



Universidade Federal do Pará
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico em Educação

AMAURY BRAGA DANTAS

EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ

Belém
2006

AMAURY BRAGA DANTAS

EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Pará para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ney Cristina Monteiro de Oliveira

Belém
2006

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) –
Biblioteca Central/ UFPA, Belém-PA**

Dantas, Amaury Braga.

Egressos de Medicina no Pará / Amaury Braga Dantas;
orientadora, Prof^a Dr^a Ney Cristina Monteiro de Oliveira. _ 2006

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Centro de
Educação, Mestrado em Educação, Belém, 2006.

1. Medicina – Estudo e ensino – Pará 2. Medicina – Estudo e
ensino - História. 3. Médicos – Formação - Pará. 4. Políticas
Públicas. I. Título.

CDD: 21. ed. 610.7098115



Universidade Federal do Pará
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação
Mestrado Acadêmico em Educação

AMAURY BRAGA DANTAS

EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal do Pará.

Data de aprovação:

Banca Examinadora:

Profª Drª Ney Cristina Monteiro de Oliveira
Orientadora
Universidade Federal do Pará

Profª Drª Teresa Seabra
Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Regina Fátima Feio Barroso
Universidade Federal do Pará

Profª Drª Ivany Pinto
Universidade Federal do Pará

Belém
2006

Aos nossos Alunos,
Professores,
Colegas e
Amigos.

AGRADECIMENTOS

Às nossas famílias, pela compreensão dos momentos que tivemos que nos dedicar a este trabalho.

Aos amigos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará, pela colaboração nesta e em outras atividades.

Aos professores do Mestrado em Educação, pelos conhecimentos partilhados e pela acolhida nos proporcionando novos aprendizados.

À Ney Cristina Monteiro de Oliveira, professora orientadora, pela paciência e horas de dedicação, sobretudo sabendo ouvir e indicar caminhos.

Ao colega e amigo Aristóteles Guilliod de Miranda pela inestimável colaboração.

Aos médicos Carlos Eduardo Lima Barreto e Maximiliano Pingarilho, pelas informações valiosas referentes aos seus ancestrais.

À Massa Goto e Lilia Maria Carvalho da Silva Dantas, pela ajuda na organização dos gráficos e tabelas.

À Simone Neno pelas orientações quanto ao Comitê de Ética e Pesquisa.

À Christiana Burlamaqui de Mello pelo incentivo e apoio na editoração dos textos.

Por fim, aos meus colegas de Mestrado, cuja convivência e o calor dos debates nos tornou mais amigos e mais fraternos.

“Seu Lício e os parentes só souberam foi no instante em que a parteira, saindo do quarto, declarava: com o filho morto, só um doutor.”

Dalcídio Jurandir. Trecho do Romance Belém do Grão Pará, p.185,

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1655-1949	38
Quadro 2 - Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1950-2004	54
Quadro 3 - Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1655-2004	72
Quadro 4 - Perfis: egressos de medicina no Pará	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero dos egressos - Fase I	40
Gráfico 2 - Origem de nascimento – egressos da Fase I	43
Gráfico 3 - Origem dos egressos - outros estados – Fase I	44
Gráfico 4 - Origem dos egressos - interior do estado do Pará - Fase I	45
Gráfico 5 - Percentual do tipo de exercício profissional - Fase I	46
Gráfico 6 - Percentual de atividades acadêmicas - Fase I	47
Gráfico 7 - Percentual de atividades públicas e privadas - Fase I	48
Gráfico 8 - Percentual de atividades políticas - Fase I	49
Gráfico 9 - Quantidade de pós - graduados - Fase I	50
Gráfico 10 - Quantidade dos egressos com produção cultural - Fase I	51
Gráfico 11 - Quantidade dos egressos com produção científica - Fase I	52
Gráfico 12 - Gênero dos egressos - Fase II	55
Gráfico 13 - Percentual de nascimento em Belém e no interior - Egressos da Fase II	58
Gráfico 14 - Origem de nascimento - municípios do Pará – Egressos da Fase II	58
Gráfico 15 - Quantidade de pós-graduados - Fase II	61
Gráfico 16 - Quantidade de egressos com produção cultural - Fase II	62
Gráfico 17 - Quantidade de egressos com produção científica - Fase II	63
Gráfico 18 - Gênero dos egressos - Fases I e II	74
Gráfico 19 - Origem de nascimento dos egressos - Fases I e II	77
Gráfico 20 - Origem por escola - Fases I e II	77
Gráfico 21 - Quantidade de egressos por escola - Fases I e II	78
Gráfico 22 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas - Fases I e II	80
Gráfico 23 - Quantidade de egressos com atividades políticas - Fases I e II	81
Gráfico 24 - Quantidade de pós - graduados - Fases I e II	82
Gráfico 25 - Quantidade de egressos com produção cultural - Fases I e II	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantidade de egressos de medicina no Pará - 1924-2004	39
Tabela 2 - Gênero dos egressos - Fase I.....	40
Tabela 3 - Idade de formatura dos egressos - Fase I	41
Tabela 4 - Quantidade e percentual dos egressos por escola – Fase I	42
Tabela 5 - Origem de nascimento – Egressos da Fase I	43
Tabela 6 - Quantidade e percentual de egressos antes e depois de 1924	45
Tabela 7 - Quantidade e percentual de egressos no estado do Pará - Fase I	46
Tabela 8 - Quantidade de egressos por tipo de exercício - Fase I	46
Tabela 9 - Quantidade de egressos com atividades acadêmicas - Fase I	47
Tabela 10 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas - Fase I	48
Tabela 11 - Quantidade e percentual de egressos com atividades políticas – Fase I	48
Tabela 12 - Locais de realização de pós-graduação - Fase I	49
Tabela 13 - Locais de realização de pós-graduação internacional - Fase I	50
Tabela 14 - Quantidade e percentual dos egressos com produção cultural - Fase I	51
Tabela 15 - Quantidade e percentual de egressos com produção científica - Fase I	52
Tabela 16 - Gênero dos egressos - Fase II.....	55
Tabela 17 - Idade de formatura dos egressos - Fase II	56
Tabela 18 - Quantidade e percentual dos egressos por escola - Fase II	57
Tabela 19 - Quantidade e percentual de egressos no estado do Pará - Fase II ..	57
Tabela 20 - Origem de nascimento – Egressos da Fase II	57
Tabela 21 - Quantidade de egressos por tipo de exercício - Fase II	59
Tabela 22 - Quantidade dos egressos com atividades acadêmicas - Fase II	59
Tabela 23 Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas com atividades públicas e privadas - Fase II	60
Tabela 24 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades políticas - Fase II	60
Tabela 25 - Quantidade e percentual dos egressos com pós-graduação - Fase II	61

Tabela 26 - Quantidade e percentual de egressos com produção cultural - Fase II	62
Tabela 27 – Quantidade e percentual de egressos com produção científica - Fase II	62
Tabela 28 - Gênero dos egressos - Fases I e II	74
Tabela 29 Idade média de formatura - Fases I e II	75
Tabela 30 – Quantidade de egressos por escola – Fases I e II	76
Tabela 31 - Quantidade e percentual de egressos no e do Pará – Fase I e II	76
Tabela 32 - Origem de nascimento - Fases I e II	76
Tabela 33 - Quantidade de egressos com atividades acadêmicas - Fases I e II .	78
Tabela 34 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas - Fases I e II	79
Tabela 35 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades políticas - Fases I e II	81
Tabela 36 – Quantidade e percentual de egressos com produção cultural - Fases I e II	83

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMB	Associação Médica Brasileira
CCBS	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CCS	Centro de Ciências e da Saúde
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Nacional de Ensino Médico
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
DENEM	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
FEMPA	Faculdade Estadual de Medicina do Pará
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
FOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDEF	Fundo Desenvolvimento do Ensino Fundamental
FMCPA	Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SMCPA	Sociedade Médico Cirúrgica do Pará
SUS	Sistema Único de Saúde
UEPA	Universidade Estadual do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNE	União Nacional dos Estudantes

RESUMO

A partir da investigação dos egressos de medicina no Pará durante o século XX em periodização histórica que compreende, desde a criação da primeira escola médica até os dias atuais, considerando as variáveis: quantidade, gênero, idade, escolas formadoras, origem, tipo de exercício, atividades acadêmicas, políticas, culturais e científicas, constroem-se os perfis dos egressos da primeira e segunda metade do século; reconhecendo as dimensões históricas e avaliando esses perfis encontrados, analisa-se a importância das universidades no contexto institucional enquanto órgãos formadores e responsáveis pela execução de uma política pública educacional para formar profissionais cujo perfil desejado desempenhe habilidades e competências capazes de atender à sociedade.

Palavras-chave: Egressos. Políticas públicas. Médicos - Formação. Cursos de Medicina.

ABSTRACT

From the inquiry of the egresses of medicine in Pará during the century xx, in historical time frame that understands, since the creation of the first medical school until the current days, considering the variable: amount, sort, age, schools, origin, type of exercise, academics, politics, cultural and Scientifics activities. the profiles of the egresses of first and the second half of the century; recognizing the historical dimensions and evaluating these joined profiles it is analyzed of the universities in responsible institutional context while developments entities and for the execution de educational public a philosophy to form professionals whose desired profile plays abilities and abilities capable to take care of to the society.

Keywords: Egress. Public politics. Doctors - Formation. Medicine Courses.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
CAPITULO 1 DIMENSÕES HISTÓRICAS:TERRA ÁRIDA	25
1.1 PORTUGAL E EGRESSOS NO BRASIL: PRIMEIRAS SEMENTES	25
1.2 EGRESSOS NO PARÁ: FRUTOS DA TERRA	30
CAPITULO 2 PERFIS DE EGRESSOS: RECONHECER COMO FOMOS	37
2.1 FASE I.....	37
2.1.1 Quantidade.....	37
2.1.2 Gênero.....	39
2.1.3 Idade na formatura.....	40
2.1.4 Escolas de formação.....	42
2.1.5 Origem de nascimento.....	43
2.1.6 Tipo de exercício profissional.....	46
2.1.7 Atividades acadêmicas.....	47
2.1.8 Caráter público ou privado.....	47
2.1.9 Atividades políticas.....	48
2.1.10 Pós-graduação.....	49
2.1.11 Produção cultural.....	51
2.1.12 Produção científica.....	51
2.2 FASE II.....	54
2.2.1 Quantidade.....	54
2.2.2 Gênero.....	54
2.2.3 Idade na formatura.....	55
2.2.4 Escolas de formação.....	57
2.2.5 Origem de nascimento.....	57
2.2.6 Tipo de exercício profissional.....	59
2.2.7 Atividades acadêmicas.....	59
2.2.8 Caráter público ou privado.....	59
2.2.9 Atividades políticas.....	60
2.2.10 Pós-graduação.....	61
2.2.11 Produção cultural.....	61
2.2.12 Produção científica.....	62

CAPITULO 3 PERFIL DESEJADO: COMO QUEREMOS SER	65
3.1 QUANTIDADE.....	72
3.2 GÊNERO.....	73
3.3 IDADE NA FORMATURA.....	74
3.4. ESCOLAS DE FORMAÇÃO.....	75
3.5 ORIGEM DE NASCIMENTO.....	76
3.6.TIPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	77
3.7 ATIVIDADES ACADÊMICAS.....	78
3.8 CARÁTER PÚBLICO OU PRIVADO.....	79
3.9 ATIVIDADES POLÍTICAS.....	80
3.10 PÓS-GRADUAÇÃO.....	82
3.11 PRODUÇÃO CULTURAL	83
3.12 PRODUÇÃO CIENTÍFICA.....	84
CAPÍTULO 4 - APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS: CONSTRUIR O AMANHÃ	87
REFERÊNCIAS.....	104
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	109
APÊNDICES.....	110
APÊNDICE A - FICHA PARA COLETA DE DADOS.....	111
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO.....	112
ANEXOS.....	116
ANEXO A - DADOS GERAIS: EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ – FASE 1.....	117
ANEXO B - DADOS GERAIS: EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ – FASE 2.....	122

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem pouco mais de quinhentos anos, é um país de contrastes e o desenvolvimento de sua gente depende de constantes mudanças. A imensa extensão territorial colonizada inicialmente pelos europeus da península ibérica, o encontro de nações indígenas e a vinda dos negros africanos, promoveu a miscigenação de etnias e a mistura de diferentes culturas. Certamente, que a partir dessas diversidades constatadas se forjam novas gerações cujo reconhecimento do passado, a realidade do presente e a perspectiva de futuro será constituir uma civilização brasileira na América Latina.

Por isso, temas como educação e saúde, mais do que importantes, são imprescindíveis para cuidar da população crescente. A Constituição Brasileira de 1988 considera a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, para atendê-la organizou-se sob a forma leis orgânicas e do Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse contexto, pois, que se observa a tarefa a ser cumprida pelos egressos de medicina, sobretudo pelos oriundos de escolas públicas, com os seguintes questionamentos: estão os mesmos fazendo o seu papel? Qual o tipo de profissional as escolas estão formando? Os serviços e as ações disponíveis atendem a contento as necessidades da população? Como os egressos podem contribuir para o aperfeiçoamento dos processos de ensino e assistência?

Ressalte-se, desde logo, que egresso é aquele profissional que integralizou todas as etapas e atividades acadêmicas determinadas em dado projeto político-pedagógico, correspondendo satisfatoriamente às exigências estabelecidas e que foi avaliado com sucesso. Ou ainda, aquele cuja formação foi realizada em uma escola institucionalizada, e que em seu aprendizado, se levou em consideração diversos elementos constituintes dos projetos político-pedagógicos tais como: a sistematização, o tempo, os conteúdos programáticos, o currículo, as práticas, e que as avaliações pertinentes houveram por bem lhes aprovar e conferir titulação para a sua competente graduação acadêmica. Ademais, a este trabalho interessa aqueles que cursaram integralmente e concluíram os respectivos cursos médicos, ou seja, os que foram graduados e hoje atuam como profissionais.

No plano das idéias ou das orientações pode-se ainda apontar variados modelos de formação dos profissionais da medicina: um modelo tradicional restrito às áreas biológicas e um modelo clássico que incorpora as ciências sociais e positivistas. Alternativamente, Escorel (1999) vislumbra uma “teoria social da saúde,”

onde se vem construindo um novo modelo social, a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista marxista, que trava luta teórica com duas outras escolas de pensamento: a preventivista liberal e a racionalizadora técnica de matriz positivista.

Na verdade, muitas são as classificações acadêmicas e as construções teóricas que se expressam sob a forma de modelos de formação, de prática, de ensino e de assistências que se potencializam ou se antagonizam na tentativa de analisar e transformar a realidade sanitária do país. É, portanto, nesse cenário de inquietações que exige conhecimento e reflexão acerca da formação e da prática médica dos egressos – na condição de profissionais que exerceram ou que a exercem – que se ousa investigar os perfis do século XX.

Fazendo-se, pois, um recorte no complexo panorama dos programas educacionais brasileiros dedica-se especial atenção ao segmento dos egressos de saúde, em especial aos de medicina. A avaliação de egressos tem sido recomendada dentro do ideário de uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde, não só com a perspectiva da qualidade da assistência em saúde como também da formação de recursos humanos para o SUS, e mais recentemente pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). Atualmente além da avaliação das políticas institucionais, da revisão dos objetivos das escolas formadoras, dos modelos de atenção preconizados e da qualificação de professores, enfoque especial vem merecendo os concluintes dos cursos médicos.

O problema que se coloca é que se pretende responder é não somente a importância do conhecimento sobre os egressos, mas dos egressos para a formação de novos profissionais da saúde.

Acredita-se que os egressos são os mais legítimos atores da expressão da formação e pela materialização de sua prática possam fomentar o foco dos olhares dirigidos para os conteúdos dos currículos que alicerçaram a profissão que exercem e também sobre os resultados dessa atuação. Se enquanto profissionais são objeto de estudo no mundo do trabalho, na condição de ex-alunos, os mesmos não deixam de ser simultaneamente objetos de observação pelos seus comportamentos, e pelas suas opiniões sujeitos ativos nos processos de mudanças de suas escolas. Podem ainda contribuir criticamente para o entendimento dos modelos de ensino, de atenção à saúde e também no mundo do trabalho onde estão inseridos e cuja experiência servirá para sugerir as reformulações curriculares dos cursos de medicina de onde são oriundos.

O objetivo deste trabalho foi, pois, determinar os perfis dos egressos de medicina que atuaram ou atuam no Estado do Pará – desde a presença dos primeiros profissionais até os dias de hoje - para, a partir do estudo das variáveis que permitem fazer a composição de seus perfis, estimular perspectivas de avaliação envolvendo os mesmos atores egressos e que estes possam contribuir para o desenvolvimento dos cursos ora em vigência e de suas reformulações.

Ex-aluno e hoje professor, com experiência em gestão pública de saúde e preocupado com os processos de formação de novos profissionais de saúde de modo geral, e em especial dos egressos de medicina, as motivações do autor são no sentido de observar, investigar, buscar compreender e contribuir com sua pesquisa acadêmica para a dinâmica formadora de futuros profissionais na área da saúde.

Diante do desafio proposto a primeira visão que se deparou foi que, ao longo da história, a Arte e Ciência Médica podem ser estudadas e exploradas em variados enfoques. Ainda que diferentes estudos examinem a formação de médicos de modo segmentado, ora valorizando o aparelho formador, aspectos técnicos, ora sua inserção no mundo do trabalho e sua proposição geopolítico-social, a evolução da medicina, com sua transição do misticismo para ciência e seus avanços tecnológicos e descobertas hodiernas, confunde-se com o próprio ensino que se inicia na Grécia Antiga, sistematiza-se com a criação das universidades no final da Idade Média e chega, contemporaneamente, institucionalizado.

Para efeito deste trabalho, o estudo de duas fases teve como marco divisório de uma mesma periodização histórica, o ano de criação da Universidade Federal do Pará (UFPA), através da Lei nº 3.191, de 2 de julho de 1957. Segundo levantamento documental que foi possível realizar em arquivos da secretaria do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CCS/UFPA), de 1924, ano de conclusão da primeira turma de diplomados da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (FMCPA), até a turma de 2004, da UFPA, portanto aproximadamente ao longo de oitenta anos, a primeira escola médica do Pará diplomou sete mil, duzentos e quatorze médicos.

Algumas fontes são discordantes quanto ao total do que foi encontrado e mesmo diferem entre si quanto ao número de diplomados ano a ano¹. Acredita-se,

¹ As fontes são: relatório da FMCPA do ano de 1947, editado em 1948 e apresentado à Congregação pelo então diretor, Professor Lauro Magalhães; artigo de Leitão, E. G. Centro de Ciências da Saúde da UFPA, reminiscências, Anais do Simpósio sobre História da Ciência e da tecnologia no Estado do Pará, Editora Universitária, tomo I, 1987 p. 27; e o Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Deodoro de Mendonça.

contudo, que um levantamento numérico mais acurado há de ser realizado, ainda que pequenas variações quantitativas não interfiram na interpretação de sua importância histórica.

Com o propósito de inserir na avaliação um novo elemento que é aquele que, apesar das facilidades e dos desafios conseguiu concluir um curso de medicina, buscou-se inicialmente determinar o universo a ser pesquisado e que foi limitado no século XX, considerando a presença dos primeiros médicos, a formação dos primeiros médicos paraenses em 1924, até a turma de 2004 da UFPA, o que perfaz um intervalo que se entende representativo para ser estudado.

O universo real será sempre maior do que o universo estudado. Assim, o estudo realizado considerou aritmeticamente médicos da primeira e da segunda metade do século XX. Na amostra estudada² não foram contabilizados os egressos formados pela Faculdade Estadual de Medicina do Pará (FEMPA), de 1971 até 1993, depois pelo Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará (UEPA), de 1993 em diante. Portanto, embora se contabilize o número de egressos do Pará, a quantidade estudada admite entre os egressos da Fase I a participação de médicos formados fora – na condição de egressos *no Pará*. Porém, para a compreensão da periodização histórica, todos serão egressos *no Pará*, o que justifica e determina o título do presente trabalho.

Mais importante será enfatizar a periodização histórica que compreende estudar os egressos no Pará no século XX, independente de terem nascido no Estado do Pará, ou não; e não obstante serem formados por escolas do Pará, ou não. Portanto, historicamente, se deve compreender como um olhar sobre os perfis dos egressos em medicina no Pará ao longo do século XX.

Conforme se procurou demonstrar, a quantidade total de egressos no período abordado foi de 7.214 egressos e para tão-somente facilitar a organização didaticamente se estabeleceu como marco divisório o ano de 1957 (inclusive na Fase I), que o separa da Fase II (de 1958 em diante).

Determinou-se que a amostra pesquisada de cada Fase seria de setenta egressos. Donde a somatória das duas fases totaliza uma amostra de cento e quarenta egressos. E por que marco divisório o ano de 1957? Porque

² Embora o universo estudado contabilize a totalidade dos egressos em duas fases, Fase I e Fase II, há que se alertar que, nem sempre os egressos da Fase I serão egressos *do Pará*, isto é, dentre eles há egressos formados no exterior e em outras escolas nacionais. Mais adiante far-se-á o detalhamento quanto as suas origens de nascimento e escolas de formação. Quanto aos egressos da Fase II, a totalidade, além de ser nascida *no Pará*, é, também, egressa *do Pará*, quer dizer, todos formados pela escola do Pará.

correspondente ao ano de criação da UFPA, através da Lei nº 3.191, de 2 de julho de 1957. A partir do marco divisório foi o universo constituído de duas fases: uma antes de 1957 e outra depois, que passar-se-á a tratá-las de Fase I e Fase II, respectivamente.

Para ouvir a voz dos egressos da Fase I, realizou-se extensa investigação de suas biografias em livros, crônicas, jornais e até informações de familiares³, para o preenchimento das fichas de dados (ANEXO A).

Para ouvir a voz dos egressos da Fase II, aplicou-se, como instrumento para coleta de dados, um questionário (ANEXO B) onde se procurou enfatizar e padronizar os dados de interesse, tudo em razão da qualidade da informação.

Em busca da uniformização dos dados se perseguiu um padrão definido e disciplinado que, ainda em contextos e tempos diversos, pudesse facilitar a posterior análise crítica.

Há que se chamar atenção reiteradamente porque embora o estudo tenha um marco divisório e faça referências a datas e leis e acontecimentos, evidentemente, que para maior compreensão tem que se levar em conta a perspectiva de análise sobre uma periodização histórica, muito mais importante e sempre de maior relevância do que qualquer dado cronológico isolado.

Determinou-se, então, selecionar as variáveis específicas que deveriam ser objeto de investigação. E para cada variável específica foram definidos critérios, considerando que as mesmas se atribuem valores quantitativos e qualitativos, independente da contextualização ou fase, e cujo protocolo concorresse para sua confiabilidade e exatidão. Assim se definiu que as variáveis específicas seriam: quantidade, gênero, idade na formatura, escolas de formação, origens, tipo de exercício profissional e seu caráter privado ou público, atividades acadêmicas e de pós-graduação, políticas, culturais e científicas.

