolve uma tomada de partido, ao integrá-la na vida da sociedade, sem qualquer espécie de paternalismo, e ao exercitar um extenso e profundo olhar crítico sobre o mundo que a cerca (Rocha, 2002). Isso inclui, necessariamente, a capacidade de olhar sobre si mesma, enquanto instituição que, ao dosar adequadamente permanência com contingência, permite corrigir, a cada tempo, o seu próprio rumo, evitando mesmo que venha a ser descartada, por obsoleta.

Em outros momentos de sua vida, Anísio Teixeira enfrentou a questão de como popularizar sem vulgarizar, como pagar a dívida social da educação brasileira sem destruir o sonho de uma universidade competente e criativa. Em vasta obra teórica e prática, encontram-se inúmeras referências e soluções criativas para diversas questões atuais e relevantes: exposição à diversidade cultural, reconhecimento da realidade sócio-econômica iníqua e adversa, revisão de um contexto histórico doloroso, imersão em planos de práticas concretas, transgressão de papéis pedagógicos, transposição de fronteiras disciplinares, sem perder a competência científica, tecnológica e praxiológica.

Para Anísio, a solução do dilema da massificação com qualidade encontra-se no uso intensivo das tecnologias educacionais mais atualizadas. A clareza com que, numa perspectiva antecipatória e visionária, explicita sua convicção da importância das novas tecnologias de informação e comunicação é deveras impressionante (Teixeira 1963, p. 19):

os novos recursos tecnológicos e os meios audiovisuais irão transformar o mestre no estimulador e assessor do estudante, cuja atividade de aprendizagem deve guiar, orientando-o em meio às dificuldades da aquisição das estruturas e modos de pensar fundamentais da cultura contemporânea de base científica em seus aspectos físicos e humanos.

Dessa maneira, demonstra enorme confiança na tecnociência como índice de modernidade, objeto e método das práticas educacionais. Porém a tecnologia e a ciência seriam limitadas como formadoras da cultura que, nesse sentido, precisaria recorrer a outros saberes: "A nossa filosofia, concebida como conjunto de valores e aspirações, as ciências biológicas, psicológicas e sociais, todas as demais ciências como conteúdo do ensino, enfim, a cultura, a civilização e o pensamento humano em seus métodos e resultados."

O projeto de uma universidade popular radical tinha como principal elemento a introdução do regime de ciclos e o conceito de Colégio Universitário. Anísio Teixeira formulou a ideia do "colégio universitário"

desde cedo em sua carreira de líder intelectual da educação brasileira, quando organizou a Universidade do Distrito Federal, infelizmente duramente reprimida pela Ditadura do Estado Novo. Esta foi sua principal contribuição ao Projeto de Lei da primeira LDB (não aprovado pelo Congresso Nacional no período pós-Vargas). Numa audiência no Congresso Nacional, em 1952, declarou Anísio (TEIXEIRA, 1952, p. 101):

E o último [estágio de preparação], o colégio universitário, nas escolas superiores. [...] Seria o de criarmos ciclos também no ensino superior, como os já estabelecidos para os cursos médios. [...] Na Universidade,] o ciclo inicial, diplomaria os estudantes num primeiro grau de bacharel, o qual não importaria no direito de exercer a profissão. Este direito, para ser alcançado, exigiria que o diplomado seguisse em escola mais adequada o restante do curso, que seria o profissional propriamente dito.

Em outro escrito, Anísio detalha a estrutura curricular dos Colégios Universitários: cursos de cultura geral; cursos propedêuticos preparatórios para ingresso nas escolas profissionais; cursos vocacionais para carreiras curtas, “ampliando a sua capacidade de admissão para acolher todos que estiverem em condições de receber alguma espécie de ensino superior” (Teixeira, 2005, p. 189).

Num texto publicado em 1963, já Reitor da UnB, Anísio (TEIXEIRA, 1963, p. 10-19) comenta de modo positivo a experiência de criação de um tipo novo de ensino universitário conduzida na Inglaterra, ilustrando quais seriam os conteúdos da formação no Colégio Universitário:

[...] apenas comentar o primeiro ano de estudos desse novo colégio universitário, que constitui um exemplo do tipo global de cultura que seria necessário ao homem moderno. O propósito desse ano inicial, chamado de fundamentos, foi o de rever, discutir e ilustrar os fundamentos, a herança, as conquistas e os problemas da civilização ocidental. [...] O curso começa "levando os estudantes, pela contemplação dos céus, à luz da astronomia e da física moderna, a um sentimento de espanto, maravilha e beleza. Não somente o estudante de arte, mas também o cientista vê sob essa nova luz a fé e os métodos do físico, numa súplica do progresso científico a partir de Kepler, Galileu e Newton até as excitantes especulações da moderna cosmologia. Acompanhando os passos da inquirição humana [...], sentir-se-á o estudante a reproduzir essa extraordinária aventura da mente humana no seu esforço de imaginar e descobrir a natureza do universo. Segue-se o geólogo com a descrição da história da terra durante os 3.000.000.000 de anos ou mais que antecederam o aparecimento do homem. O geógrafo, depois, estuda o clima e os fatores do meio ambiente. O biólogo introduz os seres vivos e analisa as teorias da origem e a evolução do homem. Já aí os estudantes terão atingido a dose de humildade suficiente para apreciar as conquistas das primeiras civilizações, que lhe serão apresentadas pelos professores de saber clássico, pelo filósofo, pelo teólogo e pelo historiador. Daí prossegue o curso introduzindo o estudante na consideração das características e dos problemas da civilização ocidental numa era industrial, conforme os vêem os historiadores, os geógrafos, os cientistas políticos, os educadores e os economistas. [...] A terceira parte do curso se detém nas realizações criadoras do homem - a língua, a literatura, as artes, a música, a arquitetura, as matemáticas, as ciências e a tecnologia e, por fim, o próprio homem e sua crença serão estudados por filósofos, psicólogos, sociólogos, teólogos e biólogos.