Importou saber quais os primeiros egressos de medicina que praticaram no Pará, qual o número desses egressos com relação a população, nas fases estudadas, e que somadas as amostras parciais, a amostra total, fosse de cento e quarenta.

Identificou-se os egressos quanto ao gênero e observou-se que no início do século absurdas relações de desproporcionalidade ou predominância do sexo

³ Depoimentos valiosos prestados pelos médicos Carlos Eduardo Lima Barreto e Maximiliano Pingarilho acerca de egressos pesquisados.

masculino sobre o feminino. Entretanto, a partir dos anos sessenta se estabelece grande equilíbrio entre homens e mulheres. Neste item não se considerou a etnia, a raça, a cor e nem a religião, dando-se ênfase ao tipo de sexo.

Tendo com referência o ano de nascimento e o ano de formatura, se procurou revelar com qual idade iniciaram o curso, qual o tempo de duração e qual a média de idade na sua conclusão.

Devido à inexistência de escola médica no Pará antes de 1919, haveria de se supor que os egressos que praticaram a medicina foram formados em outros países e outros Estados. Com a obtenção dos dados verificou-se a consistência dessa suposição. Quantos foram esses egressos? Quais foram essas escolas? Interessou nesta questão saber da origem – local de nascimento - desses egressos, se brasileiros ou estrangeiros, se advindos das capitais ou de outros estados da federação ou mesmo se dos municípios interioranos.

Dentre os egressos pioneiros predominou a prática da clínica geral sobre as especialidades e investigou-se quantos desses egressos se dedicaram ao respectivo atendimento generalista, especialista e quantos desses conjugavam os dois tipos de prática. Os dados que permitiram decodificar as informações foram correlacionados com a disponibilidade de profissionais e suas bases de formações técnicas. Outro aspecto que despertou interesse foi entender qual o caráter deste exercício, se no âmbito público ou privado, ou nos dois. Neste particular interpretou-se que o exercício de egressos no serviço militar independente de sua ligação à Marinha, Exército ou Aeronáutica, foi considerado sempre público. Aqui se procurou diferenciar também a prática em clínicas exclusivamente privadas e particulares ou em hospitais públicos, onde classificamos os serviços municipais, estaduais e filantrópicos.

Quantos se dedicaram às Atividades Acadêmicas, ou seja, quantos foram os pesquisadores e professores? Buscou-se evidenciar se houve representatividade significativa dentre os egressos manifestada pela atividade retransmissora de conhecimentos e formadora de novos egressos. Explicitou-se o percentual daqueles que, além de médicos, foram ou são professores.

Adotou-se como critério para considerar as atividades políticas efetivas a filiação partidária, o exercício de cargos públicos, por delegação ou eleição, quais sejam de especificação executiva (chefes de departamento, diretores, secretários de governos, prefeitos, governadores), seja legislativa (os que foram ou são vereadores, deputados, senadores) e judiciária (procuradores, juízes).

Quanto à realização de estudos de pós-graduação, se investigou se os mesmos foram realizados ou não. Se o foram, em que local no caso de egressos da Fase I, ou se simplesmente se foram realizados, considerando-se: estágio, especialização, residência, mestrado e doutorado, para os egressos da Fase II.

Na produção cultural interessou saber qual o percentual de egressos que, além das atividades profissionais médicas, produziu cultura no que diz respeito aos campos da literatura, da música, do teatro, da pintura, do jornalismo e das artes plásticas. Nesta variável o critério estabelecido como referencial foi a publicação dessas referidas produções.

A produção científica foi determinada, independente do exercício do magistério e da dedicação concomitante da prática profissional com atividades acadêmicas, investigando-se a contribuição científica registrada oficialmente, adotando-se como parâmetros de inclusão a edição de artigos, casos clínicos e ensaios divulgados em revistas científicas, dissertações, e a publicação de teses e livros.

O encaminhamento metodológico que a pesquisa se coloca passou pela definição da configuração epistemológica a análise de referenciais teóricos que orientou as ações de estudo e o delineamento das etapas que se concretizaram. A ênfase foi dada numa visão processual, isto é, naquilo que ocorreu e vem ocorrendo, nas práticas e nas condutas, além das inter-relações que se vivenciaram em seus espaços de vida e de trabalho e numa perspectiva de periodização histórica. O olhar deve incidir, pois, sobre o *estar sendo*, e não somente sobre os produtos ou resultados quantitativos alcançados. Dessa maneira há maiores possibilidades de se concretizar aproximações conclusivas mais significativas, que permitam apontar importantes elementos que possam subsidiar revisões e planejamentos futuros.

O estudo está organizado em três capítulos: o primeiro cuida das dimensões históricas dos egressos de medicina no Brasil e no Pará, portanto desde a formação das escolas médicas portuguesas, a chegada da frota de Cabral, os primeiros anos de colônia e império com a predominante atuação dos Físicos; comenta a chegada de D. João VI, em 1808 e a criação das Escolas de Medicina de Salvador e do Rio de Janeiro; trata também dos egressos de medicina no Pará – e aqui cabe importante observação – porque o que se vai abordar são amostragens de egressos no Pará, ou seja, aqueles cuja investigação permite assegurar que tiveram e têm efetivamente atuação no Estado e não obrigatoriamente dos egressos do Pará, que se podem interpretar como aqueles formados pelas escolas paraenses. Vale

ressaltar que no contexto dos primeiros anos do século XX, a primeira escola médica no norte do Brasil e oitava nacional será a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, fundada em 1919.

O segundo capítulo trata efetivamente dos perfis construídos a partir das informações obtidas. Faz-se abordagem acerca dos dados quanto ao gênero, origem geográfica, idades médias no tempo da formatura, escolas de formação e, também, quanto ao tipo de exercício praticado, se na clínica privada ou no setor público, qual o grau de aperfeiçoamento após a graduação, suas participações na academia ou na vida política, e também acerca de suas produções científicas e culturais.

Esses dados foram obtidos como respostas às perguntas elaboradas na pesquisa exploratória onde procurou-se descobrir e saber a partir deles quais as informações que se configuram capazes de revelar como foram as atuações dos egressos de medicina no Pará. Na busca empreendida classificou-se pelo menos dois perfis – um da primeira e outro da segunda metade do século XX - para melhor compreensão de suas participações na vida e na história da sociedade.

O capítulo terceiro tece considerações sobre avaliação e formação de egressos como fundamento científico para a construção de um perfil desejável e que seja capaz de responder as expectativas da sociedade; por fim, nas aproximações conclusivas consideram-se a formação e a prática médica no contexto nacional onde se procura evidenciar os principais aspectos de interesse da universidade com órgão formador e que, para reafirmação de sua missão institucional, haverá de considerar as dinâmicas e perspectivas históricas, e os produtos de avaliação para a atualização de seu vigor acadêmico e as diversas visões e dimensões como importantes contribuições para reformas e revisões de projetos político-pedagógicos com a participação de todos os atores, dentre eles os egressos, para a proposição de uma política pública de educação em saúde, além de se fazer as devidas referências que fundamentam o presente trabalho.

CAPÍTULO 1 – DIMENSÕES HISTÓRICAS: TERRA ÁRIDA

1.1 PORTUGAL E EGRESSOS NO BRASIL: PRIMEIRAS SEMENTES

Neste primeiro trata-se das dimensões históricas que influenciam a presença dos primeiros egressos de medicina no Brasil colônia e depois no Pará, onde se aborda a chegada dos primeiros profissionais, os primeiros egressos paraenses e também a criação das primeiras escolas médicas, para que a partir das dessas dimensões e da contextualização, se possa iniciar a discussão da saúde compreendida em significados e conceitos, a importância das políticas públicas, as missões institucionais, os Cursos e os perfis.

Em primeiro de Março de 1290, D. Denis funda a Universidade de Estudo Geral Portuguesa, em Lisboa (BRITO, ROCHA, GUIMARÃES, 1952). Com efeito, fundada em Lisboa (FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, 1997) depois de diversas transferências entre Coimbra e Lisboa, durante os séculos XIV e XV, em 1537, por ordem de D.João III, transfere-se a universidade de Lisboa para Coimbra, onde permanece até hoje.

Já nessa época do século XVI se pode observar a institucionalização dos cursos de Medicina posto que, observados importantes elementos constituintes, quais sejam: uma escola legal e ritualisticamente formalizada por determinação do Rei, o que lhes confere institucionalidade, com objetivo definido de formar bacharéis, licenciados e doutores e a sistematização por turmas. Outros aspectos que abordar-se-á mais adiante são: a organização, o tempo, os conteúdos programáticos, as avaliações e as titulações.

Exige-se então o tempo de três anos para sair aprovado em *Bacharel em Artes e em Medicina*, quatro anos para *Licenciado em Artes e em Medicina*, e cinco anos, mais a defesa de “conclusões magnas”, para ser *Doutor em Artes e em Medicina*.

Os conteúdos programáticos têm com pré-requisito Gramática e Lógica. Na cadeira “De Prima” estudam-se os postulados de Galeno, na “De Véspera” os tratados de Hipócrates, onde exploram-se os ensinamentos de gregos e árabes, além da prática em anatomia. Após os conteúdos programáticos serem lidos e ministrados pelos professores que eram chamados de “lentes” e serem averiguadas as práticas em dissecções anatômicas feitas em carneiros, posto que a Inquisição proibia cirurgias e o estudo em cadáveres humanos, certamente que os alunos eram

avaliados, e submetidos a juntas, que hoje chamaríamos de bancas examinadoras, expondo suas conclusões magnas, que hoje seriam as dissertações e as teses, e somente após o que poderiam ser os alunos titulados e referenciados como egressos.

Posteriormente a habilitação para os exercícios profissionais dependia-se da autorização da igreja ou das juntas protomedicatas delegadas pelo rei, para enfim passarem a ser considerados profissionais. Entenda-se, pois, que a titulação é atribuição de competência enquanto que habilitação é autorização para o exercício profissional.

Portanto, na gênese da formação de egressos identifica-se uma gradação correspondente ao acúmulo de conteúdos ministrados. Depois de aprovado em Gramática e Lógica, o aluno matriculava-se no curso médico. Após três anos, se aprovado, saía *Bacharel em Artes e em Medicina*. Cursando mais um ano obteria o título de *Licenciado em Artes e em Medicina*, e o grau de *Doutor* recebe-se depois de cumpridos os cinco anos de estudos, e a pertinente defesa de “conclusões magnas”, se aprovado.

Mestre João, *Bacharel em Artes e em Medicina*, cirurgião de D. Manuel I, rei de Portugal, físico e astrônomo da armada descobridora de Pedro Álvares Cabral, foi o primeiro europeu, egresso de escola médica, a pisar em terras brasileiras. Passou poucos dias e logo partiu rumo às Índias.

Licenciado ou Bacharel, modo geral eram os egressos chamados de *Físicos*. Os poucos físicos que exerceram a profissão no Brasil nos primeiros tempos foram quase todos licenciados de Coimbra ou das escolas Castelhanas, como Salamanca e Valladolid (SANTOS, 1977).

Considerada indigna dos *Físicos*, durante séculos foi a cirurgia exercida por gente de baixa condição social, pois não passava de um ofício manual e, por isso mesmo servil. O indivíduo empregava-se como criado e auxiliar de um profissional nos misteres da Arte que então se praticava. Aprendia a sarjar, sangrar, lançar ventosas e sanguessugas, aplicar clisteres, escalda-pés e semicúpios, extrair balas, arrancar dentes, tratar doenças dos olhos, fazer barba e cabelo, daí ser alcunhado também de “cirurgião-barbeiro”. Somente em fins do século XVII é que se começou a diferenciar as práticas entre os cirurgiões-barbeiros e os barbeiros.

Não se deve, contudo, confundir o cirurgião-barbeiro com o cirurgião-diplomado, isto é, aquele geralmente Físico e Doutor, oriundo de escola médica. Outro termo usual é o de cirurgião-mor, que tão-somente identifica o cirurgião destacado

pelo Reino para assistir aos regimentos ou batalhões aquartelados nas principais vilas das capitanias e cidades. Quando havia um segundo cirurgião, era dito “segundo” ou cirurgião-ajudante. Ambos nem sempre de formação acadêmica comprovada.

Em 1559 tornou-se obrigatória a freqüência às enfermarias pelo período de dois anos, além do exame realizado por comissários ou delegados do cirurgião-mor do reino ou pela Junta do Protomedicato⁴ para concessão de carta ou licença para cirurgião-aprovado, ainda assim para praticar a medicina onde não residissem Físicos, e somente em fins do século XVII é que se começou a evidenciar as diferenças e as práticas entre cirurgiões-barbeiros e os barbeiros. E somente alguns anos mais tarde, com o surgimento da anestesia no século XIX, a medicina haveria de superar séculos de brutalidade e a cirurgia passaria a ser vista como uma prática nobre.

Antes mesmo da chegada dos portugueses ao Pará, informa Santos (1977, não paginado):

Quando em 1614, as forças de Jerônimo de Albuquerque sitiavam o invasor La Ravardière, em São Luís do Maranhão, Mr. De Lastre, cirurgião do chefe francês, durante um armistício, humanitariamente, dirigiu-se ao campo luso-brasileiro para tratar dos feridos desprovidos de qualquer assistência. Como refém, em seu lugar, permaneceu em São Luís, o filho de Jerônimo de Albuquerque, Matias de Albuquerque.

Num desabafo, muito de seu desabusado feitio, o bispo do Pará, D. Frei Caetano Brandão, escreveu em fins do século XVIII que “é melhor tratar-se a gente com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto, do que com um médico de Lisboa”. Murmurava-se que nesse tempo⁵, dois físicos, sete cirurgiões-aprovados e seis boticários, apenas, atendiam aos onze mil habitantes de Belém do Pará. O que aponta para enormes necessidades da população e imensa carência de profissionais.

No início do século XIX Napoleão Bonaparte dominava o continente, e a Inglaterra o mar. Se o Rei se opuser à exigência de Napoleão, este invadirá Portugal. Se o rei se opuser à Inglaterra, esta bloqueará o mar. Na corte formavam-

⁴ Instituídas pela lei de 17.06.1782, as Juntas do Protomedicato eram compostas por deputados, todos físicos e cirurgiões, mais secretários e porteiro, destinavam-se a zelar pela saúde e combater o curandeirismo. Na verdade referendavam os diplomas e conferiam habilitação profissional. (ESAGUY, 1960).

⁵ O ano é 1783. Consultando Carvalho (1922) é possível que os dois médicos a quem o bispo do Pará se referia fossem José Gomes dos Santos, português, formado em Montpellier, na França e Agostinho João Printz, alemão, embora no mesmo ano – 1783 – tenha chegado de Lisboa para Belém o cirurgião Feliciano Ramos Bentes.

se dois partidos, o pró-França e pró-Inglaterra. Quando Junot, em marcha acelerada, chega aos limites de Lisboa, a Família Real embarca apressadamente com toda a nobreza, a magistratura, o clero, os generais, quinze mil pessoas e duzentos milhões de cruzados, e sob a proteção da frota inglesa, atravessa o Atlântico rumo ao Brasil.

É preciso uma guerra para que pela primeira vez em três séculos um membro da casa de Bragança pise em solo colonial do novo mundo, e quem o faz é D. João VI, o próprio rei de Portugal.

O Vice-rei e o mordomo estão impacientes e sentem-se em sérias dificuldades. A cidade da Bahia de São Salvador e o Rio de Janeiro não têm palácios, não há acomodações suficientes para receber hóspedes tão importantes e corte tão numerosa. Mas o povo, cheio de entusiasmo, recebe o monarca e em gritos de júbilo o aclama “imperador do Brasil”, pois, instintivamente sente que um soberano que, como fugitivo procura proteção neste país, não poderá jamais no futuro tratá-lo como colônia.

De fato, pouco depois da chegada da família real caem as barreiras restritivas, abrem-se os portos ao comércio mundial, dá-se liberdade à produção industrial, estimula-se a fabricação de manufaturas, cria-se um banco – o Banco do Brasil – monta-se uma Imprensa real, permite-se a publicação de um jornal. O rei manda abrir praças, largos, altera-se o aspecto urbano, mas também a vinda de pesquisadores da França e da Áustria vão modificar a visão cultural, pois, só a partir dessa época é que possuímos verdadeiros quadros e gravuras do Rio de Janeiro, o início de estudos científicos e a impressão de descrições sobre o Brasil. Surgem as instituições que haveriam de fazer do Rio de Janeiro uma verdadeira capital. Organizam-se o Jardim Botânico, os Museus e são criadas as Escolas de Medicina de Salvador e do Rio de Janeiro.

Há que se resgatar que pouco mais de meio século atrás, com a ascensão do Marquês de Pombal – Sebastião José de Carvalho e Melo – ao poder (1750), no bojo da implantação de seu projeto político liberal, portanto contra a força da igreja e a tradição monárquica, o mesmo empreendeu reformas econômicas, comerciais e culturais. Em 1772 promoveu a Reforma do Ensino português, onde se incluía a universidade de Coimbra com a imposição de novos estatutos propostos pela Junta da Providência Literária, formada por homens de sua confiança e com claro objetivo de “restaurar as ciências e as artes liberais nestes reinos” (DIAS, 1953) e que fez publicar o relatório “Compêndio histórico do estado da Universidade de Coimbra no

tempo da invasão dos denominados jesuítas e dos estragos feitos nas ciências e nos professores e nos diretores”. Como se vê, desde o título, o relatório já se constitui em verdadeiro libelo contra os jesuítas.

Pela reforma pombalina, além das cadeiras já existentes – medicina, leis, cânones e teologia –, foram criadas as de matemática e filosofia. Entretanto, importantes modificações foram feitas no currículo médico onde se passava a exigir do aspirante saber falar latim, ter conhecimento do grego, de filosofia moral e racional, além de francês ou inglês. Criaram-se novas disciplinas: obstetrícia, terapêutica e inclusive cirurgia, que tinha como requisito de prática o estudo de anatomia que antes em animais doravante passava a ser feito em cadáveres humanos. O Marquês de Pombal aposentou os antigos lentes e contratou novos professores, inclusive estrangeiros; expulsou os jesuítas dos domínios de Portugal, confiscou seus bens e os expropriou de seus colégios transformando-os em hospitais.

Então, quando em 1908, são fundadas as escolas de Salvador e do Rio de Janeiro, as mesmas já nascem sob a égide das modificações implementadas pelo Marquês de Pombal, o que não significa afirmar que completamente libertadas das influências da igreja e em especial dos jesuítas que durante dois séculos e meio com a presença de suas missões catequéticas e interferências artísticas, educacionais e comerciais, mantiveram o domínio e hegemonia cultural pelo menos nos dois primeiros séculos e meio da história do Brasil.

Há que se destacar também outra informação que se configura relevante quanto à gênese das escolas médicas brasileiras, para melhor compreender o modelo de ensino proposto, que é o fato de a maioria das escolas nascerem ligadas a uma Santa Casa de Misericórdia. Sendo as Santas Casas instituídas com o objetivo cristão assistencial, de atender os “desatendidos”, sobretudo, pobres e indigentes, e as escolas médicas com o objetivo primordial de ensino. A somatória de objetivos acaba por congrega a integração entre assistência e ensino que se vai inserir na cultura de formação dos egressos e preparar profissionais para oferecê-los à comunidade, a partir da criação de escolas de medicina.

Logo, pode-se observar que a escola médica brasileira vai formar os primeiros egressos sobre influência da escola portuguesa, com sua transição política do modelo jesuítico para um modelo liberal, sem, contudo perder o humanismo e as preocupações comunitárias.

Então, o ensino médico no Brasil começou com a chegada da família real portuguesa em 1808. Menos de um mês depois de ter desembarcado em Salvador, por determinação de D. João VI, foi criada naquela cidade a primeira Escola de Medicina no Brasil. Conforme Gonçalves (2002) o documento que pode ser considerado como a certidão de nascimento do ensino médico no Brasil tem o seguinte teor⁶:

Ao Ilustr. Excel. Sr. Conde da Ponte.
 O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o Doutor José Correa Picanço, Cirurgião-mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobredito Cirurgião-mor a escolha dos professores, que não só ensinam a cirurgia propriamente dita, mas a Anatomia como base essencial dela e a Arte Obstétrica tão útil como necessária, o que participo a V. Excia. Por ordem do mesmo Senhor para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo que for promover este importante Estabelecimento. Deus guarde a V. Excia.
 D. Fernando José de Portugal e Castro.
 Ministro do Senhor Príncipe Regente.
 Bahia, 18 de Fevereiro de 1808.

Após curta permanência em Salvador, a família real chegou ao Rio de Janeiro em 8 de março de 1808. Poucas semanas depois, o Príncipe Regente determinava a criação de outra escola médica⁷. Durante, pois, o século XIX, Salvador e Rio de Janeiro foram sedes das escolas médicas brasileiras. Apenas em 1898, era criada outra escola, em Porto Alegre. E os primeiros anos do século XX viram nascer outras escolas de medicina: Curitiba (1912); São Paulo (1913); Belo Horizonte (1918), Belém (1919) e Recife (1920).

1.2 EGRESSOS NO PARÁ: FRUTOS DA TERRA

Ao se estudar a história dos egressos em medicina no Pará afirme-se que a mesma tem como importantes precursores o pajé, o catequista e o babalorixá. Antes da chegada dos portugueses em 1616, o território era ocupado por índios

⁶ Transcrição de monumento existente na Faculdade de Medicina da Bahia (a primeira do Brasil) Terreiro de Jesus

⁷ Nasceram as primeiras com os nomes de Escola Anatômica Cirúrgica e Médica de Salvador e do Rio de Janeiro. Através de alvará, em 01.04.1813, o Rio de Janeiro. E por carta régia, em 29.12.1815, Salvador, foram transformadas em Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro e da Bahia. Mas foi somente com o decreto de 03.10.1832, que passaram a ser denominadas de Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e Faculdade de Medicina da Bahia.

tupinambás. Mais do que o cacique - o médico - feiticeiro, o médico – místico - , o pajé tinha o domínio das forças da natureza e do espírito. Com a chegada dos missionários católicos - em especial os jesuítas - é notório que trouxeram para o novo continente algumas práticas da medicina europeia eivada de conhecimentos hipocráticos e galênicos.

Entretanto, somente após a ação do padre Antônio Vieira, que propunha que o negro africano, deveria ocupar o lugar escravo do índio, nos trabalhos da lavoura, “afinal, o negro fora escravo em todos os tempos e já o era entre os seus” (SALLES, 1971) é que aumentou a introdução do negro africano, sobretudo de Angola, entre nós.

Então, outra influência a ser considerada é a presença do negro, com suas credences, beberagens e defumações, orientadas pelos seus sacerdotes, que eram chamados babalorixás. Reis (1945) relata que “em 1637, entre seus duzentos moradores, Belém tinha muitos escravos”.

Embora os religiosos sejam os representantes de uma ciência europeia empírica pré-cartesiana, não se deve esquecer as influências culturais e místicas dos nativos e dos negros e que, com eles os próprios missionários também muito aprenderam e se puseram a difundir as drogas do sertão, a partir das enfermarias e das boticas de seus colégios.

Em 1655 esteve em Belém a Comissão Demarcadora de Limites, enviada pelos reis de Portugal e Espanha, para fixarem a divisão das terras de Portugal e de Castela. Acompanhando esta comitiva estiveram em Belém os médicos Daniel Paneli, Antônio Matos e Domingos Sousa. Talvez tenham sido esses os primeiros egressos de medicina a pisarem em território do Grão Pará. Entretanto, apenas transitaram por Belém, sem nenhuma participação na vida da cidade.

Consta que a Câmara do Senado do Pará enviou carta ao rei D. João, em 16 de agosto de 1721, pedindo que o mesmo intercedesse a persuadir algum médico para vir prestar assistência à população que vinha crescendo. Segundo Carvalho (1922), “o primeiro médico mandado pela coroa para clinicar em Belém, foi o Dr. Antônio Caldeira Sardo Villa Lobos”. Veio da corte o Dr. Antônio e após cinco anos de iniciar o seu trabalho de clínico junto à população escreveu a D. João, o fiador de seu compromisso, reclamando contra a Câmara do Senado que não havia honrado a palavra assumida, nada lhe pagando de honorários. A injustiça foi reparada graças à intervenção do rei: “pagueis, com efeito, ao suplicante os ordenados que tiver vencidos e por vencer”. Entre 1656 e 1732, os documentos não mencionam a

existência de outros facultativos no Pará. Manoel Barata cita a presença de Manoel Inácio de Andrade em 1751, João Almeida em 1753 e Alexandre R. Ferreira, médico e naturalista, em 1783 (CRUZ, 1973).

Dada a falta de escolas de Medicina e Cirurgia na Amazônia e no Brasil, é provável que todos os egressos que aqui praticaram medicina nos séculos XVII e XVIII foram advindos de escolas estrangeiras. Mas o número desses cirurgiões e médicos foi pequeno. Em 1783, apenas dois físicos e sete cirurgiões aprovados e seis boticários atendiam a uma população de onze mil habitantes em Belém (GAMA, 1970b).

A partir de Marcelino José Cardoso nota-se a presença de alguns médicos paraenses que, egressos de escolas do exterior e mais tarde do Brasil, retornam a Belém onde passam a clinicar. Apesar de sementes que germinaram em áridas terras estrangeiras, foram na verdade os primeiros frutos da terra e que aqui haveriam de florescer. Cite-se como exemplos Francisco da Silva Castro e Joaquim Frutuoso Pereira Guimarães, formados na Bélgica; José da Gama Malcher, na Bahia; Augusto Thiago Pinto, no Rio de Janeiro; José Ferreira Cantão, na Bahia, dentre outros que hoje são reconhecidamente homenageados com seus nomes em ruas e travessas da cidade de Belém.

Diversos autores como Licurgo dos Santos, Manoel Barata, Domingos Antônio Rayol, e Carvalho, fundamentam a informação de Meira (1986), "o mais antigo médico nascido no Pará e que exerceu a medicina em Belém e participou ativamente da vida política na província, foi o Dr. Marcelino José Cardoso".

Nasceu Marcelino José Cardoso, em 1797, na Fazenda Bom Jardim, na ilha do Marajó, filho do coronel Anastácio José Cardoso e dona Maria Helena Cardoso. Aos dezoito anos embarcou para Portugal e, em junho de 1825, recebeu o grau de doutor pela Faculdade de Medicina de Coimbra. No ano seguinte retornou a Belém e cuidou logo de exercer a sua profissão. Em 1835 foi eleito deputado à Assembléia Legislativa, mas não chegou a assumir, pois a província estava convulsionada pela Cabanagem⁸. Esta assembléia, a primeira do poder legislativo do Pará, e que só foi instalada em 1838 por conta do movimento político, teve como primeiro presidente o Dr. Marcelino José Cardoso que inaugura também a presença dos egressos de medicina na vida política do Pará.

⁸ Movimento político e revolucionário que ocorreu entre os anos 1835 e 1840 no Pará, quando se instalaram governos populares contra os governos oficiais. Para Prado Junior (1980) "a Cabanagem foi um dos mais, senão o mais notável movimento popular da história do Brasil".

No final de 1918 alguns membros da Associação Científica do Pará, mantenedora da Escola de Odontologia, que era particular e funcionou desde 04.07.1914, procuraram o ilustre médico paraense, Camilo Salgado, egresso da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1896, e apelaram ao seu espírito elevado e ao seu legítimo prestígio na classe médica para que pudesse ser realidade a criação de uma Faculdade de Medicina, cuja direção lhe foi oferecida. Camilo Salgado amparou francamente a idéia, tomando-lhe à dianteira apenas declinando seu nome como diretor e apontando para tão elevado cargo o acatado Barão de Anajás, que se emocionou ao benéfico empreendimento, ficando então o médico Camilo Salgado como vice.

Constituído o corpo docente dos elementos de maior realce do meio médico, em maio de 1919, foi instalada – oficialmente - a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, em sessão solene realizada no salão nobre do Ginásio Paes de Carvalho sob patrocínio de Lauro Sodré, então governador do Estado e com um discurso pronunciado pelo médico Acilino de Leão. Do ato consta um documento que o Instituto Histórico do Pará tomou ao seu arquivo (REVISTA PARA MÉDICO, 1922) No ano seguinte se instala no Largo de Santa Luzia.

Em pouco mais de um ano, caminhando promissora, a Faculdade se desligou da Associação Científica do Pará e passou a ser administrada pelo seu corpo docente. Não obstante ter o apoio do governador, nasceu como sociedade civil, escola particular, com pagamento de matrícula, mensalidades e taxas.

Em 04.09.1924 é equiparada as Faculdades Oficiais através de Portaria do Ministro da Justiça e Negócios Interiores e saem os primeiros egressos que foram: Antonio Magno e Silva, João José Teixeira, Biannor Martins Penalber e Matheus Lydio Pereira de Souza (turma de 1924) e, no ano seguinte, Antonio Siqueira Mendes, Hippolito Carelli, Antonio Ferro e Silva e Aristóteles de Mattos Fernandes (turma de 1925).

Até 1924 estima-se que os médicos que exerciam a profissão no Pará eram 105. Alguns filhos da terra, mas formados no exterior, no Rio ou na Bahia, e a maioria estrangeiros (GAMA, 1970a).

De 1924 até 1949, a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará formou 385 egressos. Alguns aspectos se podem destacar porque apesar de paga havia sempre um rigoroso exame de seleção tanto para entrar como exigências curriculares para sair, ou seja, o número de matriculados era sempre maior do que os que chegavam a ser admitidos, e menor ainda o número de concluintes, muitos ficavam pelo meio

caminho; a formatura diferenciava Bacharéis e Doutores, ou seja, os que concluíam o curso eram os Bacharéis, e aqueles que, além de concluir, defendiam teses diante de uma banca examinadora, os Doutores, em franca herança da escola médica portuguesa.

De 1924 até 1969 a FMCPA diplomou 1.091 médicos. Desses 662 permaneceram na Amazônia, o que representa 60%, os demais 429, ou seja, 40% distribuíram-se pela Amazônia e pelo resto do Brasil. A contar de 1924 apenas 32 médicos vieram de outros pontos do Brasil para o Pará, e poucos foram os filhos da terra que se diplomaram em outras escolas que não a paraense.

Na história do ensino médico no Pará destacam-se cinco importantes marcos:

- 1) Fundação da FMCPA (primeira escola médica), em 09.01.1919;
- 2) Federalização da FMCPA, em 03.01.1950;
- 3) Criação da UFPA, em 02.07.1957;
- 4) Fundação da FEMPA (segunda escola médica), em 29.01.1971; e
- 5) Criação da UEPA, em 18.05.1993.

A iniciativa da fundação da Escola de Medicina do Largo de Santa Luzia reveste-se de singular importância porque se tratava da criação da oitava escola de medicina no Brasil⁹ e a primeira na Amazônia, após mais de um século de que as pioneiras – Salvador e Rio de Janeiro – tinham sido fundadas. Empreendimento pioneiro, fruto do ideal dos primeiros médicos paraenses que formados em escolas do exterior, da Bahia ou do Rio de Janeiro, conseguiram proporcionar aos jovens das gerações seguintes a possibilidade de se fazerem médicos estudando numa escola da terra.

Porém, segundo Beckmann (2002) “a federalização da FMCPA se constituiu em momento áureo do Diretório Acadêmico de Medicina”. O movimento de protesto dos estudantes foi desencadeado em fins de 1946, em decorrência do aumento de taxas previstas para 1947, inclusive com alteração do sistema de cobrança não mais mensal, mas em quatro parcelas bimestrais.

No IX Congresso Nacional de Estudantes, realizado em 1947, foi apresentada pelo então estudante e presidente do Diretório Acadêmico de Medicina Jean Chicre

⁹ De acordo com GONÇALVES (2002) Em 1808, Salvador e Rio de Janeiro (1ª e 2ª), em 1898 Porto Alegre (3ª); 1912 Curitiba (4ª) e outra escola no Rio de Janeiro (5ª); em 1913 São Paulo (6ª); 1918 Belo Horizonte (7ª); 1919 Belém (8ª) e 1920 Recife (9ª).

Miguel Bitar, e aprovada a tese “Federalização da Faculdade de Medicina, necessidade vital do vale amazônico¹⁰”. Para conseguir o nobilíssimo objetivo os estudantes, além dos confrontos e das mobilizações, estiveram até em audiência com o presidente da República, Eurico Gaspar Dutra.

Posteriormente o projeto foi apresentado pelo Deputado Federal paraense, Deodoro Machado de Mendonça, e finalmente aprovado e sancionado em Lei n. 1.049, de 3 de janeiro de 1950. A federalização significou a transformação de uma escola que nasce como sociedade civil e privada, em escola pública e gratuita.

Em 1957 é criada a Universidade Federal do Pará pela Lei n. 3.191, de 02.07.1957, a partir da união das Faculdades de Direito, Medicina, Odontologia, Enfermagem, Farmácia, Ciências Econômicas e Contábeis, Filosofia e Ciências e Letras. Sendo então incorporada à UFPA, a FMCPA, inicialmente mantém-se com o nome de Faculdade, mas, após a reforma universitária empreendida durante o governo militar, pelo Decreto n° 65.680, passa a ser tão-somente Curso de Medicina, integrante do Centro Biomédico, que em mais adiante mudará sua denominação para Centro de Ciências da Saúde, da UFPA, que também abrigará os cursos de Enfermagem, Farmácia, Nutrição e Odontologia. É possível que a troca de denominação motive em alguns egressos da “velha faculdade” o sentimento de perda de identidade ou quebra de tradição.

A segunda escola médica do Pará – Faculdade de Medicina do Estado do Pará – “foi instituída pelo Decreto n. 68.145, de 29 de julho de 1971, e implantada em ato solene no Hospital dos Servidores em 12 de março de 1971, com a presença do governador Coronel Alacid da Silva Nunes e discurso do médico Jean Chicre Miguel Bitar, seu primeiro diretor” (TOSCANO, 2002).

Tendo como berço o Hospital dos Servidores do Estado Pará e sua organização financeira e administrativa ligada a Fundação Educacional do Estado do Pará, foi, entretanto, extinta em 1993 e incorporada como Curso de Medicina, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade do Estado do Pará (CCBS/UEPA), criada pela Lei no. 5.747, de 18 de maio de 1993.

Neste primeiro capítulo observou-se que as primeiras escolas médicas criadas no País tiveram seu surgimento em decorrência de fatores históricos devido principalmente o domínio político e militar de Napoleão Bonaparte sobre a Europa e

¹⁰ Tanto a tese que teve como relator o estudante Jean Chicre Miguel Bitar, então presidente do Diretório Acadêmico de Medicina, quanto a defesa do projeto apresentada na Câmara Federal pelo Deputado Deodoro de Mendonça, podem ser encontradas na REVISTA DO ACADÊMICO DE MEDICINA, Belém, v. 4, n. 6, dez. 1946.

que força a vinda da família real e parte da nobreza e do clero português a se descolara para a colônia tropical e sul-americana. As heranças culturais nos legaram a organização e a sistematização empregada em Coimbra e Lisboa. Não se pode esquecer que a universidade da Idade Média era uma corporação dominada pela Igreja e que, somente a partir do século XV, a emergência do estado nacional e as conquistas ultramarinas abriram a universidade renascentista ao humanismo. A Reforma Protestante quebra o monopólio da Igreja católica romana, mas a Contra-Reforma, sobretudo com a expansão da Companhia de Jesus constitui-se em reação violenta, na península ibérica e suas colônias. No final do século XVIII a Revolução Francesa sacode a universidade iluminista e é da França e da Prússia que surgem as primeiras universidades estatais. Napoleão quer que a universidade forme quadros para o Estado. Portanto, é a partir das dimensões históricas e políticas, que se estabelecem as bases da universidade moderna e laica e o novo padrão napoleônico, que vai influenciar a criação das universidades nas Américas Espanhola e Portuguesa.

Observou-se também a atuação dos primeiros egressos de medicina a praticarem em território paraense e acompanhou-se as circunstâncias em que foram criadas as primeiras escolas médicas no Pará. No capítulo seguinte parte-se para análise de variáveis já definidas na tentativa de construir os perfis dos egressos e onde se vai procurar interpretar as informações para melhor compreender sua importância. Buscar-se-á dissecar a situação específica dos egressos no Estado do Pará, a partir de um conjunto de variáveis no sentido de conformar os perfis mais aproximados de suas situações históricas e contextuais.

CAPÍTULO 2 - PERFIS DE EGRESSOS: RECONHECER COMO FOMOS

Neste capítulo aborda-se de forma especial todas as amostras e respectivas variáveis relacionando-as de modo que se possa iniciar a construção de perfis tanto de egressos da Fase I, como a seguir, dos egressos da segunda metade do século XX, que correspondem aos da Fase II. Em seu conjunto os perfis deverão permitir avaliar competências, habilidades e atitudes como expressão conseqüente de conteúdos, práticas e ações orientadas não somente a partir do Curso, mas como resultado da formação institucional que lhes foi dirigida pelas escolas, obedientes a políticas públicas, instituídas por significados e conceitos de saúde e decorrentes de um contexto real com todos os atributos históricos, políticos e culturais. Ou seja, em outras palavras, há que se esforçar para reconhecer o que fomos, ou como somos, resultado de um conjunto de fatores que acaba por determinar a maneira de ser pelo comportamento, pela conduta e pela ação.

2.1. FASE I

2.1.1 Quantidade

Num primeiro momento deteve-se a investigar a presença de egressos de medicina no Pará desde a fundação de Belém até a primeira metade do século XX. Para tanto buscou-se fontes documentais e bibliográficas. A primeira referência é da estada de três médicos integrantes da Comissão Demarcadora de Limites, entre Portugal e Espanha, em 1655. Sem nenhuma importância, posto que estes apenas passaram por Belém.

Em 1726, relata-se o desenvolvimento de atividades do médico Antonio Caldeira Sardo Villa Lobos, que viera a pedido da Câmara paraense e a mando do Rei.

Em 1826, diversas fontes já citadas afirmam ser Marcelino José Cardoso, o primeiro médico nascido no Pará, para onde retornou e exerceu suas atividades profissionais, após sua formatura em Coimbra. Embora o retorno de Marcelino seja um marco, sabe-se que entre 1826 e 1924 os profissionais que praticaram no Pará eram em sua maioria estrangeiros, e estima-se que por essa época o número de profissionais era de 105.

Fundada em 1919, em 1924 a FMCPA passou a formar os seus primeiros quatro egressos; árvore profícua que dava os seus primeiros frutos. Mesmo sendo uma quantidade modesta o acontecimento constitui-se em fato extraordinário para a história do ensino médico na Amazônia.

Entre 1924 e 1949, identificaram-se 385 egressos formados pela FMCPA donde observa-se uma média de 14,81 egressos/ano; que formavam-se no Pará e espalhavam-se pela Amazônia e pelo Brasil. Para facilitar a visualização dos dados, observar Quadro 1.

Ano	Quant.	Egressos /ano	Comentários
1655	3	-	Egressos passam pelo Pará, na Comissão Demarcadora de Limites.
1726	1	-	Primeiro egresso no Pará, egresso de Coimbra, Antonio Caldeira Sardo Villa Lobos.
1826	1	-	Primeiro médico paraense, egresso de Coimbra, Marcelino José Cardoso
1924	105	-	Até 1924, estima-se que 105 médicos exerciam a profissão no Pará. (GAMA, 1977)
1924	4	-	Após 1924, apenas 32 médicos vieram de fora para o Pará; primeiros egressos do Pará da FMCPA (3)
1924 a 1949	385	14,81	FMCPA

Quadro 1 - Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1655 – 1949

Para ser ter clareza da totalidade dos dados obtidos com relação a quantidade de egressos, no período compreendido entre os anos 1924 e 2004, os mesmos estão expostos na Tabela 1 a seguir onde aponta a quantidade de egressos por ano respectivo e na coluna da direita se vão contabilizando os subtotais acumulados de modo a se chegar ao total histórico do número de egressos formados pela FMCPA ao longo de oitenta anos.

Tabela 1 - Quantidade de egressos de medicina no Pará (1924 – 2004)

Ano	Quantidade	Total Acumulado	Ano	Quantidade	Total acumulado	Ano	Quantidade	Total Acumulado
1924	4	4	1951	19	427	1978	318	2.912
1925	5	9	1952	25	452	1979	244	3.156
1926	8	17	1953	47	499	1980	202	3.358
1927	5	22	1954	14	513	1981	180	3.538
1928	10	32	1955	24	537	1982	154	3.692
1929	3	35	1956	23	560	1983	158	3.850
1930	11	46	1957	24	584	1984	148	3.998
1931	7	53	1958	26	610	1985	139	4.137
1932	17	70	1959	26	636	1986	83	4.220
1933	11	81	1960	35	671	1987	150	4.370
1934	15	96	1961	28	699	1988	140	4.510
1935	17	113	1962	31	730	1989	223	4.733
1936	33	146	1963	55	785	1990	128	4.861
1937	22	168	1964	24	809	1991	245	5.106
1938	29	197	1965	46	855	1992	297	5.403
1939	28	225	1966	33	888	1993	173	5.576
1940	23	248	1967	49	937	1994	156	5.732
1941	12	260	1968	40	977	1995	207	5.939
1942	0	260	1969	118	1.095	1996	157	6.096
1943	28	288	1970	129	1.224	1997	74	6.170
1944	18	306	1971	105	1.329	1998	233	6.403
1945	12	318	1972	203	1.532	1999	154	6.557
1946	10	328	1973	140	1.672	2000	89	6.646
1947	24	352	1974	151	1.823	2001	138	6.784
1948	14	366	1975	294	2.117	2002	138	6.922
1949	19	385	1976	107	2.224	2003	145	7.067
1950	23	408	1977	370	2.594	2004	147	7.214

2.1.2 Gênero

Realmente no início do século XX a grande hegemonia dominadora do sexo masculino predominava em todas as atividades e ofícios. A exclusão da mulher de exercícios laborais, não era privilégio somente na área médica, mas pertencia ao senso comum e a cultura da época. Partindo de ocupações com o trato da terra até sua utilização na condição de operário da indústria, o sexo masculino pelo padrão patriarcal que determinou a formação da civilização brasileira, reinou isolado até que os fatores liberais permitissem que a mulher condenada inicialmente às prendas do lar e demais tarefas domésticas pudesse ter maior liberdade e passasse a atuar de

maneira mais efetiva. Quanto ao gênero, dentre os egressos da Fase I, são encontrados sessenta e oito do sexo masculino (97,14%) e apenas dois do sexo feminino (2,86%). Como se pode constatar a imensa maioria e quase totalidade de egressos é do sexo masculino.

Tabela 2 - Gênero dos Egressos - Fase I

Gênero	Quantidade	%
Masculino	68	97,14
Feminino	2	2,86
TOTAL	70	100

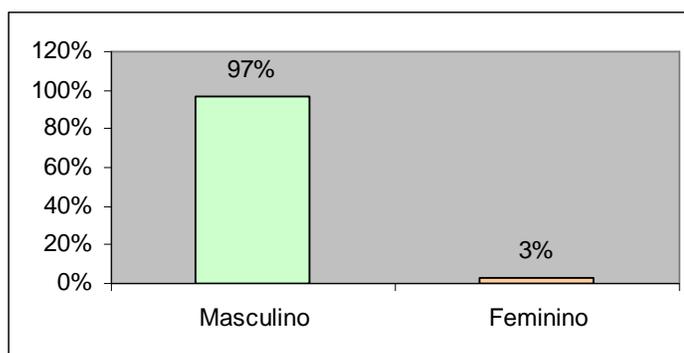


Gráfico 1 - Gênero dos egressos - Fase I

2.1.3 Idade na formatura

Considerando que o curso de medicina tem a duração de seis anos e isto não se altera durante todo o período estudado, conforme se pode observar na Tabela 3, a idade média de formatura dos egressos da Fase I, foi de 24,81 anos. Ou seja, daí se pode calcular que a idade média com que os alunos iniciavam o curso girava em torno de 18 anos. Nesta amostra o egresso a se formar mais idoso foi o que se apresentou com 46 anos e de três egressos que se formam aos 20 anos, o que leva a supor que os mesmos tenham iniciado o curso aos 14 anos. A idade precoce talvez se justifique pela conclusão dos estudos fundamentais seguida pelo curso médico. Dois eram filhos de coronéis da borracha que foram mandados estudar em escolas de fora e um português formado pela escola de Paris.