O projeto desta Universidade Popular anisiana inspirava-se em reflexões, conceitos e iniciativas de construção institucional, desenvolvidos e aplicados pioneiramente na Universidade do Distrito Federal (Rio de Janeiro, 1934; como vimos, suprimida pela Ditadura Vargas). Foi atualizado como proposta concreta na Universidade de Brasília (com Darcy Ribeiro, em Brasília, 1961), duramente reprimida pelo Regime Militar de 1964. Outros elementos estruturais previstos na proposta da Universidade Popular reaparecem na proposta original da UnB: os componentes curriculares gerais e específicos, incluindo o conceito de cursos-tronco e o caráter majoritariamente optativo do currículo (TEIXEIRA, 2005, p. 302); a articulação entre os bacharelados curtos, as carreiras profissionais de média duração e as carreiras longas, incluindo a natureza interdisciplinar (naturalmente sem utilizar a terminologia atual, que seria criada posteriormente) dos ciclos iniciais de formação (TEIXEIRA, 1998, p. 144-160); a estrutura modular não-especializada e a organização por níveis de formação do sistema de unidades e das escolas de pós-graduação (TEIXEIRA, 2005, p. 202). Essa complexa arquitetura curricular transparece no seguinte excerto do item 12 da Exposição de Motivos do Projeto de Lei que propõe ao Congresso Nacional a criação da UnB:

Propõe-se uma estrutura nova da formação universitária, para dar-lhe unidade orgânica e eficiência maior. O aluno que vem do curso médio não ingressará diretamente nos cursos superiores profissionais. Prosseguirá sua preparação científica e cultural em Institutos de pesquisa e de ensino, dedicados às ciências fundamentais. Nesses órgãos universitários, que não pertencem a nenhuma Faculdade, mas servem a todas elas, o aluno buscará, mediante opção, conhecimentos básicos indispensáveis ao curso profissional que tiver em vista prosseguir.

Na universidade reformada de Anísio, o ciclo de pré-graduação compõe-se de dois níveis de formação: curso básico e curso propedêutico. Por sua clareza, precisão, pertinência e convergência, vale a pena reproduzir na íntegra a seguinte citação do livro Educação e Universidade (TEIXEIRA, 1998, p. 154-5):

Cabe aqui, antes de prosseguir, examinar a designação de ensino básico que se vem introduzindo em nossa terminologia da reforma. [...] um ensino geral, introdutório ou propedêutico ao estudo superior no nível acadêmico ou no nível profissional, ou destinado a uma ampliação da cultura secundária, para os que não desejassem fazer carreira acadêmica ou profissional. [...] O curso de cultura geral é diferente de um curso propedêutico e este curso propedêutico se diversifica pelo ramo de que ele deseja ser propedêutico. O de cultura geral é uma iniciação, uma introdução a um ramo do saber, com o objetivo central de alargar a mente do educando, de lhe dar novas vistas da realidade e de aparelhá-lo com certas idéias necessárias para compreender o mundo do saber, a sua diversidade, e ajudá-lo a pensar com maior riqueza de imaginação. Já o curso propedêutico pode alcançar alguns desses efeitos, mas não pode ser tão desinteressado e tem de levar em conta a aplicação do conhecimento examinado no campo para que deseja ser propedêutico. O curso geral em certos casos pode ser propedêutico ao curso de especialização acadêmica, mas somente como elemento para a escolha do campo a que se vai dedicar.

Na sua proposta de reforma universitária, Anísio (Teixeira, 1998, p. 155-6) demonstra clara intenção de introduzir maior eficiência e competência na

função pedagógica do ciclo de pré-graduação e destaca a finalidade vocacional desse nível de formação:

Toda essa reforma visaria atender a problemas reais da nossa conjuntura universitária, conduzindo a melhor divisão de trabalho entre as diferentes categorias do professor, no sentido de sua competência e da direção do seu espírito, e a melhor divisão também dos estudantes, oferecendo-lhes no curso básico, ou melhor, no curso inicial de dois anos (ou três) uma oportunidade para se examinar e se descobrir e fazer as suas opções, ou de deixar a universidade por não ser feito para ela, ou de achar que lhe bastam os conhecimentos adquiridos, ou de escolher uma das carreiras acadêmicas ou uma das carreiras profissionais.

A reforma universitária proposta por Anísio também já previa cursos de formação geral tipo Bacharelados Interdisciplinares como uma possibilidade de acesso universal à educação universitária. Além disso, indicava, sem hesitação, que as trajetórias de seleção para carreiras profissionais ou acadêmicas implicariam opções em um mesmo ciclo de formação com a “introdução da formação acadêmica ao lado e independente da profissional”. O seguinte trecho sintetiza soberbamente a proposta anisiana de universidade popular (TEIXEIRA, 1998, pg. 156):

A reforma resolveria, assim, o problema da admissão à universidade, abrindo os seus portões para acolher a mocidade, que terminara o curso secundário e alimentava o propósito de continuar os estudos, para um curso introdutório, de nível superior, destinado a alargar-lhes a cultura geral recebida no nível secundário, dar-lhes uma cultura propedêutica para as carreiras acadêmicas ou profissionais ou para treiná-los em carreiras curtas de tipo técnico. Terminados esses cursos é que iria ele ser selecionado para os cursos regulares de graduação nas carreiras acadêmicas ou profissionais. Depois desta formação, nova seleção far-se-ia de imediato ou posteriormente, para a escola pós-graduada.

Além de historicamente mais próximo da conjuntura atual, o projeto da UnB merece especial destaque na medida em que a principal discordância entre seus criadores situava-se na proposta de Anísio, criticada por muitos como elitista e contraditória, de oferecer apenas cursos profissionalizantes e doutorados no campus central. Os críticos dessa visão omitem o fato de que, como elemento central do conceito anisiano de Universidade Popular, a concepção de uma rede de colégios universitários destinava-se à necessária ampliação do acesso à educação superior aos grupos sociais historicamente dela excluídos. Versões nacionais do college herdeiras do modelo UnB, como a UFMG em 1965 (Pimenta, 1984) e a Unicamp em 1967 (Castilho 2008), sofreram dura repressão política do regime militar. Após a redemocratização, diretamente influenciado pelas propostas de Anísio Teixeira, Relator no Senado do Projeto de Lei da LDB atualmente vigente, aprovada e promulgada em 1996, Darcy Ribeiro defendia a introdução no Brasil do conceito de cursos sequenciais como uma versão mais aberta e moderna dos community colleges norte-americanos, em modalidades profissionalizantes e acadêmicas.

A universidade brasileira que temos hoje foi montada pelos militares e seus intelectuais orgânicos desse período, resultado do que se chamou de Reforma Universitária de 1968. Fruto de um tratado internacional que o Brasil assinou com os Estados Unidos, patrocinadores do golpe militar, essa Reforma representou uma aliança da burguesia com a oligarquia acadêmica, na medida em que se fez uma mudança conservadora no sistema nacional de educação. Assim, bem distante da concepção anisiana, conserva-se o regime europeu de formação de profissões em faculdades, no qual os alunos entram diretamente na formação profissional, forçando os jovens a fazer precocemente a escolha decisiva de sua vida. Essa entrada direta, através de um processo seletivo extremamente rigoroso, competitivo e socialmente injusto, objeto de intensa judicialização, principalmente no que se refere à universidade pública, fez com que o sistema universitário brasileiro cultivasse uma absurda rigidez e inflexibilidade, de modo que quem entra num curso não pode mudar, não pode ter mobilidade, não pode fazer ajustes em suas decisões. Então temos uma graduação arcaica e anacrônica, tal como era a graduação francesa e lusitana de 1890.