Tabela 3 - Idade de formatura dos egressos - Fase I

N.º	Ano de Formatura	Ano de Nascimento	Idade de Formatura	N.º	Ano de Formatura	Ano de Nascimento	Idade de Formatura	N.º	Ano de Formatura	Ano de Nascimento	Idade de Formatura
1	1837	1815	22	24	1906	1880	26	47	1931	1900	31
2	1852	1827	25	25	1906	1884	22	48	1934	1910	24
3	1853	1833	20	26	1907	1883	24	49	1934	1911	23
4	1885	1861	24	27	1907	1883	24	50	1934	1911	23
5	1886	1859	27	28	1908	1882	26	51	1935	1911	24
6	1888	1850	38	29	1908	1885	23	52	1935	1913	22
7	1888	1863	25	30	1908	1886	22	53	1936	1911	25
8	1888	1868	20	31	1909	1885	24	54	1937	1911	26
9	1888	1868	20	32	1909	1885	24	55	1938	1914	24
10	1891	1863	28	33	1910	1886	24	56	1938	1915	23
11	1891	1867	24	34	1910	1887	23	57	1939	1915	24
12	1896	1874	22	35	1911	1886	25	58	1940	1915	25
13	1899	1877	22	36	1912	1889	23	59	1940	1916	24
14	1901	1875	26	37	1912	1890	22	60	1940	1917	23
15	1902	1874	28	38	1916	1891	25	61	1940	1918	22
16	1902	1880	22	39	1917	1888	29	62	1943	1915	28
17	1903	1874	29	40	1917	1892	25	63	1943	1919	24
18	1903	1879	24	41	1919	1896	23	64	1943	1920	23
19	1904	1875	29	42	1924	1900	24	65	1945	1922	23
20	1904	1879	25	43	1927	1902	25	66	1947	1920	27
21	1904	1881	23	44	1927	1903	24	67	1950	1923	27
22	1905	1879	26	45	1929	1883	46	68	1952	1929	23
23	1905	1881	24	46	1930	1905	25	69	1953	1927	26
								70	1960	1935	25
Média										24,81	

2.1.4 Escolas de formação

Dos egressos da Fase I, quatro se formaram no exterior, três em Portugal e um na França (5,72%). Trinta e três na escola do Rio de Janeiro (47,14%), nove na escola da Bahia (12,86%) e um de Pernambuco (1,43%). Porém, a partir de 1924, graças a criação da escola do Pará, vinte três são formados no Estado (32,86%). A Tabela 4 ilustra estes dados.

Tabela 4 - Quantidade e percentual dos egressos por escola – Fase I

Faculdade de formação	Quantidade	%
Coimbra	02	2,86
Lisboa	01	1,43
Paris	01	1,43
Rio de Janeiro	33	47,14
Bahia	09	12,86
Pernambuco	01	1,43
Pará	23	32,86
TOTAL	70	100,00

No final do século XIX e início do século XX devido a inexistência de escolas médicas no Pará a formação de egressos só era possível em escolas do exterior ou de outros estados. A Amazônia vivia a gloriosa época da borracha, riqueza natural extrativa, e a revolução industrial na Europa e nos EUA começava a fabricar os primeiros automóveis em série com motor à combustão e pneumáticos. Na época, disputando com o café de São Paulo, a borracha da Amazônia representava a maior per capita brasileira. Os vestidos das damas aristocracia do Pará eram lavados em Lisboa, Londres e Paris. Os filhos das famílias mais abastadas iam estudar medicina em Portugal, na França, na Bélgica e outros iam para a Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco.

2.1.5 Origem de nascimento

Dos setenta egressos (100%) pesquisados na Fase I, encontrou-se um de Portugal (1,43%), treze de outros Estados (18,57%) e cinquenta e seis do Pará (80,00%), conforme apresentado na tabela 5 e gráfico 2.

Tabela 5 - A: Origem de nascimento - Egressos da Fase I

Local		Quantidade	%
Portugal		1	1,43
Pará	Belém	43	61,43
	Interior*	13	18,57
Outros estados*		13	18,57
TOTAL		70	100,00

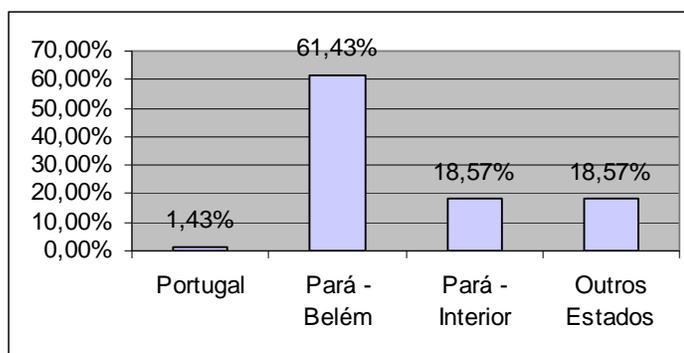


Gráfico 2 - Origem de nascimento - egressos da Fase I

Investigados os Estados de origem de nascimento dos trezes egressos de fora do Pará identificou-se quatro da Bahia, dois de Sergipe e um de cada dos demais: Alagoas, Amazonas, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí e Rio de Janeiro.

Conforme já relatado e apresentado no Gráfico 3, a seguir, os primeiros egressos a praticarem a medicina no Pará são estrangeiros, notadamente oriundos de Portugal em sua maioria, cuja facilidade de comunicação se materializava seja por causa das intensas relações econômicas, seja pelos laços culturais com a identificação da língua e dos costumes.

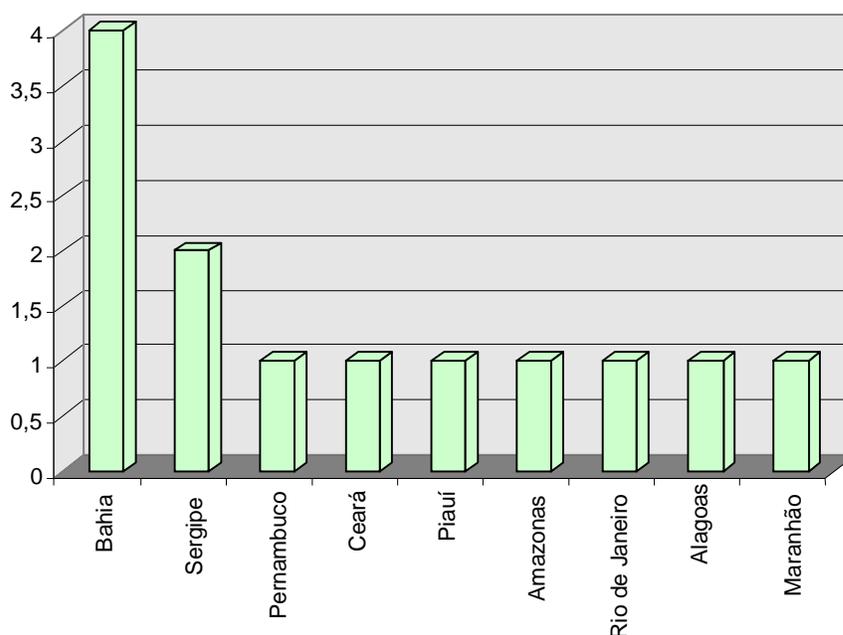


Gráfico 3 - Origem dos egressos - outros Estados - Fase I

Dentre os egressos do Pará que totalizaram cinquenta e seis (80,00%), quarenta e três foram nascidos na capital (61,43%) e os treze demais (18,57%), nos municípios do interior assim designados: dois de Cametá e um de cada de, Abaetetuba, Alenquer, Chaves, Curuçá, Curralinho, Faro, Gurupá, Igarapé Miri, Macapá, Marabá e Ponta de Pedras.

Quando se observa mais precisamente os egressos do território paraense vê-se a sua presença não só de Belém, que é a capital, como também de diversos municípios do interior. Cametá, município localizado na foz do rio Tocantins, tem importância histórica porque foi inclusive sede de governo durante a Cabanagem e berço de muitos paraenses ilustres como D. Romualdo Coelho, D. Romualdo de Seixas, Enéas Martins, Gentil Bittencourt e Ângelo Custódio, dentre outros. Ressalte-se que a Amazônia é a maior bacia hidrográfica do planeta e a presença dos rios na geografia da terra facilita o acesso fluvial e talvez seja um fator a ser considerado no sentido de propiciar a vinda de jovens interioranos que se aventuravam estudar na capital quando os seus municípios de origem se localizam nas margens do Tocantins, do Amazonas ou no arquipélago do Marajó. Outro aspecto é econômico e Marabá, no sul do Pará, desde o início do século destaca-se como pólo comercial e produtivo de castanha-do-pará.

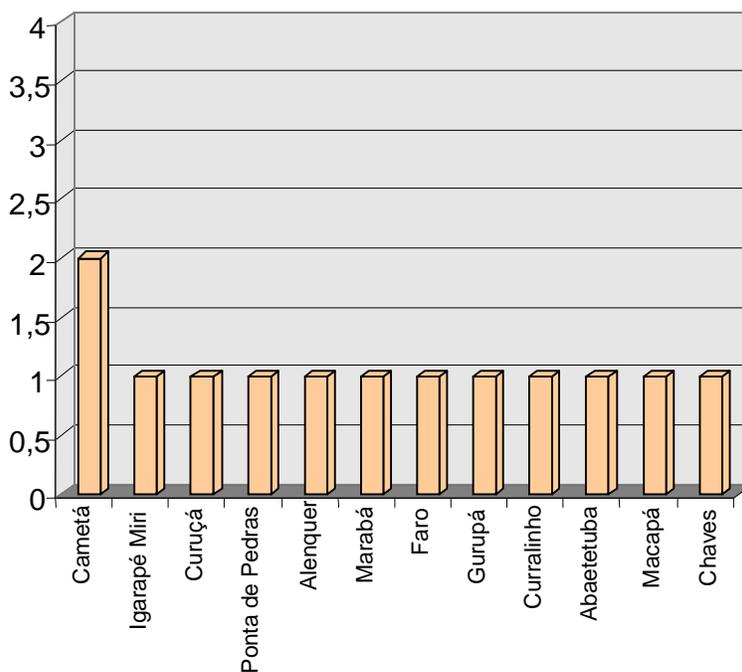


Gráfico 4 - Origem dos egressos – interior do estado do Pará - Fase I

Deve-se chamar atenção na amostra estudada que, antes de 1924, ano em que se forma a primeira turma da FMCPA, os egressos são quarenta e um (58,57%). Mas, a partir de 1924, são vinte e nove (41,42%), conforme ilustrado na Tabela 6.

Tabela 6 - Quantidade e percentual de egressos antes e depois de 1924

Ano de formatura	Quantidade	%
Antes de 1924	41	58,57
Depois de 1924	29	41,43
TOTAL	70	100,00

Porém, dentre esses vinte e nove, identificados a partir da fundação da primeira escola paraense, seis ainda são egressos de escolas da Bahia, Rio de Janeiro e Pernambuco. Mas o restante, que são vinte e três, já são formados no Pará.

Em síntese, pode-se afirmar que, dos setenta egressos pesquisados na primeira metade do século XX, a maioria (47 egressos = 67,15%) são estrangeiros, de fora do Estado, e a outra parte (23 egressos = 32,85%) são egressos paraenses, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Quantidade e percentual de egressos no Estado do Pará – Fase I

Egressos	Quantidade	%
No Pará	47	67,15
Do Pará	23	32,85
Total	70	100,00

2.1.6 Tipo de exercício profissional

Na Fase I foram encontrados 21 egressos (30,00%) que se dedicaram ao exercício da clínica geral; 47 (67,14%), além da clínica geral se dedicaram a pelo menos uma especialidade; e, apenas dois (2,86%) se dedicaram somente a uma especialidade.

Tabela 8 - Quantidade de egressos por tipo de exercício – Fase I

Especialidade	Quantidade	%
Clínico Geral	21	30,00
Clínico Geral e Especialista	47	67,14
Especialista	2	2,86
TOTAL	70	100,00

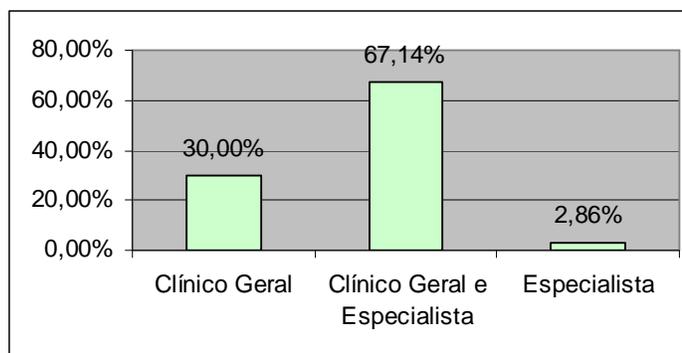


Gráfico 5 - Percentual do tipo de exercício profissional – Fase I

Quando se afirma a clínica geral como predominante o que se demonstra marcadamente é a formação do médico generalista. Isto é seja por conta de um ainda tímido desenvolvimento tecnológico ou das exigências de um mercado carente de profissionais, onde o médico era obrigado a dominar conhecimentos gerais para atendimento de grandes clientela familiares, ou pela própria formação orientadas

pelas escolas no sentido humanista e de integralidade, preponderou o exercício da clínica geral.

2.1.7 Atividades acadêmicas

Dos egressos da Fase I, 45 (64,29%), além da prática médica, atuaram também como professores, quer em estabelecimentos públicos e privados do ensino médio, quer como professores da recém fundada escola médica do Pará. Cerca de 25 (35,71%) não se dedicou nem ao magistério e nem à academia.

Tabela 9 - Quantidade de egressos com atividades acadêmicas – Fase I

Atividades Acadêmicas	Quantidade	%
Sim	45	64,29%
Não	25	35,71%
Total	70	100,00%

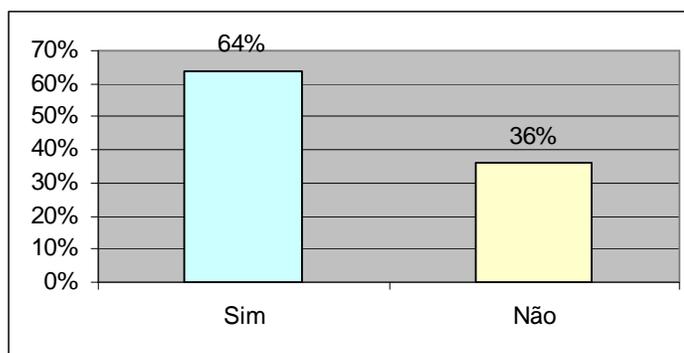


Gráfico 6 - Percentual de atividades acadêmicas - Fase I

2.1.8 Caráter público ou privado

Dos egressos da Fase I, em número de 42 (60,00%) tiveram suas atividades públicas, ou seja, atuaram em hospitais e serviços públicos ou filantrópicos; 27 (38,58%), além da atuação pública, também, exerceram suas atividades profissionais em clínicas e consultórios particulares; e, apenas um egresso (1,42%), dedicou-se somente à clínica privada, conforme demonstra a tabela 10 e o gráfico 7.

Tabela 10 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas – Fase I

Atividade	Quantidade	%
Pública	42	60,00
Privada	1	1,42
Pública e Privada	27	38,58
Total	70	100,00

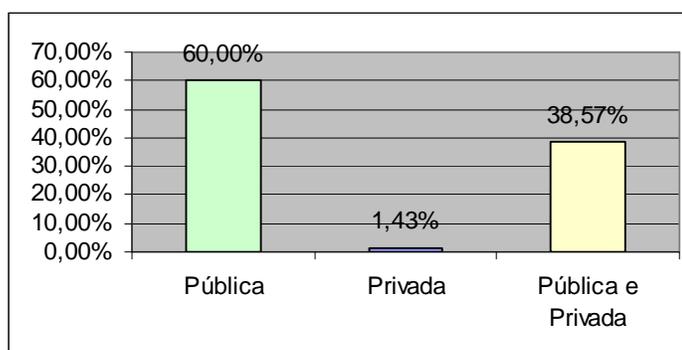


Gráfico 7 - percentual de atividades públicas e privadas – Fase I

2.1.9 Atividades políticas

A quantidade e percentual dos egressos que exerceram atividades políticas, na Fase I está mostrada na Tabela 11.

Na Fase I, 31 egressos (44,29%) ocuparam algum cargo executivo (foram coordenadores, diretores de departamentos, secretários) ou legislativo (vereadores, deputados, senadores, governadores). Porém, 39 (55,71%) não desenvolveram atividades políticas.

Tabela 11 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades políticas – Fase I

Atividade Política	Quantidade	%
Sim	31	44,29
Não	39	55,71
TOTAL	70	100,00

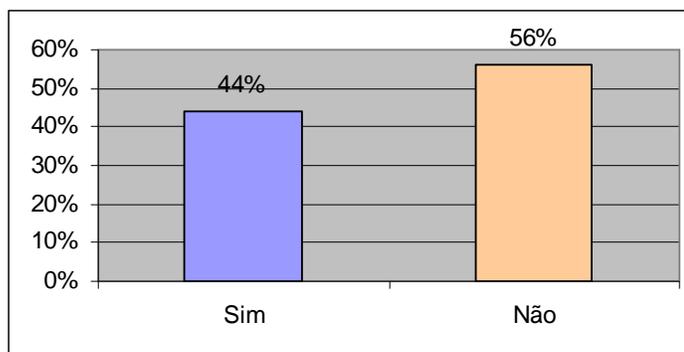


Gráfico 8 – Percentual de atividades políticas – Fase I

Seja pela empatia despertada pela relação médico-paciente, ou pela posição de liderança e o cuidado que o desempenho da prática profissional exige no trato de pessoas doentes, ou ainda pela responsabilidade que a sociedade lhes delega a assumir, muitos egressos foram atuantes na vida política como governadores, intendentess e deputados. Dentre eles, apenas a título de ilustração, cite-se José Paes de Carvalho, José da Gama Malcher e Camilo Salgado.

2.1.10 Pós-graduação

Dentre os egressos da Fase I encontrou-se 12 egressos (17,14%) com pós-graduação internacional; oito (11,43%) com aperfeiçoamento em serviços e hospitais nacionais e 50, sem registro, ou que não tiveram oportunidade de pós-graduação. A Tabela 12 ilustra estes dados.

Tabela 12 - Locais de realização de pós-graduação – Fase I

Pós-graduação	Quantidade	%
Internacional	12	17,14
Nacional	8	11,43
Total de pós-graduados	20	28,57
TOTAL	70	100,00

Observou-se que esses estudos de pós-graduação internacional foram realizados principalmente na Europa (França, Alemanha, Bélgica), depois nos

Estados Unidos da América e, por último, na Argentina, conforme apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Locais de realização de pós-graduação internacional – Fase I

Local	Quantidade	%
Bélgica	1	1,43
França	4	5,71
França e Alemanha	1	1,43
Alemanha	1	1,43
Alemanha, França e Portugal	1	1,43
França e Inglaterra	1	1,43
Argentina	1	1,43
EUA	2	2,86
TOTAL (pós-graduados)	12	17,14
TOTAL (egressos)	70	100,00

No início do século não houve especialização, mestrado e doutorado. Esses aperfeiçoamentos foram surgindo na medida em que o avanço tecnológico se foi estabelecendo e a própria estrutura acadêmica teve que se organizar para a formação mais adequada de seus egressos, e também para atender a diversificação do exercício de funções no mundo do trabalho para reprodução de uma lógica capitalista. Os primeiros especialistas foram aqueles que tiveram oportunidade de estagiar em serviços estrangeiros ou nacionais de destaque.

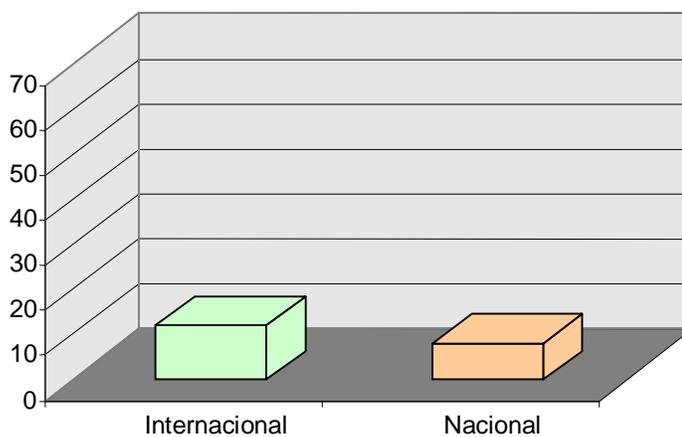


Gráfico 9 - Quantidade de pós-graduados – Fase I

2.1.11 Produção cultural

A tabela 14 e o gráfico 10, a seguir, demonstram que dentre os egressos da Fase I, 15 (21,43%) foram identificados como autores de produção cultural. Classificados como escritores, jornalistas, cronistas, poetas, pintores, músicos e compositores, cujos trabalhos foram publicados, demonstrando sua participação além da medicina. Porém, com relação a 55 egressos (78,57%) nada foi encontrado.

Tabela 14 - Quantidade e percentual dos egressos com produção cultural – Fase I

Produção cultural	Quantidade	%
Sim	15	21,43
Não	55	78,57
TOTAL	70	100,00

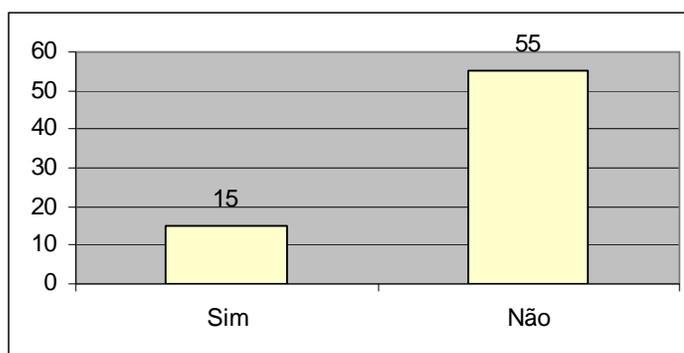


Gráfico 10 - Quantidade dos egressos com produção cultural – Fase I

2.1.12 Produção científica

Dentre os egressos da Fase I, 22 (31,43%) publicaram artigos, casos clínicos, capítulos de livros, monografias, livros científicos, isto ligados a pesquisa e a prática do ensino da medicina; em 48 (68,57%), não se encontrou referência ou nada foi publicado.

Tabela 15 - Quantidade e percentual dos egressos com produção científica – Fase I

Produção científica	Quantidade	%
Sim	22	31,43
Não	48	68,57
TOTAL	70	100,00

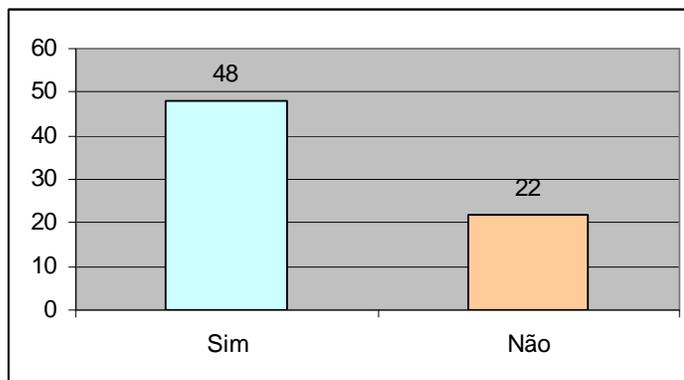


Gráfico 11 - Quantidade dos egressos com produção científica – Fase I

Os egressos em Medicina encontrados no Pará, na primeira metade do século XX, especialmente nas duas décadas iniciais são estrangeiros formados em escolas européias, principalmente Portugal e França. Entretanto, já se pode notar a presença de jovens nascidos no Pará e que depois de ter sua formação primária e secundária em Belém, vão estudar nas escolas da Bahia e do Rio de Janeiro. Predomina e é quase hegemônica a presença de egressos do sexo masculino, e raríssima a participação do sexo feminino. Modo geral essas formações acadêmicas são expressões do pensamento filosófico humanista, conseqüência da organização universitária autônoma - moderna e laica - pós-renascentista que libertou a academia do corporativismo medieval da Igreja.

Quanto ao tipo de exercício profissional são egressos generalistas, isto é, forjados na visão de mundo humanista de que o paciente deve ser visto não somente como um ser biológico, mas também como indivíduo e pessoa e sua integralidade, de modo que partindo dessa premissa, os egressos como de fato o foram para no seu perfil ter competência para dar atenção integral. Predominaram, pois, os egressos clínicos gerais. Note-se que o caráter desse exercício era primordialmente público, mas não tão-somente público, também público e privado. Eram raras as clínicas e os hospitais propriedades de particulares. A maioria das casas de saúde e nosocômios sendo públicas sob administração dos governos

municipal, estadual ou federal, ou filantrópicos e de sociedades beneficentes como é o caso da Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Dom. Luiz I. Como ainda não havia sido instituída a capacitação continuada, depois da graduação e não existiam os cursos de especialização, residências, mestrados e doutorados, os primeiros especialistas foram na verdade estagiários e praticantes em destacados serviços de saúde no exterior ou nacionais.

Observa-se dentre esses egressos uma grande preocupação em reproduzir conhecimentos e experiências o que se denota com seu envolvimento com o magistério e a cátedra, pois a maioria deles, além da prática médica, eram professores, quer de estabelecimentos de ensino médio, com destaque para a escola Normal e o Colégio Paes de Carvalho, quer como monitores no tempo da graduação e depois sendo promovidos de auxiliares a substitutos, assistentes, chefes até galgarem as cátedras e se consolidarem com a referência de professores e mestres da própria FMCPA, ou como chefes de serviços ou de enfermarias da Santa Casa de Misericórdia na verdade o grande hospital de ensino das gerações de egressos da FMCPA.

Outra característica marcante para a construção do perfil desses egressos é o seu comprometimento político, pois, a maioria deles, tinha filiação político-partidária o que reflete a aceitação da política institucionalizada, através de partidos políticos, optando-se pelo viés republicano e democrático ainda que houvesse divergências conservadoras, e ainda que o mundo fora sacudido pela Revolução Russa de 1917, e o socialismo já fizesse parte da discussão filosófica e da pregação revolucionária dos sistemas de governo europeu, nos EUA, na América Latina e em todo o mundo. Muitos deles exerceram cargos executivos chegando a ser governadores, intendentess, e também legislativos como deputados e senadores.

É provável ainda que a formação de base filosófica humanista tenha sido incentivadora de suas produções culturais pois dentre eles encontram-se músicos, escritores, poetas, pintores, que além da prática médica desenvolviam atividades culturais. Do ponto de vista científico também o incentivo de suas publicações revelam participações em pesquisas, e sobretudo, com a divulgação de informações para maior conhecimento.

Em resumo o perfil do egresso de medicina da Fase I ou primeira metade do século XX é o seguinte: Salvo os pioneiros que foram formados no estrangeiro, eram nascidos no Pará, porém, formados em escolas de fora; do sexo masculino; humanistas; generalistas; minoria de pós-graduados; dedicados ao ensino e ao

serviço público; boa produção científica; ativistas políticos; e culturalmente participantes.

2.2 FASE II

2.2.1 Quantidade

Na segunda metade do século XX, devido à conquista do processo de federalização, além de o ensino médico deixar de ser pago, certamente que aumentou o acesso de candidatos de outros estados da região norte e, por conseguinte, o número de egressos formados no período de 1950 até 1957 foi de 199, elevando-se a média anual de 14,81, em 1949, para 24,87 egressos/ano em 1957.

A partir de 1957, após a criação da UFPA e sucessivas reformas institucionais, até 2004, formaram-se 6.630 egressos observando-se o crescimento da média anual para 90,17 egressos / ano.

Na tentativa de estudar os egressos da Fase II para revelar o seu perfil na segunda metade do século XX, concentrou-se nos nascidos a partir de 1940 até 1976. De acordo com os dados obtidos encontrou-se que, de 1958 até 2004, formaram-se 6.630 egressos no Pará, com a média de 141,06 egressos/ano, conforme apresentado no QUADRO 2.

Período	Quant.	Média	Instituição
Até 1949	385	14,81	FMCPA
1950 a 1957	199	24,87	FMCPA (federalizada)
1958 a 2004	6.630	141, 06	UFPA
1924 a 2004	7.214	90,17	Egressos do Pará

Quadro 2: Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1950-2004

2.2.2 Gênero

Na Fase II, o número de egressos do sexo masculino é de 49 (70%) e os do sexo feminino de 21 (30%).

Tabela 16 - Gênero dos Egressos - Fase II

Gênero	Quantidade	%
Masculino	49	70
Feminino	21	30
TOTAL	70	100

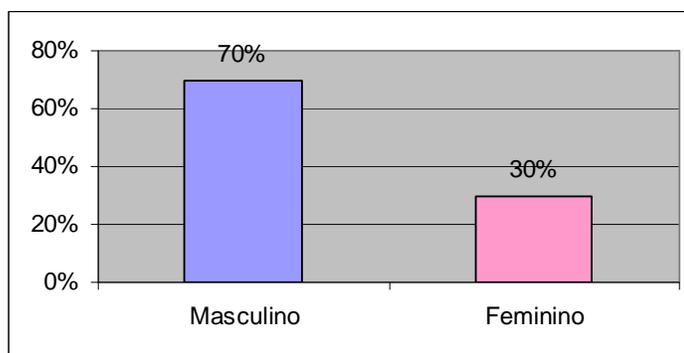


Gráfico 12 - Gênero dos egressos - Fase II

2.2.3 Idade na formatura

Conforme se pode observar na Tabela 17, a idade média de formatura dos egressos da Fase II foi de 25,59 anos. O egresso mais idoso foi formado aos 42 anos e o mais jovem aos 20 anos, ou vinte e um anos incompletos. De modo geral confirmam-se as informações de que o tempo de formação é de seis anos.

Tabela 17 - Idade de formatura dos egressos – Fase II

N.º	Ano de Formatura	Data de Nascimento	Idade de Formatura	N.º	Ano de Formatura	Data de Nascimento	Idade de Formatura	N.º	Ano de Formatura	Data de Nascimento	Idade de Formatura
1	1963	1940	23	24	1977	1952	25	47	1986	1963	23
2	1966	1940	26	25	1977	1952	25	48	1986	1956	30
3	1966	1941	25	26	1978	1953	25	49	1986	1963	23
4	1968	1943	25	27	1978	1951	27	50	1988	1965	23
5	1972	1948	24	28	1978	1951	27	51	1989	1966	23
6	1972	1952	20	29	1978	1953	25	52	1990	1966	24
7	1972	1944	28	30	1979	1956	23	53	1990	1966	24
8	1972	1948	24	31	1979	1949	30	54	1990	1964	26
9	1972	1944	28	32	1979	1954	25	55	1992	1968	24
10	1973	1951	22	33	1980	1953	27	56	1994	1967	27
11	1973	1945	28	34	1980	1954	26	57	1994	1970	24
12	1973	1948	25	35	1981	1958	23	58	1995	1978	27
13	1973	1949	24	36	1981	1955	26	59	1995	1968	27
14	1974	1949	25	37	1982	1958	24	60	1996	1966	30
15	1975	1949	26	38	1982	1954	28	61	1997	1955	42
16	1975	1949	26	39	1983	1960	23	62	1997	1972	25
17	1976	1953	23	40	1983	1960	23	63	1998	1974	24
18	1976	1950	26	41	1983	1950	33	64	1998	1971	27
19	1976	1952	24	42	1983	1959	24	65	1999	1975	24
20	1977	1954	23	43	1983	1958	25	66	2001	1969	32
21	1977	1953	24	44	1984	1962	22	67	2001	1976	25
22	1977	1954	23	45	1984	1960	24	68	2001	1977	24
23	1977	1950	27	46	1986	1953	33	69	2002	1978	24
								70	2003	1976	27
Média										25,6	

2.2.4 Escolas de formação

Os egressos da Fase II, em número de setenta (100%), sua totalidade é formada na escola do Pará.

Tabela 18 - Quantidade e percentual dos egressos por escola – Fase II

Faculdade de formação	Quantidade	%
Pará	70	100,00

2.2.5 Origem de nascimento

No que diz respeito aos egressos da Fase II, todos os setenta egressos (100%) são oriundos da escola paraense.

Tabela 19 - Quantidade e percentual de egressos no estado do Pará – Fase II

Egressos	Quantidade	%
Estrangeiros	0	0
Do Pará	70	100,00
TOTAL	70	100,00

Os 70 egressos da Fase II tiveram como local de nascimento apenas o Estado do Pará, sendo que a maioria da capital e parte do interior, conforme se observa na tabela 20 e no gráfico 13, a seguir.

Tabela 20 - Origem de nascimento - Egressos da Fase II

Local	Quantidade	%
Belém	57	81,43
Interior do Pará	13	18,57
TOTAL	70	100,00

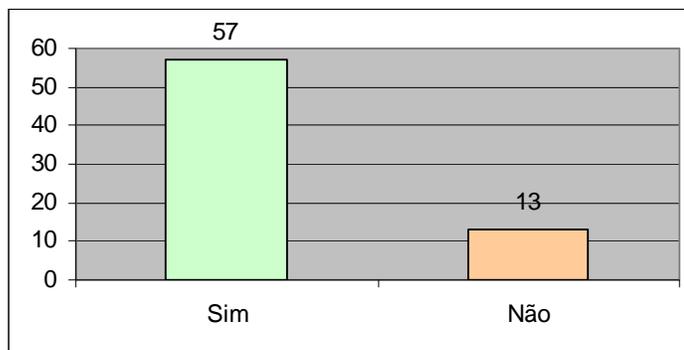


Gráfico 13 - Percentual de nascimento em Belém e no interior – Egressos da Fase II

Investigando a origem de nascimento nos municípios do Pará, evidenciou-se o resultado apresentado no gráfico 14.

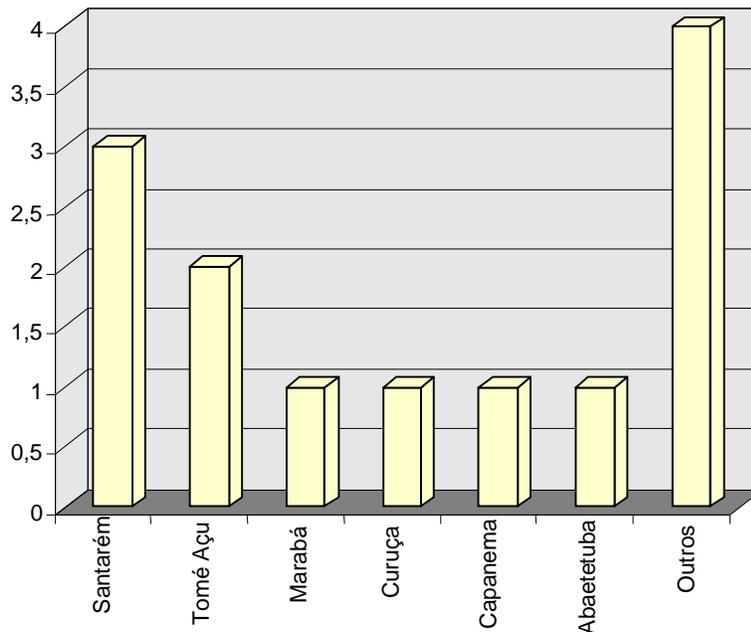


Gráfico 14 - Origem de nascimento – municípios do Pará – Egressos da Fase II

Dos treze egressos paraenses oriundos do interior do Estado do Pará, três são de Santarém, dois de Tome Açú; Abaetetuba, Capanema, Curuçá e Marabá contribuíram, respectivamente, com um egresso, e os demais, em número de quatro, não foi possível identificar, ficando apenas a informação de que são nascidos no interior e não na capital.

2.2.6 Tipo de exercício profissional

Na Fase II, 63 egressos (90,00%) se dedicam às especialidades, 7 (10,00%) para a clínica geral e, nenhum se declara, além da especialidade, exercer a clínica geral.

Tabela 21 - Quantidade dos egressos por tipo de exercício – Fase II

Especialidade	Quantidade	%
Clínica Geral	7	10,00
Clínico Geral e Especialista	0	0,00
Especialista	63	90,00
Total	70	100,00

2.2.7 Atividades acadêmicas

Tabela 22 - Quantidade dos egressos com atividades acadêmicas – Fase II

Atividades Acadêmicas	Quantidade	%
Sim	15	21,43%
Não	55	78,57%
Total	70	100,00%

Dos 70 egressos da Fase II, apenas 15 (21,43%), além da prática médica, se dedicaram ao ensino. A maioria 50 egressos (78,57%), não teve atividades como professor.

2.2.8 Caráter público ou privado

Os egressos da Fase II, em número de 53 (75,71%), mantêm atividades públicas simultâneas com atividades privadas; 10 egressos (14,29%) declaram ter atividades somente no âmbito público e, 7 (10%) trabalham somente em clínicas e consultórios privados, como se observa na Tabela 23.

Tabela 23 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas – Fase II

Atividade	Quantidade	%
Pública	10	14,29
Pública e Privada	53	75,71%
Privada	7	10,00%
TOTAL	70	100,00

2.2.9 Atividades políticas

No grupo de egressos da Fase II, somente quatro (5,71%) têm participação na vida política. A maioria representada por 66 (94,29%), não participa.

Tabela 24 - Quantidade e percentual dos egressos, com atividades políticas – Fase II

Atividade Política	Quantidade	%
Sim	4	5,71
Não	66	94,29
TOTAL	70	100,00

De 1964 até meados dos anos oitenta viveu-se a ditadura militar. Foram quase vinte anos de autoritarismo com o fechamento do congresso nacional seguido de atos institucionais e ausência de pluripartidarismo. Havia apenas o partido de orientação governista, a Aliança Renovadora Nacional e o Movimento Democrático Brasileiro que aglutinava os opositoristas.

Então é provável que o afastamento dos egressos da militância político-partidária seja justificado por diversas interpretações. Dentre elas pode-se citar a seu alheamento motivado pelo desinteresse participativo ou mesmo a alienação no sentido de terem sido desinteressados pelo próprio regime de exceção vigente.

2.2.10 Pós-graduação

No grupo de egressos da Fase II, foram encontrados 66 (94,29%) que realizaram estudos de pós-graduação: especialização, residência, mestrado ou doutorado. Porém, todos realizados em âmbito nacional e nenhum de referência internacional.

Tabela 25 - Quantidade e percentual dos egressos com pós-graduação - Fase II

Pós - graduação	Quantidade	%
Internacional	0	00,00
Nacional	66	94,29
Não pós-graduados	04	5,71
Pós-graduados	66	94,29
TOTAL	70	100,00

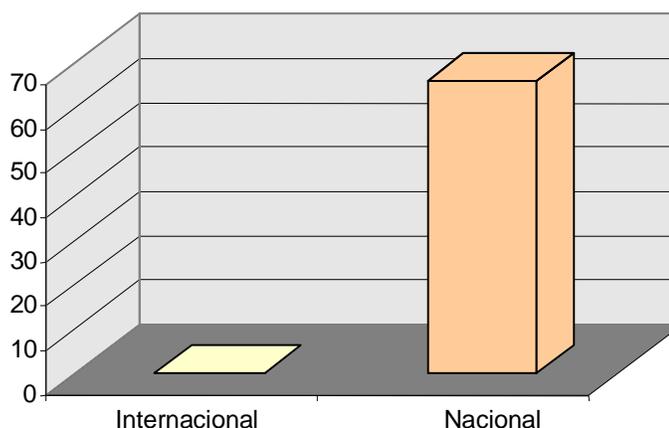


Gráfico 15 - Quantidade de pós-graduados – Fase II

2.2.11 Produção cultural

Com relação aos egressos, da Fase II, somente 6 (8,57%) têm alguma produção cultural, que se caracteriza pela publicação de livros, de poesias, pinturas e fotografias.

Tabela 26 - Quantidade e percentual de egressos, com produção cultural – Fase II

Produção cultural	Quantidade	%
Sim	6	8,57
Não	64	91,43
TOTAL	70	100,00

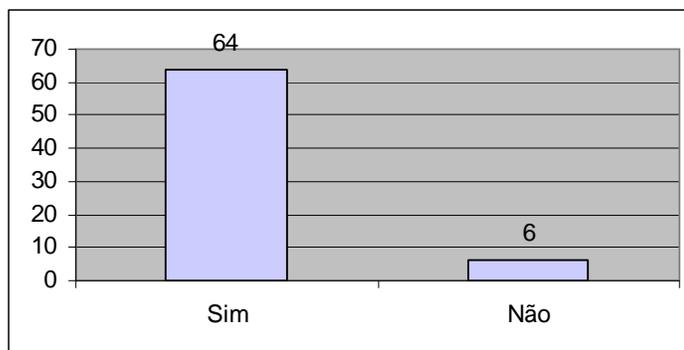


Gráfico 16 - Quantidade de egressos com produção cultural – Fase II

2.2.12 Produção científica

Dentre os egressos da Fase II, 13 (18,57%) publicaram artigos, casos clínicos, capítulos, dissertações de mestrado e teses de doutorado. Porém, de 57 (81,43%) não se encontrou referência ou nada foi publicado.

Tabela 27 - Quantidade e percentual de egressos, com produção científica – Fase II

Produção científica	Quantidade	%
Sim	13	18,57
Não	57	81,43
TOTAL	70	100,00

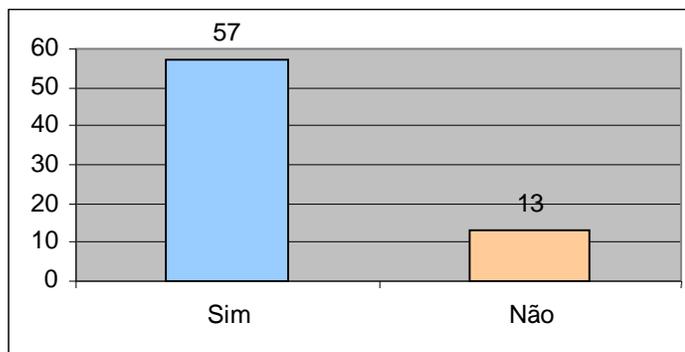


Gráfico 17 - Quantidade de egressos com produção científica – Fase II

O estudo do perfil dos egressos em Medicina no Pará na segunda metade do século XX revela que todos eles são nascidos no Pará e formados em escolas paraenses. O gênero ganha melhor proporcionalidade onde para cada dois do sexo masculino há pelo menos um do sexo feminino em franco testemunho de maior participação da mulher, que se configura também politicamente com a conquista do voto e das liberdades individuais, também devido a maior propagação cultural, principalmente através do cinema americano. A mulher e sua libertação emancipatória se constituem em um dos maiores fenômenos do século XX. Passa a atuar como operária na indústria, no comércio e também em várias profissões liberais, como por exemplo, a medicina.

Depois da segunda grande guerra mundial, que não obstante o sofrimento e a matança de milhões de seres humanos foi fator impulsionador do desenvolvimento tecnológico, com avanços na pesquisa de medicamentos e aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, há a imposição de uma nova visão cientificista e tecnicista que vai influenciar fortemente as universidades e a formação de especialistas cuja oferta em número aumenta bastante devido a implantação de inúmeras escolas médicas.

É possível perceber que antes os médicos que eram poucos, tinham imenso prestígio e boa remuneração, apesar de mediarem suas atuações em serviços públicos e privados; a partir dos anos cinquenta crescem em número, perdem muito da consideração e do prestígio social e se vão tornando assalariados, vítimas de planos de saúde ou de empregos municipais, estaduais e federais sem perspectivas de carreiras.

São poucos aqueles que se querem dedicar à pesquisa e ao ensino pois lhes falta formação acadêmica, incentivo e remuneração. Mesmo porque formados na lógica do conhecimento especialista serão muito estimulados ao status de pós-

graduados, especialistas, mestres e doutores. Essas complementações da graduação, ainda que consideradas a titulação e a meritocracia, não os estimula à produção científica que é pouca, de qualidade questionável e não corresponde às produções esperadas mesmos pelas instâncias de avaliação e controle das produções acadêmicas.

A reduzida participação político-partidária ou no âmbito das instituições representativas é de toda sorte preocupante, seja pela falta de exercício de autocrítica e ausência de uma consciência cidadã, seja pela delegação de seus destinos a outrem, que acaba sendo entregue para poucos. É possível que os anos de ditadura militar e a má propagação de composturas que deveriam ser éticas e honestas, e que são transgressoras da ordem, da moralidade e dos costumes sejam determinantes no alheamento e falta de participação, o que nos leva a classificá-los de desinteressados e alienados.

Forçados pelas regras mercadológicas e subjugados à nova realidade, os egressos são especialistas e super-especialistas, que passam a dominar cada vez menos assuntos em maior profundidade, porém, confundem-se ou perdem a capacidade de compreensão geral e se tornam insensíveis aos apelos do senso comum. E isto interfere inclusive na cultura que passa a ser consumida ao sabor das ofertas dos meios de comunicação de massa, da propaganda mercantil, do marketing seletivo, onde além de serem maus consumidores e terem escassa produção têm restrita participação.

Quanto ao perfil dos egressos da Fase II ou segunda metade do século XX pode-se afirmar que são todos oriundos do Pará e formados por escolas do Pará; para cada dois do sexo masculino há um do feminino; são tecnicistas e especialistas; assalariados, trabalham no serviço público e privado; poucos se dedicam ao ensino; apesar de serem pós-graduados, têm pouquíssima produção científica; são politicamente desinteressados; e com escassa participação cultural.

No próximo capítulo, partindo do esclarecimento que foi possível alcançar pela análise dos perfis estudados, há que se tentar construir o perfil capaz de atender aos apelos da sociedade atual. Para construir o perfil desejado ou desejável é inevitável que se volte a comparar as características dos perfis conhecidos como fundamento indispensável para elaboração do novo.

CAPÍTULO 3 – PERFIL DESEJADO: COMO QUEREMOS SER

No início do século XX se observa predominantemente o exercício da medicina liberal com o egresso tendo atuação individual e juízo próprio acerca do uso de conhecimentos generalistas, tendo o poder centralizado e imensa autonomia, o que lhes conferia maior prestígio social e renda financeira. Da metade do século XX para cá o que se observa é o predomínio da medicina científica caracterizada pelo mecanicismo, o cientificismo e o tecnicismo (SCHRAIBER, 1993) em detrimento das generalidades; é possível que a visão focalizada contribua para a perda da visão panorâmica; ou seja, ao passo que aumenta a especialização cresce também o assalariamento dos egressos, e que não obstante o reconhecimento do avanço tecnológico, da terapêutica farmacológica e das técnicas cirúrgicas implementadas nas últimas décadas, não consegue resolver com eficácia os problemas de saúde porque sua base formadora é especialista, os custos são elevados e o acesso não é possível a todos.