#### Contribuições anisianas à formação em saúde

De fato, o pensamento-ação do nosso maior teórico da educação tem sido excluído do debate sobre formação profissional em saúde no Brasil. Cabe-nos especular sobre motivos e explicações dessa eloquente ausência, pois a rica, profunda e diversificada contribuição de Anísio para os debates políticos e pedagógicos sobre a educação em nosso país e os problemas de formação de profissionais e de docentes seria certamente de grande valia na superação da atual crise da saúde no Brasil.

Em várias oportunidades, Anísio demonstra o maior respeito pela qualidade e atualidade da formação médica realizada no Brasil na primeira metade do século XX. Chega a afirmar que os cursos de Medicina “representam o maior êxito do ensino superior brasileiro, no sentido de real incorporação da ciência experimental à formação profissional superior. Nas escolas de medicina estaria o modelo para a implantação da universidade moderna no Brasil.” (TEIXEIRA, 2005. p. 79) Este ponto é discutido em mais detalhe adiante, nessa mesma obra (TEIXEIRA, 2005. p. 91-92):

A única real mutação operada no ensino superior no século XIX foi a introdução da ciência experimental na universidade. No Brasil, dada a particularidade de a universidade constituir mais uma confederação de escolas do que uma integração universitária, essa mutação não iria ocorrer em toda a universidade, mas em algumas das suas escolas. As primeiras que a fizeram foram as escolas de medicina. Essas escolas constituem o que há de mais significativo no desenvolvimento do ensino superior brasileiro. São elas as grandes escolas modernas da universidade brasileira em formação: efetuaram a transformação do

tipo de saber tradicional e imóvel no tipo experimental e científico, transformaram os métodos para o ensino desse novo saber, montaram os laboratórios e bibliotecas para a experimentação científica, desenvolveram a pesquisa desinteressada e aplicada e formaram um corpo de cientistas e profissionais que ombreia, à vontade, com os corpos de cientistas e profissionais dos países avançados e desenvolveram na saúde pública e nos hospitais uma prática de medicina de alta qualidade e de teor científico de alto padrão.

Não obstante seu respeito e admiração pelo rigor científico que atribuía à escola médica do seu tempo, Anísio Teixeira também se posiciona fortemente contra o perfil profissionalizante e estreito da universidade brasileira, submetida ao jugo das corporações. Neste aspecto, ao analisar os dilemas cruciais da Universidade ao longo da sua história, antecipa o que Boaventura Santos (1997) chamou de crise de identidade da instituição universitária: formar profissionais ou promover a ciência e a cultura? Educar cidadãos ou credenciar profissionais? Como a corporação médica se apresenta e se confirma como uma das mais poderosas na manutenção do status-quo social e as faculdades de medicina representam os velhos regimes curriculares, Anísio não tarda a identificar a submissão às corporações profissionais como forte obstáculo à modernidade na educação superior em geral e no ensino médico em especial (Teixeira, 2005).

Durante seu Mestrado na Columbia University, sob a orientação de Kilpatrick e John Dewey, Anísio tomou contato com a obra de Abraham Flexner, desencadeador da maior reforma na história da educação superior norte-americana. O estudo sobre a educação médica norte-americana que, no título (Relatório Flexner) consagrou o seu nome como educador, publicado em 1910, terminou por revolucionar o conceito de universidade em todo o mundo. Entre 1915 e 1926, Flexner passou a orientar sua atividade reformadora para o ensino secundário, financiando programas de articulação entre universidades e escolas experimentais inspiradas no pragmatismo deweyano. Algumas idéias flexnerianas precursoras das pedagogias ativas (reunidas num texto intitulado *A Modern School*, publicado em 1916) haviam sido incorporadas ao projeto da Lincoln School, pioneiro colégio de aplicação vinculado ao Teacher's College, onde Anísio estagiou. Em 1926, Flexner retornou à Oxford University, na Inglaterra, convidado a ministrar conferências que, depois reunidas em livro (*Universities: American, English, German*, publicado em 1930), revelam uma dura análise crítica dos principais modelos de universidade da época, completada com a prospeção do que seria a "Universidade do futuro".

Não há registros de que tenha ocorrido algum encontro pessoal entre o jovem e então desconhecido educador baiano e o já famoso e influente líder intelectual da reforma universitária estadunidense. Anísio Teixeira esteve na Columbia University entre 1928 e 1929, quando Flexner já havia se

aposentado e se encontrava na Europa, explorando o cenário universitário europeu. Porém não há dúvidas de que, ao explicitar a pedagogia operativa da Escola Parque e das escolas tecnológicas e ao conceber a estrutura curricular aberta da “universidade brasileira do futuro”, tanto na UDF quanto na UnB, Anísio tinha conhecimento, pelo menos, dos textos flexnerianos acima citados.

Por um lado, o referencial pedagógico anisiano é de muitas maneiras similar ao sistema de aprendizado na prática com que Flexner traduzia o pragmatismo de William James (que havia sido seu professor no doutorado na Harvard) e John Dewey (parceiro no movimento pela escola democrática). Por outro lado, em vários de seus escritos, Anísio menciona Flexner com respeito e pertinência. Num desses momentos, refere-se certamente às conferências de Oxford, sem no entanto utilizar a citação bibliográfica pertinente: “é necessário que o país se fixe na idéia, que também inspirou Abraham Flexner nos Estados Unidos, de criar a escola pós-graduada”. E mais adiante: “persistiu a tradição da escola superior independente e autosuficiente e da universidade como confederação de escolas, lembrando a de Londres - que Flexner dizia não ser universidade - em contraste com a universidade integrada do tipo anterior.” (Teixeira, 2005, p. 180)

A profunda transformação provocada pelo Relatório Flexner, juntamente com o trabalho do General Education Board que Flexner depois dirigiu, foi de tal impacto que, em dez anos, a difusão da reforma do ensino médico estendeu-se a outras áreas de formação. Uma citação latina - *imperium in imperio* - presente na introdução de Walter Pritchett ao Relatório Flexner, dá conta de outro importante elemento que interessa à presente discussão: trata-se da constatação de que as escolas médicas se constituíam como feudos soberanos dentro do império das universidades. Tais escolas (ou faculdades) pouco se vinculavam às instituições universitárias e, quando assim ocorria, portavam-se como pequenas universidades separadas dentro das universidades, com peculiaridades e regras próprias. Uma das principais recomendações do Relatório Flexner foi reintegrar a faculdade de medicina, e posteriormente todas as “escolas imperiais”, na instituição universitária.

Esse aspecto da obra flexneriana é pouco conhecido, para não dizer praticamente ignorado, entre nós, mesmo tendo constituído uma das principais bases da crítica anisiana à universidade bonapartista brasileira. Podemos considerar que, no contexto nacional, a omissão de um dos principais eixos do relatório reformador significa um flagrante recalque ideológico. Seria essa negação sintoma revelador da estrutura elitizada,

alienante e fragmentadora da educação superior brasileira posto que, nas universidades do Brasil – não podemos dizer em todas, pois exceções existem – as faculdade de medicina são impérios dentro do império?

Em muitos pontos, cruciais no panorama atual do ensino médico, Flexner e Anísio revelam impressionante convergência de ideias. Ambos defendiam modelos inovadores de aprendizagem, antecipando em décadas a aprendizagem baseada em problemas, o ensino por competências, o uso de estratégias pedagógicas ativas para a educação superior, baseadas em estudos de casos e solução de problemas concretos, preconizando a formação de profissionais nos contextos da prática concreta. Nenhuma surpresa nessa convergência, dado que estamos diante de notáveis defensores da ação pedagógica que, em distintos momentos da história, viabilizam as teorizações do pragmatismo em relação à utilização da experiência, da vivência, da práxis como modelo educacional.

Além disso, Anísio enfatiza dois aspectos cruciais para a questão da educação superior no campo da Saúde: o caráter público da universidade e o papel central da autonomia na educação superior. Em relação ao primeiro ponto, Anísio foi premonitório também na identificação dos problemas estruturais da universidade brasileira que levaram a um processo de expansão desenfreada, à base da grande ampliação do setor privado, incentivada pela política educacional dos anos 1990. No que concerne à questão da autonomia, Anísio lamenta o fato do mundo inteiro ter avançado numa certa direção (modelo humboldtiano e flexneriano) e a universidade brasileira ter conservado um sistema superado (o modelo bonapartista). Em suas palavras (Teixeira, 2005, p. 182):

na universidade, sobretudo a alemã, que se fez modelo da universidade moderna, a ideia da liberdade de ensinar e liberdade de aprender foi consagrada como a sua lei maior. Não se compreendia ensino que não contasse com a plena participação do estudante. Essas liberdades de ensinar e de aprender tomam na universidade americana a forma de livre oferta de cursos pelo professor e livre escolha pelos alunos.

Ao analisar criticamente a educação superior no Brasil nos anos 1930 e 1950, Anísio reitera Flexner que, no seu tempo, avaliou rigorosamente a educação médica no contexto da universidade norte-americana de 1910. Ambos denunciam a excessiva precocidade na escolha das carreiras; denunciam a submissão ao mercado de ensino, de trabalho e de serviços; denunciam a não integração entre graduação profissional e formação universitária; denunciam a ausência da formação científica, cultural e humanística prévia. Parece até que estavam avaliando o contexto universitário brasileiro deste início de Século XXI. De fato, ainda hoje o modelo curricular de ensino superior hegemônico no Brasil se mostra incompatível com os modelos curriculares das melhores universidades do mundo.

Avaliando as estruturas curriculares no ensino universitário, recentemente mostramos que o Brasil não tem compatibilidade na educação superior com países mais produtivos econômica e cientificamente (Seabra-Santos & Almeida Filho, 2012). O único grau universitário que no Brasil é plenamente compatível com o equivalente dos outros países é o doutorado; por isso temos programas de doutorado em dupla titulação com universidades estrangeiras, sem maiores dificuldades de integração. Mas, além disso, e talvez por causa desse provincianismo universitário, nossos currículos continuam rígidos e passivos, baseados mais em horas de presença em salas de aula que em trabalhos autônomos regidos por avaliações processuais. Vejamos um exemplo no âmbito da educação médica: aproveitando o presente momento favorável de grande oferta de bolsas internacionais de estudos em nível de graduação, um aluno do quarto ano de medicina de qualquer universidade brasileira viaja a um país estrangeiro, na América do Norte, por exemplo, buscando intercâmbio acadêmico. O nosso aluno sequer estará na porta de um curso de medicina porque, pela estrutura curricular das universidades dessa parte do mundo, ele ainda não terminou o college.

#### Formação em Saúde na Universidade Anisiana

Neste momento, está em curso uma profunda transformação no cenário da educação superior no Brasil. Várias universidades públicas, aproveitando programas de expansão como o REUNI (Plano de Expansão e Reestruturação das Universidades Federais), oferecem opções de formação superior com base no regime de ciclos. Tais estruturas curriculares permitem mobilidade e mudança, de modo que os alunos podem entrar na universidade sem precisar se submeter a um processo de formação definido como pouco flexível e imutável. Além disso, algumas dessas iniciativas têm fomentado a discussão da cultura nos currículos universitários, tornados mais abertos e participativos, com modelos pedagógicos ativos e centrados na autonomia do estudante, imersos na prática concreta, numa inspiração assumidamente anisiana.

Nesse contexto, emerge o modelo que implantamos na Universidade Federal da Bahia partir de 2009 – que, na época, foi chamado de Universidade Nova (Almeida-Filho, 2007) – agora retomado e aperfeiçoado na nova Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). O projeto político-pedagógico da UFSB funda-se em três aspectos: primeiro, arquitetura curricular organizada em Ciclos de Formação, com modularidade progressiva (oferecendo certificações independentes a cada ciclo); segundo, regime letivo quadrimestral, com otimização de equipamentos, instalações, pessoal e recursos financeiros; por último, em complemento, uma combinação de

pluralismo pedagógico e uso intensivo de tecnologias digitais de ensino-aprendizagem.

O ingresso de alunos se dá em cursos de Primeiro Ciclo, nos Bacharelados Interdisciplinares (BI), de duas maneiras: a) por meio de seleção geral mediante o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), com reserva de 55% das vagas para egressos de escola pública, observando o recorte étnico-racial equivalente à proporção censitária da região; b) nos Colégios Universitários (CUNI), mediante seleção induzida com cotas de 85% para alunos de escolas públicas.

A Rede Anísio Teixeira de Colégios Universitários é formada por unidades acadêmicas descentralizadas implantadas em localidades com mais de 20 mil habitantes e com mais de 300 egressos do ensino médio. Funcionam preferencialmente em turno noturno, em instalações da rede estadual de Ensino Médio, oferecendo programas meta-presenciais de educação superior. Cada ponto da Rede de Colégios Universitários conta com um pacote de equipamentos de tele-educação de última geração, conectados a uma rede digital de alta-velocidade. O ingresso se dá preferencialmente para alunos que tenham cursado todo o ensino médio em escolas públicas nos municípios participantes.

O primeiro ciclo da Universidade Anisiana compreende a modalidade de Bacharelado Interdisciplinar (BI) oferecida em quatro grandes áreas: artes, humanidades, ciências e saúde. Trata-se de cursos de três anos com diplomação plena, que podem servir como pré-requisito para formação profissional de graduação ou diretamente para formação científica ou artística de pós-graduação. A estrutura interna do BI compreende duas etapas: Formação Geral e Formação Específica. Na etapa de formação geral, este modelo de educação universitária compreende uma estrutura curricular aberta e flexível, como um verdadeiro neo-quadrivium: línguas modernas (minimamente, Português e Inglês), informática instrumental (letramento digital e competências conectivas), pensamento lógico-interpretativo (uso eficiente de estratégias analíticas e retóricas) e cidadania planetária (consciência ecológico-histórica).