No campo assistencial público, o modelo promocional que vem sendo implantado a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde, por intermédio de suas políticas de programas multidisciplinares e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, opõe-se ao modelo curativista e hospitalocêntrico. Enquanto o primeiro valoriza a atenção básica e as ações preventivas de responsabilidade pública e coletiva, o segundo obedece à lógica do mercado de medicamentos e da indústria farmacêutica e de equipamentos de diagnóstico por imagem, e notoriamente, estimula a propagação dos planos de saúde privados que vendem serviços e utilizando-se dos instrumentos de propaganda e marketing exploram a saúde enquanto excelente mercadoria para investimento, especulação e reprodução de capitais.

Por essas razões, muito mais do que saúde pública, é preciso que se evidencie a saúde coletiva enquanto expressão tipicamente brasileira (L'ABBATE, 2003) e que deve ser entendida como:

Uma delimitação aproximada do campo da saúde não através de definições formais, mas considerando como ponto de partida sua atuação no contexto das práticas sanitárias brasileiras, num conjunto de tendências de ampliação e recomposição de seu espaço de intervenção ou, correspondentemente, de seu campo de saber e prática (DONNANGELO, 1983, não paginado).

Nos dias atuais a saúde coletiva passa por um processo de crescente reconhecimento e institucionalização devendo-se se firmar como entidade científica e política, com as vantagens e desvantagens que esta dupla missão pode significar. Fundada em 1979, a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, tem por finalidade atuar como articuladora entre os centros de treinamento, ensino e pesquisa em saúde coletiva para fortalecimento mútuo das entidades membros e para ampliação do diálogo com as comunidades técnico-científicas; vincula-se à formação de pessoal e produção de conhecimentos que contribuam para superar as desigualdades econômicas, sociais e sanitárias presentes na sociedade brasileira. O termo saúde coletiva, portanto, deve significar efetivamente a amplitude possível da gama de conotações assumidas pela noção de coletivo: coletivo / conjunto de indivíduos/interação entre elementos/conjunto de efeitos ou conseqüências da vida social; coletivo transformado em social como campo específico e estruturado de práticas.

Situado o Estado do Pará na região norte do país, inserida na região amazônica, periferia centro brasileiro de desenvolvimento industrial, no sul e sudeste, não se deve tão-somente vê-lo como porção territorial física de baixa densidade demográfica, mas adotar a conceituação tecnogeográfica proposta por Milton Santos (SANTOS; SILVEIRA, 2001) quando demonstra que não há território virgem que não seja mediatizado pela intervenção humana.

Quando se estuda a Amazônia, no contexto do desenvolvimento brasileiro, constata-se que histórica e sistematicamente, não obstante às ilações místicas e míticas da maior floresta tropical do planeta, a região tem sido discriminada, o que se pode afirmar pela desigualdade orçamentária com que vem sendo tratada pelos governos, independentemente de suas matizes ideológicas. De acordo com Oliveira (2005), em especial no setor saúde, “a descentralização deve ser pressuposto estratégico para a superação das desigualdades”.

Quanto ao número egressos de medicina que deveriam estar atuando na região consta que, superando a relação quantitativa preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (de 1 médico para 1.000 habitantes), haja no Brasil 1,38 médicos para cada 1.000 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005) habitantes. Há quem informe que no Brasil a média é de um médico para 162 habitantes, com picos no Rio de Janeiro (1/301) e Distrito Federal (1/309). (ESTUDANTES ..., 2005, p. 34).

Segundo Gustavo Petta (2006, p. 6), presidente da União Nacional dos Estudantes (UNE)

Na gestão Fernando Henrique Cardoso, o Estado se desobrigou em relação ao ensino superior, passando a responsabilidade para o setor privado. Com isso, tivemos o crescimento descontrolado de universidades privadas que, na maioria dos casos não foram acompanhadas pela qualidade. Hoje temos a abertura de escolas sem que se leve em consideração a demanda e os aspectos regionais. Não temos um projeto de formação profissional no país de acordo com as necessidades e sim com os interesses financeiros do mercado.

Para outro estudante, diretor da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Luiz Fernando Nicolodi “a educação no país tem sido encarada como um grande negócio”. Ele acusa os empresários do ensino de usarem sua grande influência nas instâncias de decisão; infelizmente, o sistema de ensino segue a lógica da reprodução do conhecimento e não da sua construção, gerando pouca autonomia e se caracterizando como aparelho ideológico de um Estado que mais pretende alienar do que esclarecer.

As entidades médicas de representação estudantil (UNE e DENEM) e de representação profissional (Conselho Federal de Medicina - CFM e Federação Nacional dos Médicos - FENAM) posicionam-se contra abertura novas escolas médicas sejam elas públicas ou privadas. Defendem que o Conselho Nacional de Saúde (CNS) tenha poder deliberativo e não meramente consultivo sobre a questão da abertura de novas escolas médicas e que ela só se dê com a decisão favorável do Conselho Nacional de Educação (CNE) do Ministério da Educação (MEC).

O que se apreende é que o estado não tem proposta de um projeto político pedagógico que possa dar diretriz às instituições formadoras no sentido de orientar perfis capazes de desenvolver competências para o atendimento de objetivos que sejam de interesse da sociedade. Então o que existe é a predominância da lógica de mercado com objetivo de lucro que determina a abertura de escolas médicas como resultado da força da influência dos empresários do ensino que pressionam deputados, senadores e sobre instâncias governamentais decisórias para obtenção de autorizações que facilitem a viabilidade de seus negócios.

Se, consultados os indicadores e padrões oficiais, não há necessidade da abertura de novas escolas, será motivo de estudo a distribuição dos egressos no território continental da Amazônia e do Pará. Entretanto, o mais preocupante é a sua

concentração nas capitais fazendo com que a sua distribuição seja insuficiente para o atendimento dos municípios do interior¹¹.

Observando o processo de formação há quem afirme (SAKAI e CORDONI JUNIOR, 2004 e MASSIGLIA,1996) que o modelo norteador da educação médica brasileira é o flexneriano¹², que foi implantado a partir da década dos quarenta, quando da criação de novas escolas e da reestruturação das antigas. Embora o modelo flexneriano tenha reconhecido mérito contra a quantidade abusiva de escolas e no sentido de qualificar o ensino e, por conseguinte, na melhoria da formação dos futuros egressos, continua sendo o aprendizado centralizado na figura templária do hospital, com maior ênfase para o diagnóstico e a terapêutica, portanto curativista, posto que valoriza muito mais a doença do que a saúde, e se não vem a ser contrário as ações preventivas, preconizado pelo modelo promocional, que inclusive defende a saúde enquanto direito de cidadania, não o ajuda de forma decisiva na medida em que se insinua como fator principal, quando na verdade deveria ser complementar, no espectro da atenção integral.

O espetacular aumento do número de escolas que vêm sendo abertas no Brasil, elevado de 99 no ano 2000 para 151 em 2005 - portanto mais de cinquenta, somente nos últimos cinco anos – caracterizam para (NASSIF, 2006) “verdadeiro festival de escolas médicas” que guardam semelhança com a situação dos EUA e do Canadá antes do Relatório Flexner. Então, fazendo-se análise e citando suas palavras, é possível que “o ensino médico atual precise viabilizar um projeto Flexner brasileiro com o propósito de recuperar escolas deficientes e suspender os vestibulares e as matrículas novas naquelas comprovadamente irrecuperáveis”.

A história do ensino médico no Brasil, a rigor, começa com a chegada de D. João VI em 1808 e a fundação das escolas de Salvador e do Rio de Janeiro. Porém, quando se evidencia a preocupação quanto ao ensino e a formação de profissionais de saúde, não há como fazê-lo sem considerar, além dos fatores históricos, outros

¹¹ Segundo Machado (1996), em 1996, 87 % dos médicos brasileiros concentram-se nas capitais; de acordo com pesquisa do CFM, em 2004 eles são 62%

¹² No início do século XX, em 1906, os EUA e o Canadá tinham 160 faculdades de medicina, mal equipadas, sem currículo regulamentado, corpo docente fraco; o ensino médico apenas preocupado com o lucro formava profissionais despreparados. Henry Pritchett, presidente da Fundação Carnegie, contratou um educador chamado Abraham Flexner que de 1906 até 1910 visitou cada uma das 160 escolas. O Relatório Flexner (publicado no Boletim n.4, da Fundação Carnegie, em 1910) provocou o fechamento de 94 escolas médicas e para as remanescentes determinou: sua vinculação a universidade ou hospital previamente qualificado e o “state board” para a capacitação técnica. A partir de 1933, EUA e Canadá, passaram a ter 66 faculdades de medicina confiáveis e a formar profissionais capacitados e em número suficiente para atender suas populações.

culturais, econômicos e educacionais que, sem dúvida, interferem nos processos de avaliação.

Naturalmente que a avaliação sempre existirá enquanto ato de julgar, pesar, medir e atribuir valor. Porém, na perspectiva axiológica educacional dos egressos, o que se quer acentuar é a dimensão de valores para analisar, examinar, perceber problemas, refletir, ponderar, comparar, considerar... Enfim, explorar a avaliação enquanto processo teórico-metodológico em construção, multifatorial e participativo, - de sujeitos e sujeitos -, ou seja, não somente *sobre*, mas *com* a participação de egressos. No sentido pedagógico a avaliação deve, pois, ser considerada como tempo obrigatório e fundamental não limitadamente ao objetivo de apenas registrar um momento no tempo e no espaço, mas, respeitando as dinâmicas contextuais e na perspectiva do exercício de refazer, reconstruir e replanejar.

Não é fácil, pois, delimitar períodos no delineamento da história da medicina universal ou da medicina no Brasil. Entretanto, o que se propõe não se trata tão somente de uma divisão cronológica e nem de valorização historiográfica isolada para destacar nomes ou feitos. O foco principal será observar o desempenho dos egressos, suas atuações na sociedade e, por conseguinte, identificar e comparar perfis. Então, desde logo, anuncia-se estabelecer uma periodicidade histórica, balizada em marcos históricos, cronológicos ou legais, contudo que facilitasse perceber a contribuição dos egressos e o entendimento do que foi estudado e que vai ser exposto.

Talvez que as pioneiras tentativas de registrar experiências e transmiti-las aos seus descendentes tenham sido as pinturas em pedras feitas pelo homem das cavernas na pré-história¹³. Ainda que não se comunicasse em códigos explícitos que se pudessem decodificar e configurar em linguagem, como fazemos nos dias atuais, as marcas rupestres devem ser interpretadas enquanto prova incontestável de iniciativa primitiva do ser humano em legar os seus conhecimentos para os seus descendentes.

Entretanto, apesar de esparsos registros de práticas médicas desenvolvidas por diversos povos antigos, essas iniciativas devem ser vistas muito mais como

¹³ Para melhor compreensão das referências utilizadas adotou-se a clássica divisão da História Geral: em duas *Eras*, antes de Cristo (a.C.) e depois de Cristo (d.C.); e *Idades*: Antiga ou Antiguidade (da invenção da Escrita, aproximadamente 4000 a.C. até a queda do Império Romano do Ocidente, em 476 d.C.); Média de 476 d.C. até a tomada de Constantinopla pelos turcos-otomanos, em 1453; Moderna de 1453 até 1789, data de Revolução Francesa; e a Idade Contemporânea de 1789 até os dias de hoje. (VICENTINO, C.; DORIGO, G., 2002 p.16).

atitudes - talvez as únicas possíveis - para alívio do sofrimento humano e preservação da própria vida, do que enquanto expressão consciente para registro de informações.

Deve-se reconhecer que, muito além da descoberta do fogo e da roda, milhões de anos foram necessários para que a humanidade aprendesse a organizar sua experiência e comunicá-la de forma sistematizada, para que se chegasse ao atual estágio de arte, ciência e tecnologia que caracteriza o conhecimento hodierno acumulado e contemporaneamente herdado de geração a geração sobre a natureza, e sobre o próprio ser humano e sua história.

Nos tempos primitivos a medicina se revestiu de um caráter mágico e religioso. Acreditava-se que as doenças tinham causas sobrenaturais e que o sofrimento era castigo dos deuses. Esse quadro só começou a mudar no século V a.C. com a medicina hipocrática na Grécia Antiga¹⁴.

Durante a Idade Média foi a medicina praticada por bruxos e monges, e as ordens religiosas, que condenavam os bruxos, preservavam os manuscritos que existiam. Sendo assim, enfermarias e albergues situavam-se junto a mosteiros e igrejas, onde os enfermos, respectivamente podiam ser assistidos e enterrados. Predominava uma prática muito mais misericordiosa em obediência aos desígnios dos deuses, do que a intervenção revivificadora do ser humano em razão de sua própria humanidade.

Somente após a fundação da escola de Salerno, por volta do século IX, e o surgimento das primeiras universidades européias, a medicina começou a ser institucionalizada. No ano de 931 d.C. em Bagdá, os árabes promoveram o primeiro exame público para credenciamento de médicos em exercício. Vale ressaltar que nessa época os árabes ocupavam a região Lusitânia, na península ibérica, território onde somente um século mais tarde apareceria Portugal enquanto nação. Na Idade Média a medicina viu-se cerceada pela Santa Inquisição. A religião e o ensino, pois, muitas vezes se faziam clandestinos e sob pena dos praticantes pagarem com a própria vida na fogueira (VARNHAGEN, 1967). A profissão era aprendida por discípulos subordinados à tutela de um mestre. Será, portanto, no final da Idade Média e, sobretudo estimulada pelo Renascimento - depois de um longo período de trevas - que a humanidade renasce e se criam as universidades, inclusive a de Lisboa. Tendo como enfoque primordial a tentativa de identificar os perfis dos

¹⁴ Segundo a doutrina hipocrática, as doenças resultariam do desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra - Teoria dos quatro humores. (SANTOS FILHO, 1977, p. 278).

egressos de medicina no Pará buscou-se investigar suas presenças e características de atuação. Estabeleceu-se então duas fases: uma antes de 1957 e outra depois. Na primeira as informações foram procuradas em crônicas, jornais, livros e mesmo por depoimentos de familiares; na segunda utilizou-se um questionário cujas respostas permitiram obter informações para a construção desses perfis.

O que caracteriza o ser humano e o diferencia dos outros animais é a sua não-indiferença com relação ao mundo, que o leva a criar valores e a fazer deles objetivos que busca alcançar; o que lhe possibilita a concretização dessa diferença é precisamente a atividade que ele desenvolve para concretizar esse fim, ou seja, o trabalho humano. O trabalho em sua forma humana é, pois, a mediação que o ser humano necessita para construir-se historicamente. Entretanto, não basta que as pessoas tenham um trabalho, e que o simples exercício de sua atividade seja visto como fim. O trabalho é na verdade meio para que o mesmo, além do suprimento de suas necessidades, possa ter acesso ao supérfluo, ou seja, o ser humano não almeja tão-somente viver ou sobreviver tendo suas necessidades básicas satisfeitas, o ser humano almeja *viver bem*, viver prazerosamente, viver feliz (ORTEGA Y GASSET, 1963).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS (Lei nº 8.080) trouxeram novo alento à população brasileira. A partir de então as universidades vêm realizando o debate de como reformular seus currículos e conteúdos programáticos e metodologias, no sentido de passar a formar profissionais de saúde capazes de atender as exigências da sociedade e torná-la mais feliz. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394), também, aponta para a formação de profissionais que estejam comprometidos com o desenvolvimento do povo brasileiro. Portanto, se a discussão pedagógica, filosófica e política será, sempre democrática e travada nas arenas das academias, do ponto de vista legal, a Sociedade e o Estado brasileiro já possuem um arcabouço jurídico e institucional para a saúde e para a educação.

Identificados, pois, os perfis dos egressos de medicina no Pará, no século XX, no exercício da crítica buscou-se analisar cada variável de per si:

3.1 QUANTIDADE

Ano	Total	Egressos/ ano	Comentários
1655	3		Egressos passam pelo Pará, na Comissão Demarcadora de Limites entre Portugal e Espanha.
1726	1		Primeiro egresso no Pará, egresso de Coimbra, Antonio Caldeira Sardo Villa Lobos.
1826	1		Primeiro médico paraense, egresso de Coimbra, Marcelino José Cardoso
1924	105		Até 1924, estima-se que 105 médicos exerciam a profissão no Pará. (3)
1924	4		Surgem primeiros egressos do Pará da FMCPA e após 1924, apenas 32 médicos vieram de fora para o Pará (3).
1924 a 1949	385	14,81	FMCPA
1950 a 1957	199	24,87	FMCPA federalizada
1958 a 2004	6.630	141, 06	UFPA
1924 a 2004	7.214	90,17	Egressos do Pará

Quadro 3 - Cronologia de egressos de medicina no Pará - 1655-2004

Historicamente a criação da FMCPA, em 1919, foi fator preponderante para a formação de egressos não só no Pará como na região amazônica. Após sua federalização em 1950, amplia-se o acesso a estudantes mais pobres e que serão oriundos de estados vizinhos e municípios do interior. Contemporaneamente, ao se estudar quantidade, há que se destacar criteriosamente a importância numérica relativa e absoluta de egressos, em determinado território, em tempo definido e sua respectiva população. Importa destacar duas variáveis que são a proporcionalidade e a concentração. Quanto a questão da proporcionalidade, a OMS preconiza a relação (1:1.000) de um médico para cada mil habitantes. Em nosso trabalho pôde-se observar, desde o momento de inexistência de egressos nos primórdios da organização urbana de Belém, em 1616, nos albores do século XVII, sua insuficiência nos séculos VIII e XIX frente a população crescente, e acompanhar o aumento progressivo da quantidade de egressos no século XX, graças a criação de escolas no Estado.

Como informação mais recente, em pesquisa realizada em 2004 (CFM, 2005), para uma população do Estado do Pará de 4.331.405 habitantes, e informados pelo Conselho Regional de Medicina (CRM) da existência de 4.022 egressos atuando, observa-se que a relação é de 0,93 para cada 1.000 habitantes, ou seja, de um médico para cada 1.076,9 habitantes. Se atualmente o problema da quantidade se nos parece senão resolvido, mas pelo menos equilibrado, outra variável que se deve agora considerar como preocupação é a concentração uma vez que 80,5 % (CFM,

2005) dos egressos estão na capital, donde se observa que apenas 19,5 %, que são relativamente insuficientes para atender as populações dos demais 142 municípios do interior. Portanto, os números absolutos são compatíveis, a proporcionalidade é equilibrada, porém, a concentração indica que os números relativos são inadequados.

3.2 GÊNERO

Secularmente os homens têm sido inseridos como objeto exclusivo de estudos. Segundo este modelo referido como patriarcal, o homem era único indivíduo racional, ativo no público, na produção da ciência e da cultura, provedor sexual; poderoso e universalizado na sua dominação machista. Para a mulher, restava a face emocional, passiva, condenada a ser personagem coadjuvante no cenário de dominação onde o protagonista é o macho e tendo sua condição feminina limitada a esfera doméstica e reprodutiva.

A partir dos anos cinquenta com as manifestações dos jovens americanos “rebeldes sem causa”, dos trabalhos de Friedan (1963) que expôs o “problema sem nomes” das esposas americanas que, apesar de terem diplomas universitários, viviam confinadas em casa, e da conquista do direito de votar que no Brasil emerge com alguma força o chamado movimento de libertação feminina.

Nesse contexto resolveu-se investigar a participação de gênero em nossas amostragens. Note-se que, embora não seja de somenos importância, não se abordou etnia/raça/cor e religião nas questões de gênero.

Não se pode esquecer que o movimento feminista não é fenômeno isolado, mas apenas um dos argumentos de toda uma geração “contra-cultura” que se opôs à forma então estabelecida: individualista, consumista e competitiva, contra a força do complexo militar-industrial, opondo-se a família patriarcal, machista, repressora e violenta e que teve o poder de agregar hippies, gays, mulheres, jovens universitários das esquerdas em posturas críticas, contra – hegemonias e muitas vezes irônicas que dizia não aos valores dominantes da ordem social vigente. Como referência emblemática desse período, nos anos sessenta, recorde-se de Caetano Veloso em um festival de música defendendo *É Proibido proibir*.

Salvo raríssimos e ilustres destaques femininos como Eva Curie, Ana Nery e Bettina Ferro de Souza - em especial no Pará - na história da saúde e da medicina pontificam predominantemente nomes masculinos.

Observa-se, então, o aumento espetacular de mais de mil por cento, ou seja, do percentual de sexo feminino que representava apenas 2,86% na Fase I, passa a significar 30% na Fase II.

Tabela 28 - Gênero dos Egressos – Fase I e Fase II

Fase	Masculino	Feminino	Total
Fase I	68	2	70
Fase II	49	21	70
TOTAL	117	23	140

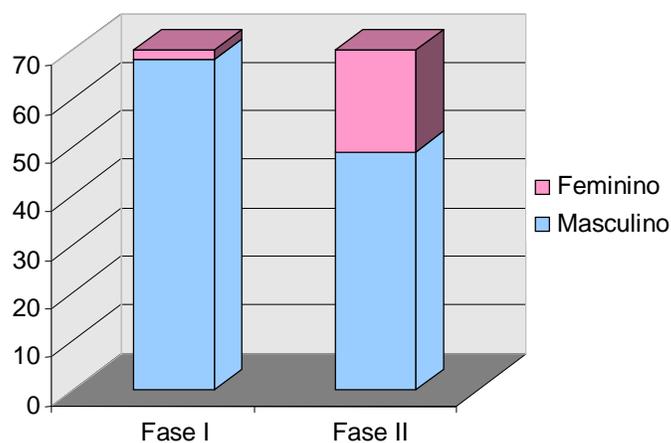


Gráfico 18 - Gênero dos egressos – Fase I e Fase II

3.3 IDADE NA FORMATURA

Dentre os egressos da Fase I, no tempo da formatura, o mais jovem tinha dezessete anos e o mais idoso, quarenta e seis. Porém, considerando os setenta egressos da Fase I, a Média de Idade na Formatura é 24,81 anos.

Na Fase II, o mais jovem egresso também tinha dezessete anos e o mais idoso, quarenta e dois. A média de idade na formatura é de 25,59 anos.

Considerando os anos de ingresso nas escolas médicas e os anos de formatura, em ambas as Fases não houve variação significativa, o que nos permite

observar que a duração dos cursos de medicina foi de seis anos, aliás, média que permanece majoritariamente até hoje em todas as escolas. Diminuindo o ano de formatura pelo ano de nascimento obteve-se o ano de cada egresso no momento da formatura.