Para a montagem dessa estrutura curricular aberta, aproveitamos os parâmetros de um programa federal de fomento à educação superior em saúde, o Pró-Saúde, que envolve uma interessante definição de eixos de formação compostos por módulos de conteúdos e competências.

- Ético-Político-Humanístico: módulos de aprendizado de conteúdos relacionados a desenvolvimento pessoal, profissional e social do trabalhador em saúde.



- Técnico-Científico: módulos de aprendizado de metodologia científica, pesquisa bibliográfica, interpretação de trabalhos científicos etc.
- Prático-Cognitivo: módulos de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades; conteúdos teóricos a partir de demandas das vivências práticas.

Na primeira etapa do BI, a formação ético-político-humanística predomina. Nessa fase inicial, apenas dois blocos de componentes são obrigatórios: língua portuguesa e estudos da contemporaneidade. Língua portuguesa, poder e diversidade cultural é o primeiro módulo do subeixo linguagens, na formação ético-político-humanística, ofertado a todos os alunos do BI. O segundo módulo compreende leitura e produção de textos em língua portuguesa. O terceiro módulo desse eixo assume o formato de uma oficina de textos acadêmicos e técnicos em saúde. Atualmente, em muitos cursos profissionais no Brasil, o aluno pode sair com um diploma reconhecido, capaz de aplicar técnicas e demonstrar domínio de habilidades práticas requeridas de modo ótimo e eficiente, mas não sabe escrever e, muitas vezes, não sabe ler nem compreender. Por isso, esse bloco de módulos é considerado fundamental para a formação geral universitária.

O subeixo estudos da contemporaneidade trata de questões essenciais para o entendimento da posição da pessoa no mundo, como por exemplo: Ambiente, Culturas e Sociedades; Política, Instituições e Organizações; Ética, Indivíduo e Subjetividade; História dos Saberes (com foco na Universidade). Este ponto merece um comentário. Todos conhecemos pessoas, alunos e colegas que não se situam de modo consciente no mundo. Podem até se posicionar muito bem em sua corporação, em sua profissão, sua classe social, seu segmento, sua localidade, mas não incorporam uma percepção abrangente e crítica da vida, da sociedade, do ambiente, da história.

A interdisciplinaridade que define essa modalidade de Bacharelados é promovida de modo difuso em sua estrutura curricular aberta ou diretamente, por indução de componentes optativos. O subeixo interdisciplinar do BI, dessa forma, define-se pela exposição induzida ao que chamamos de culturas da contemporaneidade: cultura humanística, cultura artística e cultura científica. Se o aluno entra no BI de Artes, tem que cursar dois componentes curriculares livres em Ciências e dois em Humanidades; se entra no BI de Humanidades tem que fazer dois componentes em Artes e dois em Ciências; no caso, os alunos dos BIs de Ciências ou de Saúde devem incorporar dois componentes em Artes e dois componentes em Humanidades. Nos termos do Pró-Saúde, consideramos que a cultura científica faz parte do eixo de formação técnico-científica do BI em Saúde.

Ainda na formação geral, inicia-se o eixo prático-cognitivo com componentes curriculares essenciais de orientação profissional. Como ilustração, poderia colocar em destaque o BI em Saúde, que vem sendo construído junto com as primeiras turmas de estudantes da UFBA, da UFRB e, de agora em diante, da UFSB. No caso do BI em Saúde, trata-se de um componente de introdução ao Campo da Saúde, incluindo história do campo, apresentação de saberes e práticas de saúde, métodos de pesquisa, formação profissional, visão panorâmica da área, regulação das práticas profissionais. Caso assim o deseje, o aluno do BI poderá cursar módulos similares das outras grandes áreas, como por exemplo Introdução às Humanidades ou Desenvolvimento Científico-Tecnológico, que podem servir como módulos de orientação profissional alternativa, propiciando oportunidades de transição vocacional.

Na etapa de formação específica, o eixo ético-político-humanístico se reduz e a formação nas linguagens pode ser completada com língua estrangeira. Nessa fase, começam os módulos curriculares da grande área: racionalidades em saúde, bases morfofuncionais etc., mas note-se que muito da estrutura curricular permanece de livre escolha. O eixo de formação técnico-científica prossegue com os seminários interdisciplinares de pesquisa em saúde e, o que nós consideramos importantíssimo, incorpora um subeixo de linguagem matemática aplicada à formação em saúde. No último ano do BI, o eixo de formação ético-humanístico se reduz mas não necessariamente desaparece, o prático-cognitivo se amplia, o de formação técnico-científica prossegue e, em todos os eixos, predominam módulos livres. A essa altura, se o aluno ou aluna quiser, ao cursar esta estrutura típica, poderá tomar como opção uma área de concentração, completando os módulos livres com componentes curriculares que fazem parte dos programas de formação profissional a serem cursados posteriormente no segundo ciclo.

Aqui estão apenas exemplos, porque o conceito de área de concentração implica que os componentes sejam fundamentalmente optativos, de maneira que uma parte dos alunos faz alguns componentes, outra parte cursa outros módulos, antecipando elementos curriculares do processo de formação profissional desejada. Aqui já se pode cursar as estruturas gerais da formação clínica, na lógica dos componentes curriculares amplos e multifuncionais, já que muitos desses módulos podem ser incorporados ao próprio BI. Alguns componentes do segundo ciclo são específicos da formação profissional como, por exemplo, estágios curriculares na atenção primária em saúde, não podendo ser objeto de antecipação nas áreas de concentração.

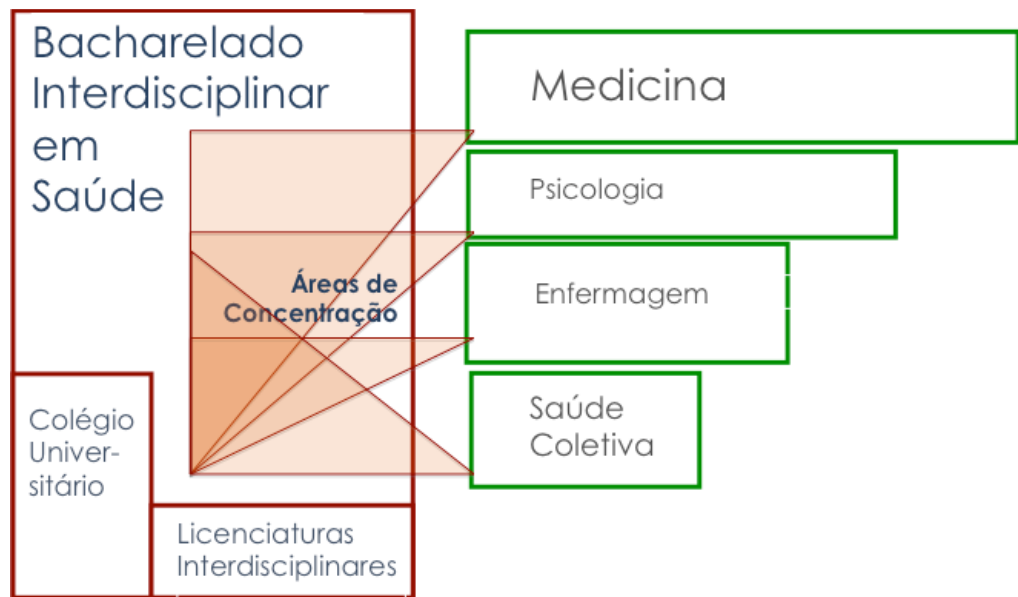


Figura 1: Formação Profissional em Saúde no regime de ciclos

A formação dos médicos nesse modelo (Figura 1), por exemplo, compreende o BI em Saúde, concluído em três anos, preferencialmente (mas não obrigatoriamente) seguindo a área de concentração Estudos da Saúde-Enfermidade-Cuidado. Após concluir o BI em Saúde, o estudante pode prosseguir para o Curso de Medicina, tendo que cursar no mínimo mais quatro anos de formação eminentemente prática, em equipes de aprendizagem ativa. Caso não preencha os requisitos e critérios de progressão para sua escolha principal no segundo ciclo de formação, o aluno poderá concluir seu curso de primeiro ciclo e receber o diploma de Bacharel em Saúde, poderá migrar para outras formações profissionais em saúde, com a vantagem de que as mudanças de percurso não acrescentam tempo à formação profissional porque muitos eixos, módulos e componentes são comuns, ou ainda poderá se inscrever em processos seletivos para cursos de terceiro ciclo.

O Bacharelado Interdisciplinar em Saúde conduz a um diploma pleno previsto na LDB, resultante de um curso com total mínimo de 2400 horas. Portanto, o egresso pode prosseguir direto para mestrados na área das ciências da saúde, como por exemplo, saúde coletiva, patologia, biotecnologia e outros, e daí para o doutorado. Embutida nesta proposta encontra-se uma ideia que se discute no Brasil há pelo menos duas décadas: não há qualquer motivo para que as residências não sejam consideradas em nível equivalente a Mestrado Profissional. As residências médicas e

multiprofissionais em saúde exigem carga horária muito maior, tem aprofundamento às vezes maior, do que os mestrados em geral.

<b>BI EM SAÚDE</b>  <b>Áreas de Concen- tração:</b> Estudos sobre Saúde- Doença- Cuidado, Estudos em Saúde Coletiva, Estudos em Biologia Humana	ANO I		ANO II			ANO III			ANO IV	
	Componente Livre		Livre	Livre	Livre	Livre	Livre	Livre	Livre	Livre
	PROBLEMAS DE SAÚDE NA EMBRIO- GÊNESE E NA GESTAÇÃO	PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO	DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO	PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA GESTAÇÃO	TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA IDADE ADULTA	CONHECIMENTOS BÁSICOS NAS ESPECIALIDADES MÉDICAS
PROPE- DEÚTICA CLÍNICA GERAL			DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	DIAGNÓSTICO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	PREVENÇÃO CONTROLE DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	TRATAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	PRÁTICAS INTEGRADAS EM ALTA COMPLEXIDADE (340 hs)	
PROBLEMAS DE SAÚDE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA	PROBLEMAS DE SAÚDE NA TERCEIRA IDADE	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (680 hs)								
PRÁTICAS INTEGRADAS EM MÉDIA COMPLEXIDADE (1020 hs)										
ATIVIDADE PRÁTICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA (1360 hs)										
OFICINAS DE CUIDADOS EM SAÚDE ORIENTADOS POR EVIDÊNCIAS (340 H)										
EIXO ÉTICO-POLÍTICO-HUMANÍSTICO (272 hs)										
ATIVIDADES COMPLEMENTARES (280H)										

Figura 2. Estrutura Curricular do Curso de Medicina em Regime de Ciclos

A arquitetura curricular do curso médico da UFSB, aqui tomado como exemplo, estruturado em dois ciclos de formação, encontra-se na Figura 2. Durante todo o segundo ciclo, cumprindo sua formação no Eixo Técnico-Científico, os alunos deverão frequentar Oficinas de Cuidado à Saúde Baseado em Evidências, onde se estimula uma análise crítica de artigos científicos e uma discussão aprofundada, com os docentes, da abrangência das novas publicações e sua aplicabilidade naquela comunidade e no cotidiano da prática médica. Também devem ser cursados pelos estudantes, durante todo o segundo ciclo, quatro componentes optativos e quatro componentes livres, interagindo com os demais cursos da saúde. Os alunos também deverão realizar atividades complementares, participando de atividades de pesquisa e extensão, encontros, congressos e simpósios entre outras. No curso médico, como eixo prático do segundo ciclo, os alunos

integralizarão um total de 2.584 horas. As atividades de práticas em saúde coletiva serão realizadas nas comunidades durante todo o curso, desde o primeiro quadrimestre, formando um profissional solidário e participativo no seu meio social. Nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário – da rede SUS os alunos participarão de práticas em clínica médica, cirurgia, ginecologia e obstetrícia e pediatria.

Durante todo o segundo ciclo de formação nos cursos de saúde, serão oferecidos componentes curriculares relacionados ao eixo ético-político-humanístico, atualizando a discussão das políticas de saúde no Brasil, focalizando questões relacionadas à gestão pública e aos programas do SUS e uma constante preocupação com a formação de um profissional participativo, analítico e capaz de interagir com os diversos setores sociais e políticos na resolução dos problemas de saúde. Isso implica, por um lado, aprofundamento no estudo das relações interpessoais no cuidado à saúde, explorando as interfaces com a psicologia e com a ética, discutindo os alicerces e o impacto das relações com o indivíduo, a comunidade e a equipe de trabalho, na busca de uma melhor qualidade de vida para si e para o outro. Por outro lado, o estudante deverá construir uma percepção crítica das relações sociais no exercício da sua prática de ação tecnológica. Numa vertente, isto se dará pela discussão da atuação profissional como forma de modificar o meio onde vive, suas atitudes em relação ao ambiente, à cultura e à sociedade. Noutra vertente, enfatiza-se uma compreensão política e social do mundo como um sistema complexo interligado onde todos são corresponsáveis pela vida e pelo ambiente.