Considerando-se as Fases I e II, os anos de ingressos, anos de formaturas, as médias de idades de formaturas e os tempos despendidos, pode-se afirmar que: os egressos da Fase I formaram-se 0,78 ano (ou nove meses) mais jovens do que os egressos da Fase II, ou que os da Fase II formaram-se 0,78 ano (ou nove meses) mais velhos do que os da Fase I; tanto os egressos da Fase I, quanto os egressos da Fase II, despenderam seis anos de preparação, então a duração do curso de medicina é de seis anos; e, em média os alunos dos cursos de medicina formam-se com 25,20 anos.

Tabela 29 - Idade média de formatura – Fases I e II

Fases	Idade de formatura
Fase I	24,81
Fase II	25,59
MÉDIA	25,20

3.4. ESCOLAS DE FORMAÇÃO

Na Fase I, devido a ausência de escola médica, que só vai surgir em 1919, a maioria dos egressos são estrangeiros (47= 67,15%) e apenas uma parte (23= 32,85%) são egressos formados no Pará. Na Fase II, a totalidade da amostra (70= 100%) só é de egressos formados por escola paraense.

Comparando as Fases I e II, pode-se concluir que antes da existência de uma escola médica no Pará os médicos que aqui clinicaram foram formados no exterior, principalmente em Portugal e na França, ou em outras nacionais, com predominância das escolas do Rio de Janeiro, depois Bahia e Pernambuco.

Tabela 30 - Quantidade de egressos por escola – Fases I e II

Fase	Faculdade de formação	Quantidade	%
Fase I	Rio de Janeiro	33	47,14
	Pará	23	32,86
	Bahia	9	12,86
	Coimbra	2	2,86
	Lisboa	1	1,43
	Paris	1	1,43
	Pernambuco	1	1,43
TOTAL – Fase I		70	100,00
Fase II	Pará	70	100,00
TOTAL – Fase II		70	100,00

3.5 ORIGEM DE NASCIMENTO

Considerando, pois, as condições de egressos no Pará, e egressos do Pará, podemos observar que nossa amostra abordou 140 egressos, sendo 47 (33,57%) de egressos **no Pará** e 93 egressos **do Pará** (66,43%).

Tabela 31 - Quantidade e percentual de egressos no e do Pará – Fase I e II

Egressos	Fase I	Fase II	Fase I + Fase II	%
No Pará	47	0	47	33,57
Do Pará	23	70	93	66,43
TOTAL	70	70	140	100,00

Tabela 32 - Origem de nascimento - Egressos Fase I e Fase II

Local	Fase I	Fase II	Fase I + Fase II	%
Portugal	1	0	1	0,72
Outros Estados	13	0	13	9,28
Belém	43	57	100	71,43
Interior do Estado	13	13	26	18,57
TOTAL	70	70	140	100,00

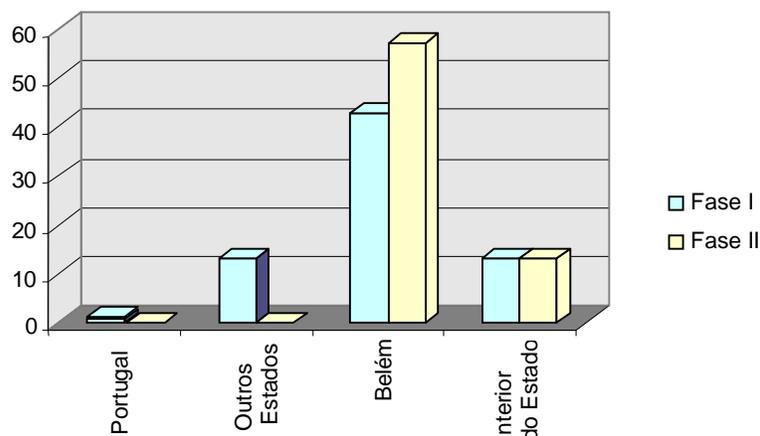


Gráfico 19 - Origem de nascimento dos egressos - Fase I e Fase II

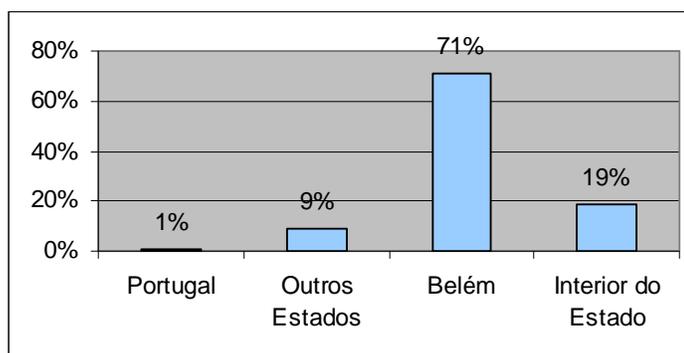


Gráfico 20 - Origem por escola - Fase I e Fase II

3.6.TIPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Os dados permitem informar que os egressos da Fase I, em sua grande maioria, dedicaram-se ao exercício da clínica geral ou da clínica geral mais especialidade (97,14%) e, apenas uma minoria de 2,86%; às especialidades.

O comportamento dos egressos quanto ao tipo de exercício pode ser conseqüência da formação recebida pelas escolas da Fase I, notadamente do modelo liberal e de formação generalista; os egressos da Fase II se dedicam muito mais às especialidades (90%) do que à clínica geral (10,00%) e que não há registro de egressos que se dediquem ao duplo exercício de clínica geral mais especialidade, talvez conseqüência do modelo científico, tecnicista com a prática voltada para a formação de especialistas. Contrariando os projetos político-

pedagógicos que preconizam a formação de generalistas, isto é, de clínicos gerais e humanistas, as escolas estão formando tecnicistas e especialistas. Portanto, algumas providências devem ser adotadas, já que as escolas estão formando especialistas; o exercício de especialidades é fenômeno relativamente novo e somente a partir dos anos 50 e 60 é que foi possível detectá-lo com maior prevalência.

3.7 ATIVIDADES ACADÊMICAS

A comparação das quantidades dos egressos com atividades acadêmicas nas Fases I e II.

Tabela 33 - Quantidade de egressos, com atividades acadêmicas – Fases I e II

Atividade acadêmica	Fase I	Fase II	Total	%
Sim	45	15	60	42,86
Não	25	55	80	57,14
TOTAL	70	70	140	100,00

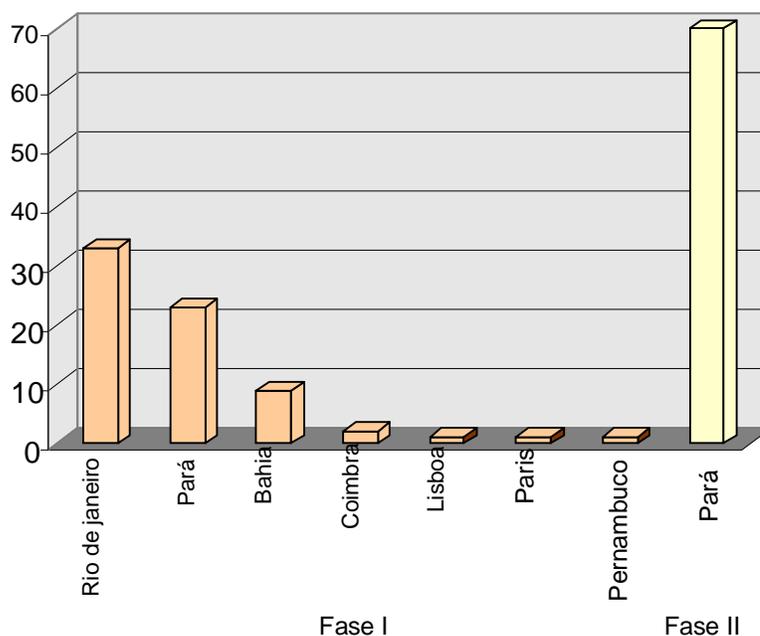


Gráfico 21 - Quantidade de egressos por escola – Fases I e II

De modo geral, ao fazer análise comparativa dos dados entre a Fase I e a Fase II, pode-se especular que na Fase I 42,86% dos egressos de medicina, também, se dedicam às atividades de ensino, seja no ensino médio ou no ensino superior; na fundação da primeira escola médica do Pará, em 1919, o Dr. Camilo Salgado, na tentativa de formar o primeiro corpo docente convocou os “elementos de maior realce do meio médico” (CARVALHO, 1920) e que os mesmos, por uma questão de atender a “convocação”, tenham aceitado ser professores. Este fato de ter interferido estatisticamente nos dados dos egressos da Fase I.

As escolas da Fase II não tenham priorizado, em seus currículos, o estímulo aos estudantes para que os mesmos, também, se dediquem à arte de ensinar. Na amostra apenas (21,43%), ou seja, um em cada cinco egressos se dedicam ao ensino ou pesquisa; dos egressos que se dedicam as atividades docentes, 64,3 acumulam com outras referentes a prática médica atuando em ambulatórios e hospitais. Do que se dedicam ao ensino, apenas 35,7 o fazem com dedicação exclusiva. (CFM, 2005).

3.8 CARÁTER PÚBLICO OU PRIVADO

Apresenta - se a comparação da quantidade e do percentual de atividade pública e privada dos egressos das Fases I e II.

Tabela 34 - Quantidade e percentual dos egressos, com atividades públicas e privadas - Fases I e II

Atividade	Fase I		Fase II	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Pública	42	60,00	10	14,29
Privada	1	1,42	7	10,00
Pública e Privada	27	38,58	53	75,71
TOTAL	70	100,00	70	100,00

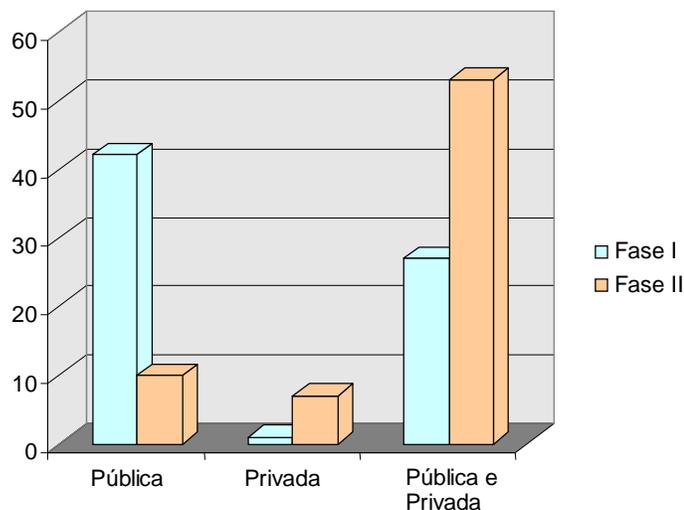


Gráfico 22 - Quantidade e percentual dos egressos com atividades públicas e privadas – Fases I e II

Comparativamente, pode-se dizer que os egressos da Fase I se dedicaram muito mais ao serviço público do que ao serviço privado; a atividade pública dos egressos da Fase II (14,29%) foi aproximadamente quatro vezes menor (60,00%), do que dos egressos da Fase I; e, o acúmulo de atividades públicas e privadas praticamente duplicou com relação aos egressos da Fase I para os da Fase II (de 38,57% para 75,71%).

3.9 ATIVIDADES POLÍTICAS

Computados os dados da Fase I e Fase II, pode-se dizer que: a participação política na sociedade foi quase dez vezes maior do que dos egressos da Fase I do que da Fase II; os egressos da Fase II que não tiveram participação política (94,29%) foi por falta de iniciativa individual, ou por falta de compromisso para com a sociedade e não estimulado pela instituição formadora.

Tabela 35 - Quantidade e percentual dos egressos, com atividades políticas – Fases I e II

Atividade Política	Fase I		Fase II	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Sim	31	44,29	4	5,71
Não	39	55,71	66	94,29
TOTAL	70	100,00	70	100,00

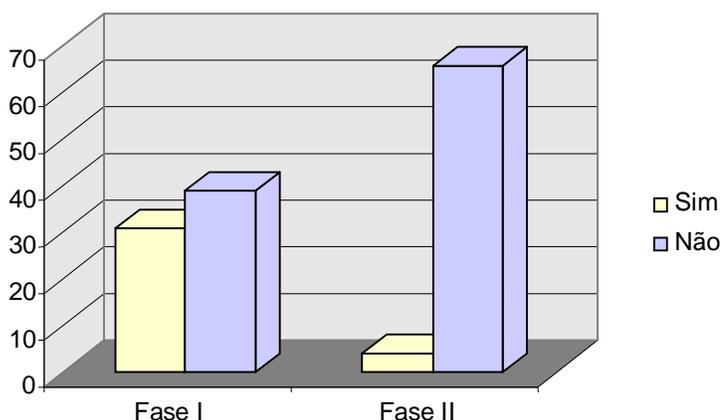


Gráfico 23 - Quantidade de egressos com atividades políticas – Fases I e II

No que diz respeito a participação política identifica-se duas modalidades a classificar: uma é a política corporativa nas sociedades e sindicatos, portanto de interesse da categoria profissional; e outra a política partidária no poder legislativo, seja no âmbito municipal, estadual ou federal.

Observa-se que a filiação as associações vem diminuindo atualmente (MACHADO,1996) registrava 75,5, contra os 62,6 do (CFM, 2005). Com relação aos sindicalizados, em 1996, eram 63,8 e agora (2005) são apenas 45,5 %. Perguntados pelos motivos de sua não filiação ao sindicato, 64,5% disseram *pela falta de interesse* e 35,5% *por ser oneroso*.

Quanto ao que pensam os egressos sobre atuação das associações médicas no Pará, demonstrando não ter clareza quando a missão institucional do CRM que não deve ser visto como associação corporativa e sim como órgão fiscalizador do exercício profissional e, portanto, a serviço da sociedade e não da categoria, responderam que a atuação do CRM é satisfatória (51%), a representante da Associação Médica brasileira (AMB) no Pará, que é a Sociedade Médico Cirúrgica

do Pará (SMCPA) (38,4% satisfatória e 37,6) mais ou menos e o sindicato Insatisfatório (59,8%).

Com relação a implantação do SUS, como expressão estratégica de política de saúde pública, os egressos de medicina no Pará acreditam que a cobertura assistencial da população (54,2%) e a oferta de emprego médico (79,5%) melhoraram; porém, as condições de trabalho não se alteraram (58,0%) e os rendimentos pioraram (49,6%). É preciso organizar melhor (52,0%) para aumentar a qualidade dos serviços (51,5%) e o mais inadequado é o atendimento de urgência e emergência (70,6%) (CFM, 2005).

3.10 PÓS-GRADUAÇÃO

Com relação aos egressos da Fase I, a presença de pós-graduações internacionais só passa a ser detectada dentre os egressos da Fase I, por conta da inexistência de serviços nacionais gabaritados. Quase a totalidade dos egressos da Fase II (94,29%) procurou e fez algum tipo de pós-graduação e os mesmos foram realizados em serviços nacionais. A imensa procura dos egressos da Fase II (94,29%) comparada com os egressos da Fase I (28,57%) se deve ao grande estímulo de aperfeiçoamento individual ou institucional; e a necessidade de pós-graduação dos egressos da Fase II pode ser interpretada como reflexo da má qualidade da graduação.

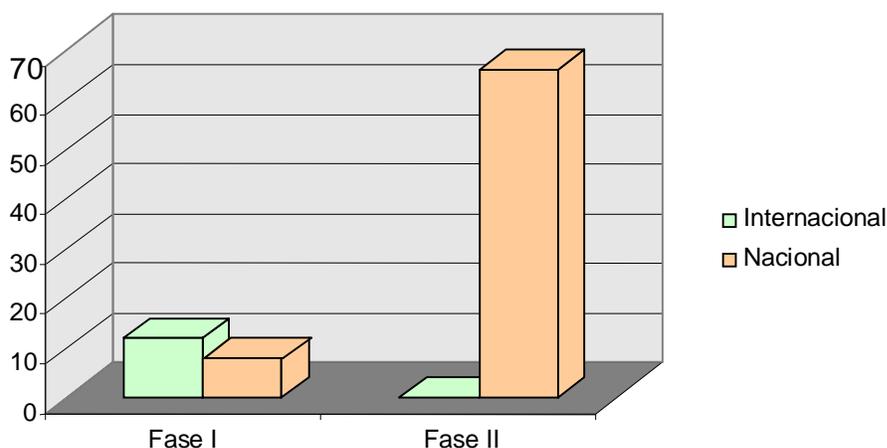


Gráfico 24 - Quantidade de pós-graduados - Fases I e II

Em 2004 (CFM, 2005) todos os egressos de medicina no Pará graduaram-se no próprio país e a imensa maioria (97,2%) é oriunda de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas. As duas principais IES formadoras são a UFPA com 62,4 e a UEPA com 24,8%. Cerca de 80,7% informam ter concluído algum Curso de Pós-graduação. Aproximadamente metade deles fez Residência Médica, sendo que 97,3% em IES públicas e 32,4% na própria região. Os Cursos de Especialização foram feitos por 52,5% a maioria em IES públicas e nacionais (93,4%) e 53,6% na própria região. Relativamente a pós-graduação *stricto sensu*, 7,3% fizeram Mestrado e apenas 1,3% têm Doutorado. Com relação aos títulos de Especialistas registrados pela AMB atualmente (2004). 57,2% os possuem.

3.11 PRODUÇÃO CULTURAL

Considerando o número de egressos da Fase I envolvido em produção cultural é mais do que o dobro dos egressos da Fase II; e mais de 90% dos egressos, da Fase II não apresenta nenhum tipo de produção cultural.

Tabela 36 - Quantidade e percentual de egressos, com produção cultural – Fases I e II.

Produção cultural	Fase I		Fase II	
	Quantidade	%	Quantidade	%
Sim	15	21,43	6	8,57
Não	55	78,57	64	91,43
TOTAL	70	100,00	70	100,00

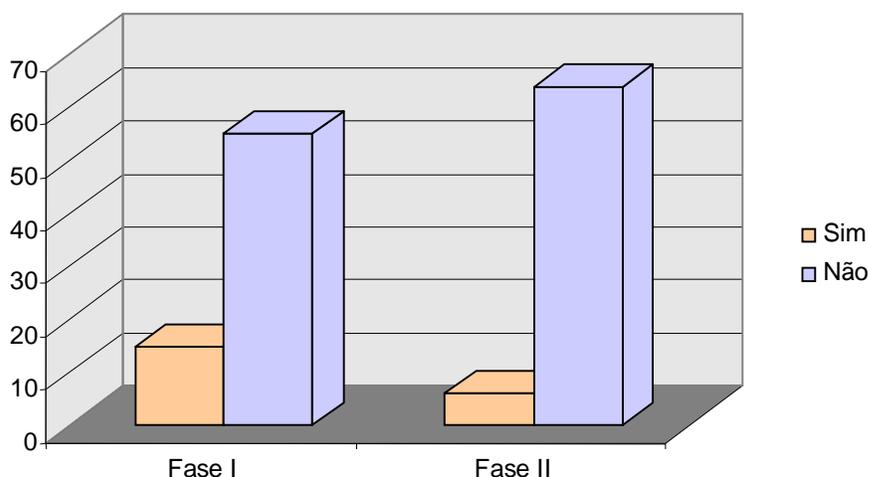


Gráfico 25 - Quantidade de egressos com produção cultural - Fases I e II

Quando se aborda o aspecto cultural, no que diz respeito aos valores humanos, há que se considerar duas dimensões principais (GOUVEIA, 2003), uma de orientação (pessoal, central ou social) e outra de representação cognitiva das necessidades (materialista ou humanista). Colocados diante de vinte e quatro palavras significantes de valores, os egressos do Pará identificaram como totalmente importantes, em ordem decrescente de hierarquia: honestidade, ordem social, saúde, maturidade e afetividade. E nada importantes: emoção, poder e religiosidade.

3.12 PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Comparativamente pode-se avaliar que a produção científica dos egressos da Fase I (31,43%) foi maior, quase o dobro do que a dos egressos da Fase II (18,96%), apesar do avanço da tecnologia, da informação e do conhecimento científico, a produção mais recente é menor do que a produção mais antiga.

Em 2004 (CFM, 2005) 83,3% dos egressos paraenses declararam ter participado de congressos nos últimos dois anos e 91,3% afirmam ter acesso a revistas científicas. Porém, quanto a participação em projetos de pesquisa, extensão e publicação de artigos ou trabalhos científicos, não se dispõe de informações.

Em resumo pode-se afirmar que o perfil desejado para os egressos em medicina e que os mesmos sejam nascidos na Amazônia e dominem o

conhecimento epidemiológico regional, que sejam formados nas escolas do Pará, e independente de serem homens ou mulheres, sejam humanistas no sentido da valorização do homem; generalistas; indivíduos conscientes da necessidade de educação permanente, comprometidos não com o mercado e nem com o estado, mas com a sociedade, com as comunidades; que atuem com rigor científico, que sejam éticos, críticos, sujeitos da história; esclarecidos do ponto de vista político e culturalmente participantes. A construção do perfil desejado será sempre mais consistente na medida em que se reconhece criticamente os perfis anteriores e a dimensão histórica e contextual passa a ser compreendida.

Esquemáticamente ver quadro 4.

Perfil Fase 1 - Século XX	Percentual	Perfil Fase 2 - Século XX	Percentual	Perfil Desejado Século XXI
Estrangeiros e nascidos no Pará	80,00%	Todos nascidos no Pará	100,00%	Nascidos na Amazônia
Formados em escolas de fora	67,14%	Formados em escolas do Pará	100,00%	Formados no Pará
Sexo masculino	97,14%	02 homens / 01 mulher	70% / 30%	Homens e Mulheres
Humanistas		Técnicistas		Humanistas
Generalistas	97,14%	Especialistas	90%	Generalistas
Minoria pós - graduada	28,57%	Maioria pós - graduada	94,29%	Educação permanente
Dedicados ao ensino	64,29%	Não dedicados	21,43%	Comprometidos
Atividade pública	60,00%	Atividade pública e privada	75,71%	Sociedade
Boa produção científica	31,43%	Insuficiente produção científica	18,57%	Rigor científico
Ativistas políticos	44,29%	Alienados políticos	5,71%	Esclarecidos politicamente
Culturalmente participantes	21,43%	Escassa participação cultural	8,57%	Culturalmente participantes

Quadro 4 – Perfis: egressos de Medicina no Pará

CAPÍTULO 4 - APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS: CONSTRUIR O AMANHÃ

Esta dissertação propõe que o estudo dos perfis de egressos em Medicina seja encarado de forma fundamental posto que somente a partir deles é que se pode avaliar seus desempenhos em competências, habilidades e atitudes no sentido de satisfazer significados e conceitos de saúde que são ideologicamente determinados e para os quais se opta conscientemente como direito de cidadania e dever do estado e que só poderá ser concretizado na medida em que se elaborem e executem políticas públicas de educação e saúde cuja instituição e instrumento sobre o qual recai a maior responsabilidade é a universidade com seus Cursos, obedientes a projetos político-pedagógicos, com a missão formadora de profissionais, para mudar estudantes em profissionais capacitados e de perfis adequados, e sobretudo transformadores de realidades, para fazer cumprir os objetivos das políticas públicas instituídas.