Em síntese: com a introdução do regime de ciclos na educação superior em saúde, buscamos construir um modelo de educação possível e viável neste momento crucial de revisão e recriação da universidade brasileira. O primeiro ciclo compõe-se de um Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, com duração de três anos, articulado a um modelo de integração social amplo e territorializado como a rede de colégios universitários. O segundo ciclo compreende cursos e programas de formação profissional e acadêmica, destinados à habilitação de trabalhadores, gestores, pesquisadores e intelectuais em carreiras profissionais e atividades ocupacionais, em setores e áreas de atuação específicas no campo da saúde. O terceiro ciclo será uma pós-graduação profissional, reconhecendo equivalência da residência médica ao nível de mestrado profissional, além de mestrados acadêmicos em áreas básicas de pesquisa como transição ao doutorado acadêmico, que pode ser em qualquer área específica de formação.

Comentários Finais

No presente texto, apresentamos uma hipótese plausível para explicar a inesperada atualidade e pertinência do pensamento anisiano perante as inovações pedagógicas e curriculares no campo da Saúde. Trata-se da profunda convergência intelectual entre Anísio Teixeira e Abraham Flexner. No entanto, essa mesma hipótese potencialmente permite compreender a virtual ausência (ou invisibilidade) das ideias anisianas no discurso institucional e nas propostas de formação de recursos humanos, em nível universitário, no campo da saúde no Brasil. Diferentemente de Flexner, a luta de Anísio Teixeira visando à implantação de inovações institucionais, curriculares e pedagógicas na educação superior brasileira pode ser considerada um enorme fracasso político. Mais ainda, restaurações conservadoras e reações políticas aos seus monumentais projetos de universidade renovada foram desencadeadas, fomentadas e realizadas de modo concentrado no campo do ensino médico.

Em seguimento ao entusiasmo provocado pela UDF, primeira tentativa de universidade anisiana, Silva Mello apresentou uma “proposta de reforma da mais prestigiosa faculdade de medicina do país, vinculada à Universidade do Brasil” (Kemp & Edler 2004, p. 581) em bases muito semelhantes às propostas do Relatório Flexner: marco conceitual de base científica, dedicação exclusiva de docentes, revisão de currículos, redução de vagas, metodologia pedagógica baseada na prática, turmas menores em laboratórios e clínicas. As propostas modernizantes do modelo de formação médica de herança franco-lusitana defendidas por Silva Mello encontraram apenas indiferença, num momento em que Anísio Teixeira recém escapara da polícia política do Estado Novo.

Três décadas depois, na UnB, esta sim a primeira universidade consolidada como projeto institucional por Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro, com uma estrutura curricular baseada em ciclos de formação, não havia escola médica separada e sim uma Faculdade de Ciências da Saúde, destinada à formação integrada de todas as profissões da saúde. O retrocesso do experimento institucional e pedagógico da UnB, duramente reprimido pelo regime militar por ser considerado altamente subversivo, culminou com a fragmentação dos centros de formação, iniciada pela criação de uma Faculdade de Medicina nos moldes tradicionais de isolamento institucional dentro da universidade.

Entretanto, com a mudança de conjuntura mundial e nacional no fim do século XX, com a organização de sistemas públicos de saúde em vários países desenvolvidos, amplia-se a cobertura de serviços e, por conseqüência, a necessidade de atenção primária de saúde em escala massiva. No Brasil, essa tendência teve grande impacto sobre o sistema formal de ensino,

originalmente organizado de modo disciplinar, com base em faculdades tradicionais e estágios hospitalares orientados para a crescente especialização. Por um lado, modelos baseados em estratégias pedagógicas ativas têm sido apresentados como eficazes para a formação de profissionais capacitados a atuar sobre os problemas concretos de saúde. Modelos inovadores de aprendizagem, como o PBL (problem-based learning) e o ensino por competências prometem focalizar a formação de profissionais nos contextos e na prática dos serviços de saúde. Por outro lado, com a constatação das limitações dos regimes convencionais de ensino frente ao aporte massivo de novos conhecimentos científicos, enfatiza-se formatos padronizados de validação das tecnologias médicas inspirados pela Epidemiologia Clínica, como a EBM (evidence-based medicine) nos EUA e a Colaboração Cochrane no Reino Unido, com a generalização da metanálise e dos protocolos clínicos.

Neste texto, demonstramos que uma exploração simples e direta dos escritos de Anísio permite constatar que tais questões já estavam presentes em sua obra, nela cumprindo uma função estruturante. Podemos assim definir uma pedagogia anisiana como efeito de permanente e denodada denúncia dos modos arcaicos de ensinar, aqueles que produzem sujeitos conformados e conformistas. Vimos que, resultante desse insistente combate, encontra-se na obra anisiana permanente valorização de pedagogias críticas fundadas na capacidade de aprender fazendo. Ademais, como ainda evidenciamos, inúmeros argumentos centrais do seu pensamento crítico enfatizam o papel da ciência e da tecnologia como distintivo cultural da modernidade, tanto como elemento promotor da qualidade de vida com equidade quanto como fator decisivo para a eficácia do ensino-aprendizagem.

A promoção da cultura contemporânea na formação universitária, com autonomia, responsabilidade social e criatividade, é cada vez mais crucial, não porque Flexner e Anísio escreveram isso em 1910 e em 1930, respectivamente. Mas porque é absurda a possibilidade de alguém entrar, por exemplo, no primeiro ano de um curso médico e graduar-se seis anos depois sem ter tido acesso aos temas da arte, da cultura, da civilização, do pensamento crítico, que a própria Universidade fomenta e elabora como produtos culturais. De fato, nas universidades públicas brasileiras ainda predominam cursos onde o aluno ingressante recebe uma grade curricular detalhada, a ser seguida rigorosamente, disciplinadamente, do primeiro ao quarto, quinto, sexto ano, de modo que neste momento já sabe o que vai estar fazendo, digamos, no último semestre do programa.

Mostramos uma proposta concreta de recriar a universidade pública como uma Universidade Anisiana, fora dos lugares de isolamento e alienação,

rompendo os limites do “império dentro do império” que, no nosso caso, seria mais correto dizer da província dentro do império. E isso tudo com arquiteturas curriculares e modelos pedagógicos baseados em autonomia e flexibilidade. O desafio que enfrentamos não é pequeno: abrir e sustentar um processo de discussão difícil e complexo sobre como podemos ser efetivamente criativos e inovadores em vez de simplesmente continuarmos a fazer mais do mesmo, repetindo velhos modelos e revestindo-os com novas roupagens sem, de fato, transformar estruturalmente os processos de formação em nossa área.

Do ponto de vista pedagógico, o maior desafio desta universidade popular anisiana será pensar o educando como sujeito histórico e contextualizado, que deverá assumir o rumo de sua autoconstrução e do seu processo como sujeito de aprendizagem. Nessa universidade renovada, o estudante deve construir seus programas de formação e não receber um “prato feito” chamado, bem a propósito, de grade curricular; fará escolhas informadas e, quando necessário, poderá mudar seu itinerário curricular sem sucumbir à rigidez de pautas de treinamento pré-fixadas e em seguida superadas por realidades mutantes; será enfim protagonista, ativo e consciente, dos processos de ensino-aprendizagem e não mero coadjuvante marginalizado de um sistema burocrático alienante.

A construção e consolidação do novo modelo não se dará de forma espontânea, mas sim resultante da ação coletiva dos educadores entre si e junto aos educandos, ao longo da caminhada no curso e na Universidade. A cooperação, como princípio e processo, faz-se, então, fundamental como aspecto pedagógico nesse cenário de gestão compartilhada dos processos pedagógicos, realçando os aspectos referentes à avaliação do curso, da aprendizagem e do impacto sobre a formação dos futuros profissionais de saúde. Ambientes virtuais e dispositivos de autoaprendizagem complementarão atividades em salas de aula, auditórios, bibliotecas, palcos, laboratórios, serviços e espaços de prática. Nesses lugares coletivos, presenciais ou virtuais, o estudante compartilhará a responsabilidade pela formação de seus pares, como mediadores do processo de aprendizagem. Assim, a aferição das competências será pautada menos por competição e mais por solidariedade. Em vez de vestibular ou testes pontuais, a progressão às graduações resultará de avaliação continuada, onde a nota de cada estudante será composta por seu aproveitamento individual, pelo desempenho de sua equipe e pelas notas dos colegas por ele tutorados. Enfim, na Universidade Anisiana, aprender será ensinar, ensinar será aprender.



Temos consciência da inocuidade de soluções isoladas, posto que propostas experimentais localizadas e em pequena escala facilmente são absorvidas e digeridas pelo estabelecimento conservador. Esperamos que este protótipo político-institucional de modelo de formação em saúde que se está construindo no Sul da Bahia possa ajudar na construção de uma pauta nacional de inovação na Formação em Saúde realista institucionalmente, tecnologicamente competente, pedagogicamente eficiente, socialmente justa, porém epistemologicamente consistente e compatível internacionalmente. E que esse esforço de reflexão e de ação, aqui compartilhado, resulte em provocações, debates e discussões tão necessários neste momento em que constatamos um atraso centenário nos modelos de formação profissional à altura dos desafios da construção e consolidação de um sistema único de saúde em nosso país.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Aguiar, Adriana Cavalcanti. Cultura de avaliação e transformação da educação médica: a ABEM na interlocução entre academia e governo. *Rev. bras. educ. méd*; 30(2): 98-101, maio-ago. 2006.
2. Almeida-Filho, Naomar. Higher Education and Health Care in Brasil. *The Lancet*, 377/9781: 1898-1900, 4 June 2011.
3. Almeida-Filho, Naomar. Universidade Nova: Textos críticos e esperançosos. Brasília/Salvador: Editora UnB/EDUFBA, 2007.
4. Amâncio Filho, Antenor; Vieira, Ana Luiza Stiebler; Garcia, Ana Claudia Pinheiro. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil. *Rev. bras. educ. méd*; 30(3): 161-170, set.-dez. 2006.
5. Araujo, Maria Ercilia de. Educação Superior em Odontologia na perspectiva das Políticas Públicas de Saúde. São Paulo; s.n; 2008. 229 p. CD. (BR).
6. Castilho, Fausto. O Conceito de universidade no projeto da UNICAMP. Campinas: Editora da UNICAMP, 2008.
7. Del Ciampo, Luiz Antonio; Del Ciampo, Ieda Regina Lopes. Curso de medicina e ensino de pediatria nas escolas médicas brasileiras / Course of medicine and teaching of pediatrics in brazilian medical schools. *Pediatria (São Paulo)*; 32(1): 9-14, mar. 2010.
8. Feijó, Edmar Jorge; Tavares, Claudia Mara de Melo. Distance education in undergraduate nursing in the State of Rio de Janeiro: a sociocultural approach of structural markers - Preview note. *Online braz. j. nurs. (Online)*; 9(1)abr. 2010.
9. Kemp A, Edler F. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2004; 11:569-85.
10. Mendonça, Ana Waleska Anísio Teixeira e a Universidade de educação. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.
11. Pimenta, Aluísio. 1984. Universidade. A destruição de uma experiência democrática. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

12. Portugal, Claudius. Outras cores: 27 artistas da Bahia - reportagens plásticas. Salvador: Fundação Casa de Jorge Amado, 1994, pp. 15-16.
13. Ribeiro, Darcy. A Invenção da Universidade de Brasília 1961-1995. Cartas: falas, reflexões, memórias. Brasília: Gabinete do Senador Darcy Ribeiro, 1995.
14. Rocha, João Augusto (org.). Anísio em Movimento. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2002.
15. Saliba NA, Moimaz SA, Garbin CA, Diniz DG. Dentistry in Brazil: its history and current trends. *J Dent Educ.* 2009 Feb;73(2):225-31.
16. Salmeron Roberto, A universidade interrompida: Brasília, 1964-1965. Brasília, EdUnB, 2008
17. Seabra-Santos, Fernando; Almeida-Filho, Naomar. A Quarta Missão da Universidade. Coimbra/Brasília: EduCoimbra/EdUNB, 2012.
18. Sousa-Santos, Boaventura; Almeida-Filho, Naomar. A Universidade no Século XXI: Para uma Universidade Nova. Coimbra: Almedina, 2008.
19. Sousa-Santos, Boaventura. Pela Mão de Alice: O social e o político na transição pós-moderna. São Paulo: Cortez, 1997.
20. Teixeira, Anísio. Educação e o Mundo Moderno. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006. p. 151.
21. Teixeira, Anísio. Educação e Universidade Rio de Janeiro: EdUFRJ, 1998.
22. Teixeira, Anísio. Ensino superior no Brasil: análise e interpretação de sua evolução até 1969. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.
23. Teixeira, Anísio. Estudo sobre o projeto de Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.* Rio de Janeiro, v.18, n.48, out./dez. 1952. p.72-123.
24. Teixeira, Anísio. Mestres de amanhã. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos.* Rio de Janeiro, v.40, n.92, out./dez. 1963. p.10-19.
25. Temporão, J.G. Educação na Saúde e Saúde na Educação. 2012. <http://jornalgn.com.br/blog/luisnassif/educacao-na-saude-e-saude-na-educacao-por-temporao> (Acessado em 11.12.2013)
26. Viana-Filho, Luís. Anísio Teixeira: A polêmica da Educação. São Paulo/Salvador: Editora UNESP/EDUFBA, 2008.

## Capítulo 7

### APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS: INOVAÇÃO SACKETTIANA, SIMPLISMO PEDAGÓGICO OU APENAS MODA?

Aprendizagem Baseada em Problemas: Modismo no Ensino Médico,  
Empobrecimento da Pedagogia Ativa ou Inovação Sackettiana

## Capítulo 8

### NOVAS PROPOSTAS, ANTIGOS CONTEXTOS, FUTUROS IMPASSES

Referências Bibliográficas

NOTAS