Entretanto, a avaliação de perfis de egressos e sua contribuição para a renovação de políticas públicas para a educação e a saúde, constitui-se por compreensão de processo que exigentemente incorpora outros elementos e fases. Trata-se, portanto, de um processo que tem características dinâmicas pela renovação constante, cíclicas porque de acordo com as contingências contextuais temporais se estabelece e se registra historicamente em períodos e gerações, utópicas porque sua concretude se manifesta pela busca incessante da satisfação do fazer e da melhoria de qualidade de vida para quem é feito, e que obedece uma ordem de proposição lógica e cognitiva, a partir do significado e do conceito de saúde adotado, ponto de partida e referência para a elaboração de políticas públicas, nas quais as principais protagonistas como instituições de missão formadora serão as universidades.

Cabe às universidades através de seus Cursos e seus projetos político-pedagógicos estruturados que sejam capazes de formar profissionais com os perfis indutores de competências, habilidades e atitudes, responsáveis pela correspondência determinada pelos perfis, que por sua vez devem refletir o ensinamentos dos cursos, na intenção das instituições formadoras, que obedecem políticas públicas para a satisfação de significados e conceitos atribuídos à Saúde.

Visto por esta lógica, há de se compreender que o processo, até pelo seu caráter contextual, dinâmico e utópico, será sempre dependente de transformações

e vivências na realidade da contextualização histórica e suas circunstâncias, com todos os atributos de sua complexidade econômica, cultural e social. Há que se compreender os ciclos de renovação processuais e que conferem atualização contestatória às deformidades da realidade e a afirmação do perene esforço na perspectiva de direitos de cidadania e deveres do estado.

Veja-se o contexto em que o Brasil está inserido nesse início de século XXI. É o maior País da América do Sul, com seus mais de quinhentos anos de descoberta, após ter sido colônia e império, e sua recente experiência republicana de pouco mais de cem anos¹⁵ abriga uma população de cerca de 182 milhões de brasileiros¹⁶ que convive paradoxalmente com o fausto e a desgraça. Em um território de potenciais riquezas econômicas, recursos naturais abundantes e surpreendente beleza natural, nele encontra-se um povo miserável que sofre pela falta de emprego, espoliado pela iníqua distribuição de renda e conseqüentes graves indicadores técnicos de carências e sofrimento social.

O índice de mortes por arma de fogo no Brasil é equivalente ao de um país em guerra. As causas externas que incluem homicídios, acidentes e suicídios mataram entre 1980 e 2000 cerca de dois milhões de pessoas, número semelhante ao da população de grandes cidades brasileiras. O atendimento às vítimas de trauma consome 24% do total de gastos do sistema de saúde e em alguns Estados pode chegar a 80%.

A violência é um dos mais graves problemas do nosso País que precisa ser enfrentado com empenho, pois, além de interromper vidas e desestruturar famílias ela sobrecarrega o sistema hospitalar, impede o atendimento a outros pacientes e penaliza duramente os profissionais de saúde. Segundo o historiador Luís Mir (2005), a maioria pertence a grupos sociais vulneráveis, necessita de atenção especializada e complexa e depende do atendimento da rede pública. Ainda de acordo com José do Egypto Soares (2006), “a informalidade da economia alcança índices superiores a 60%; e mais de 40% do Produto Interno Bruto (PIB) está concentrado nas mãos de menos de 10% de brasileiros”.

A evolução recente da educação superior brasileira mostra a necessidade urgente de reestruturar o sistema para que ele cumpra sob supervisão do poder público, a missão prevista para os setores público e privado na Constituição de

¹⁵ Descoberto em 21.04.1500 o Brasil foi colônia até a chegada da família real em 1808 até a proclamação da independência em 07.09.1822 e tornou-se república em 15.11.1889.

¹⁶ Fonte Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), população estimada em Julho de 2005.

1988. Exagerada e ao sabor das pressões políticas e do tráfico de influências é a expansão das instituições privadas nas últimas décadas, que colocou o Brasil na liderança da América Latina em número de instituições e de alunos matriculados em estabelecimentos privados. De 1994 até 2003, em termos percentuais, estes cresceram de 74,4 % para 88,9 %, enquanto o setor público encolheu, pois já minoritário em 25,6 % ficou reduzido a 11,1 %.

As propostas neoliberais do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), em obediência ao Consenso de Washington, privatizou empresas estatais e sucateou as universidades públicas de maneira perversa.

A Reforma da Educação proposta pelo governo Lula, a ser submetida ao Congresso Nacional diz respeitar a identidade e a vocação própria de cada tipo de instituição de ensino, assegurada sua missão pública, com qualidade e compromisso social, independente de sua estrutura jurídica. Aponte-se, pois, como gritante contradição a falta de coerência entre o que está sendo proposto e os direitos constitucionais que são preconizados como do cidadão sob responsabilidade do Estado e ainda a sobrepujança de interesses mercadológicos que acabam sendo impostos por uma política de governo que privilegia interesses corporativos e empresariais em detrimento de uma política de Estado.

Partindo então do atual contexto brasileiro, veja-se alguns significados e conceitos de saúde que serão decorrentes de visões diferenciadas, porém, que não podem deixar de ser encaradas como relevantes porque fazem parte da realidade.

Se na época do descobrimento o continente era habitado por índios, portanto ausente de qualquer forma de civilização do homem branco europeu, mesmo depois da chegada da família real ao Brasil - expulsa que fora de Portugal por Napoleão Bonaparte - a transformação da colônia em império não modificou hábitos e nem alterou as péssimas condições de saneamento e higiene da cidade do Rio de Janeiro elevada à categoria de sede principal do reinado de D. João VI. A história da saúde pública brasileira enquanto expressão de política de intervenção do Estado na verdade começa na transição da monarquia para a república levadas adiante por Oswaldo Cruz e Emilio Ribas combatendo a Febre Amarela e inclusive contando com a ajuda de Gaspar Vianna, destacado cientista paraense.

Entretanto, mesmo porque é um país periférico do poder globalizado, cujos centros são os EUA e a Europa, e historicamente dependente de suas economias, e refém dos ciclos de exploração de seus produtos naturais, do ouro, da cana de

açúcar, do café, da borracha e mais contemporaneamente muito mais como fornecedor de matérias primas e consumidor de manufaturas e produtos industrializados dos grandes centros, e ainda que seja considerado em desenvolvimento, nenhuma análise será consistente sem o reconhecimento de sua subordinação ao capitalismo como regime mundial.

Vale lembrar, nesse aspecto, que as estratégias e estruturas de acumulação de capital que hoje observamos têm sua origem ainda no final do século XIX, de onde se enraízam com a internacionalização dos custos na lógica da economia cumulativa que acaba por deixar à margem do acesso dos bens e serviços a maioria da população do planeta por conta da dominação de um grupo de países ricos dominados pelas elites detentoras do capital.

A história do financiamento de políticas públicas no Brasil confunde-se com a própria história da Educação e da Saúde posto que a primeira por reivindicação e a segunda por necessidade foram as primeiras áreas a exigir atenção do poder público. A primeira vinculação do financiamento da Educação aparece na Constituição de 1934 com Getúlio Vargas. Nos dias atuais, em obediência às recomendações do Banco Mundial e em consequência aos abalos do Bem Estar social europeu que provoca a reformulação de expansão do capital internacional, criado pelo governo Fernando Henrique Cardoso, o Fundo Desenvolvimento do Ensino Fundamental (FUNDEF), com a perspectiva de dez anos obriga que 60% dos recursos vinculados dos Estados, D. Federal e Municípios sejam aplicados do ensino fundamental. A União silencia sobre os seus percentuais e é omissa quanto ao que será destinado para a educação média e superior. O que se percebe é que, apesar de mais de quinhentos anos de história, ainda não fomos capazes de definir um modelo orgânico e estável de fornecimento de recursos para a Educação.

Antes que se possa citar e refletir sobre os diversos conceitos e significados que tentem expressar a Saúde enquanto plena manifestação anatômica e fisiológica dos seres vivos, certamente que é muito mais simples entender ou supor as causas de agravo e debilidade que acometem as pessoas. Sendo assim, durante grande parte da história universal, desde a idade Antiga e Média, que se estabeleceu como ordem empírica inquestionável que as doenças se manifestavam em razão do *contágio* e do *miasma*.

Contagium era uma substância derivada do corpo do doente e que, passando de um indivíduo para o outro transmitia a moléstia. *Miasma* era uma substância

gerada fora do corpo e que, espalhando-se por intermédio do ar produzia doença. Então, o contágio derivava do organismo doente e o miasma de matéria morta. Assim, a Sífilis (do homem para o homem); e a Raiva (do cão ao homem), eram exemplos típicos de moléstias devidas ao contágio. O Impaludismo, endêmico na Amazônia desde os tempos coloniais, e a Gripe eram consideradas doenças miasmáticas, isto é, adquiridas pela permanência em lugares de ar pestilencial, donde resultaram os nomes *mal-ária* (Mau ar, Malária) e Influenza (influências atmosféricas negativas), isto para não falar dos espíritos malignos e agourentos que motivaram perseguições aos pajés indígenas e levaram muitos alquimistas e bruxas a serem queimados nas fogueiras da Inquisição.

Ainda hoje somos herdeiros culturais deste tipo de interpretação supersticiosa que ainda provoca quebrantos, mau-fluídos e olhar-de-seca-pimenteira que nos estimula a bater três vezes na madeira.

Mas foi somente a partir dos trabalhos de Louis Pasteur e Robert Koch e Lister¹⁷.

No final do século XIX, que se inicia a era bacteriológica, que auxiliados pelo avanço tecnológico das lentes, os levaram à descoberta dos universos microscópios esclarecendo a etiologia de diferentes doenças¹⁸.

Então, podemos afirmar que não obstante a Saúde tenha seu conceito originário ligado à sensação de bem estar, ou seja, da plenitude da estrutura morfológica, e, por conseguinte do bom funcionamento dos sistemas, órgãos, tecidos e células; os agravos e agressões padecidas por esses organismos decorriam de causas subjetivas, atmosféricas e, sobretudo empíricas, no sentido de serem despidas do embasamento científico capaz de reproduzi-las pela experimentação.

Modo geral pode-se explorar ainda mais a complexidade desse significado empírico uma vez que o acometimento individual há de suscitar reações específicas e personalizadas e até metafísicas ainda que não se possa negar o adoecimento de grupos e populações vitimadas por manifestações epidêmicas que tenham dizimado

¹⁷ A partir de 1880, Louis Pasteur (1822-1895) através da experimentação científica afasta definitivamente a Teoria da Geração Espontânea; Robert Koch (1843-1910), em 1882 isola o bacilo da Tuberculose e no ano seguinte descobre o vibrião da Cólera; Lister (1867), impressionado com os trabalhos de Pasteur institui a cirurgia anti-séptica, usando como desinfetante o ácido fênico.

¹⁸ Carbunculose, Hanseníase, Gonorréia, Pneumonia Lobar, Furunculose, Osteomielite, Tifo, Tuberculose, Difteria, Cólera, Tétano, Meningite, Cancro Mole, Peste, Botulismo, Coqueluche, Sífilis dentre outras.

grandes aglomerados urbanos com a Peste Negra na Idade Média e a Gripe Espanhola nas primeiras décadas do século XX, e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), caracterizada enquanto pandemia nos dias de hoje.

Há que se ressaltar ainda um peculiar aspecto sobrenatural que protege a Saúde e ataca a Doença e que se expressa com caráter maniqueísta buscando afirmá-las como manifestações significantes do *bem* e do *mal*, aliás significados ainda presentes marcantemente na cultura hodierna. A Saúde é da parte divina enquanto a Doença é sempre diabólica.

Outro significado que não se pode renegar é o organizacional. Todos aqueles que foram estudantes da área da saúde, aprendemos nas salas de aulas de todas as universidades do país, nos anos setenta, oitenta e noventa um conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde, que procura definir Saúde “como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos” (OMS, 1946).

Afirmção de tal natureza e ainda mais considerando-se a força de uma instituição mundial surgida depois da Segunda Guerra Mundial nos leva a refletir acerca de seu significado de aspecto geral e abrangente que encontra conceituação e definição um tanto utópica, mas que deve ser também avaliada enquanto avanço posto que, além das condições meramente físicas e biológicas passa a expressar pelo menos a preocupação de estabilidade mental, portanto psicológica e sobretudo decorrente também de condições e situações sociais, ou seja, que vai além de manifestações clínicas prioritariamente apresentadas por intermédio da exposição de sintomas e sinais e que passam a ter um significado mais coletivo, e por conseguinte, produto resultante das somatória de responsabilidades sociais.

Essa conceituação de OMS levou Giovanni Berlinguer (1996, p. 21) a observar que “se um indivíduo proveniente de qualquer país do mundo, se apresentasse na sede da OMS em Genebra e declarasse: gozo de um completo bem estar físico, mental e social, correria o risco de ser considerado louco”. De qualquer modo, prosseguindo, o autor afirma que a fórmula da OMS demonstra fundamentalmente uma função de aspiração à Saúde.

De tal modo essa conceituação, que classificamos de modo organizacional, foi repetida e impingida a várias gerações que, sem embargo da crítica de seus significados é ainda repassada por velhos mestres e aceita por muitos especialistas da Saúde.

Para entender o significado mercadológico é preciso conhecer a grande crise econômica dos anos oitenta e suas repercussões que reduziu a taxa de crescimento dos países centrais à metade do que foram os vinte anos depois da Segunda Guerra Mundial, isto levou os países em desenvolvimento a terem a sua renda por habitante estagnada por quinze anos e implicou no colapso dos regimes estadistas do bloco soviético e do leste europeu. Diz-se que esta grande crise teve como fundamental causa a crise do Estado – uma crise fiscal, uma crise de modo de intervenção do Estado no econômico e no social, e uma crise da forma burocrática de administrar o Estado. Está pressuposto que o Estado, além de garantir a ordem interna, a estabilidade da moeda e o funcionamento dos mercados, tem um papel fundamental de coordenação econômica.

Para Bresser Pereira (1997), está implícito que a coordenação do sistema econômico no capitalismo contemporâneo, de fato, realizada não apenas pelo mercado como quer o neoliberalismo conservador de alguns notáveis economistas neoclássicos¹⁹, mas também pelo Estado. Foi, portanto, baseado na crise do Estado do Bem Estar dos países desenvolvidos, principalmente na Europa, a do Estado Desenvolvimentista, nos países em desenvolvimento, que o governo de Fernando Henrique Cardoso elaborou uma Reforma de Estado promovendo a desestatização do Estado brasileiro vendendo e entregando o patrimônio público para iniciativa privada, sucateando as universidades públicas e estimulando a desresponsabilização do Estado para com a Saúde e a Educação e, de modo especial, subvertendo os seus significados de Saúde e Educação de direitos de cidadania em mercadorias.

Hoje, nos relatórios do Banco Mundial e das agências internacionais de financiamento, a Saúde e a Educação figuram como importantes mercadorias e produtos extremamente interessantes do ponto de vista comercial, ainda que se afirme de forma tergiversante que as agências reguladoras e controladores dos planos de saúde privados tenham sido criadas supostamente com o objetivo de disciplinar o mercado e estabelecer regras de comportamento. O grande significado que se pode extrair é que a Saúde passa a ser considerada mercadoria.

Ainda que seja criticado como legalista e burocrático, o significado jurisdicional baseia-se na Constituição Federal do Brasil de 1988, que é a nossa Lei

¹⁹ Refere-se a economistas como Friederick Hayek, Milton Friedman, James Buchanan, Mancur Olson e Anne Krueger.

Magna, e em seu artigo 196, consagrou o princípio de que “a Saúde é Direito de todos e Dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A Saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado promover as condições adequadas e indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a Saúde consiste na formulação e execução de Políticas Públicas econômicas, educacionais, que visem a redução de debilidades.

Acrescente-se que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade e que a Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os indicadores oficiais e os níveis de saúde da população devem expressar a organização social e econômica do país.

No que diz respeito à formulação de políticas públicas educacionais e sanitárias, para que as mesmas sejam legítimas, participativas e democráticas, é preciso ouvir a sociedade e os senhores governantes que exercem mandatos por delegação popular não podem deixar de incorporar aquilo que de melhor a sociedade foi capaz de produzir, dentro e fora das universidades, e nos órgãos de controle social. Assim há necessidade inadiável que as instâncias colegiadas civis funcionem com a garantia do estado de direito e entidades como os conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde e de educação, realizadas as respectivas conferências, sejam obedecidos como legítimos fóruns da deliberação de políticas públicas. Conjuntamente há que se consultar as instituições e comunidades acadêmicas e científicas, cujas participações nos conselhos populares é desejável e possível enquanto representação de gestores; que também se consulte entidades empresariais, comerciais e de trabalhadores, professores, estudantes e egressos; movimentos sociais urbanos e do campo. Aos mecanismos de proposições não de ser garantia democrática e plural para a afirmação de idéias com direito ao contraditório, respeitando-se a diversidade e o esforço em favor dos debates e legitimando-se e legalizando-se por intermédio das câmaras municipais, assembleias legislativas e pelo Congresso Nacional as decisões da sociedade.

Aliás, as políticas públicas modo geral têm que ser alicerçadas na Constituição Republicana Federal e reafirmar-se enquanto políticas de Estado, o que deve-se ter discernimento para que não se confundam com políticas de Governo.

Modo especial entenda-se definitivamente que as Políticas Públicas, dentre elas a da Educação e da Saúde, são dever do Estado. Segundo pode-se propor as Políticas devem se caracterizar por conjunto de ações fundamentadas em aspectos legais, culturais e éticos, capazes de desenvolver programas e projetos que assegurem os direitos do cidadão. Após detida análise, onde e quando teve-se oportunidade de criticar vários aspectos empíricos, organizacionais, mercadológicos e jurisdicionais. Para visão atual, torna-se evidente a afirmação de que vive-se uma situação contraditória onde, infelizmente, a reforma de estado empreendida por Fernando Henrique Cardoso encontra aliados no governo de Luis Inácio Lula da Silva. Apesar de a consistência do arcabouço jurídico formado pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, que organiza o Sistema Único de Saúde, o mercado é favorecido pela liberdade com que inúmeras empresas privadas exploram direitos fundamentais em busca do lucro e deste modo aprofundam as desigualdades.

Tem-se plena consciência de que o debate não se esgota em uma dissertação e que o território acadêmico deverá cumprir o seu papel indelegável de ser espaço democrático para o embate de idéias afirmativas e contraditórias. Desta forma espera-se contribuir para a crítica que deve ser dirigida às políticas de governo para a Educação e a Saúde, sejam refeitas e consolidadas como Políticas Públicas e cumprimento dos deveres de Estado.

No que diz respeito ao perfil ideal ao perfil desejado e que deve ser perseguido pelas escolas formadoras deve-se fazer justiça ao trabalho que vem sido feito por diversas instituições cuja recomendação expressada pela Comissão Nacional de Ensino Médico (CINAEM) e adotada pela Universidade Federal do Pará quando estabelece nos seus projetos político-pedagógicos e no *Programa Multicampisaúde* que o perfil dos graduados em saúde deve ser “generalista, humanista, crítico e reflexivo, qualificado no rigor científico, ético, sujeito da história e cidadão comprometido com a responsabilidade social”.

Destaque-se que a interpretação da expressão perfil ideal não deve ser entendida no sentido utópico inatingível, quimérico, porém na expectativa de que o empenho prático dos educadores, fundamentados no conhecimento científico, seja

capaz de atingir o realizável, pelo menos no âmbito das universidades públicas, cuja responsabilidade maior deve ser para com a sociedade, aliás, sua única razão de existir.

Na perspectiva de construir e avaliar perfis há que se considerar o relatório final do Congresso de Edimburgo, Escócia, da Federação Mundial de Educação Médica, realizado em 1993, onde afirma que o contexto em que os médicos atuam é dinâmico, mas repleto de dúvidas e problemas:

Padrões demográficos, de morbidade e mortalidade têm se modificado; os médicos têm se revelado em geral incompetentes para monitorar os custos de suas decisões clínicas; os serviços de saúde têm falhado no atendimento das necessidades e a população; o custo da assistência médica e hospitalar tem subido sem que limites possam ser visualizados; as forças de mercado que atuam nas áreas de saúde têm distorcido a medicina em direção ao comércio. Especialistas têm sido preparados além das necessidades, enquanto aumenta a demanda por generalistas que não estão disponíveis; a prevenção das doenças é desvalorizada; tem crescido a percepção de que o médico como guardião da saúde e como parceiro no sofrimento é apenas um vestígio do passado. (FEDERAÇÃO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 1993).

Ora, se as palavras são dirigidas para a comunidade mundial, é também nesse contexto que os médicos vêm sendo formados pelas escolas médicas brasileiras para exercer suas atividades profissionais. Então há necessidade de se avaliar qual o papel que cabe a este profissional, no sentido de que ele possa cumprir a contento a tarefa que lhe é destinada.

E qual a tarefa que o mundo, a sociedade, e as pessoas esperam dos médicos? - Que eles sejam capazes de cuidar de sua saúde.

É inevitável, pois, se faça uma abordagem acerca do que é saúde e de quais os cuidados que estão nos limites das atribuições do profissional para que – por intermédio de seus cuidados – ele possa proporcioná-la e dessa maneira cumprir a contento, que é o que a sociedade e o mundo esperam do médico.

A OMS define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças e enfermidades (WHO, 1946, p. 19). Buscando elaborar um instrumento (MATRIZ COMBINADA, 2006) para definição de prioridades de pesquisa na área da saúde, o MS aponta como principais atores o indivíduo, a família, a comunidade e a população; no nível de saúde o eterno confronto entre o bem-estar e as enfermidades; e as instituições responsáveis em instância governamental e pelas políticas macroeconômicas”.

Com exceção das patologias genéticas, a exposição e os comportamentos de risco podem ser fatores individuais; na família, a reprodução, o planejamento familiar, a violência doméstica e o cuidado com pessoas portadoras de deficiência, além da convivência, são de grande importância; para a comunidade, a educação, o saneamento, a moradia, as boas condições de trabalho e emprego e também o habitat cujo ambiente maternal pode ser modificado pela exposição a parasitas e desastres naturais ou causados pelo ser humano. Embora sua formação seja dependente do conjunto de indivíduos da mesma espécie, as populações muitas vezes são alvo de surtos e epidemias, e podem cientificamente ser tratadas como atores.

No nível técnico ou saúde há de se considerar a natalidade, a mortalidade, a morbidade, as incapacidades e os desajustes causados pelo medo, revoltas e isolamentos. O bem-estar físico depende o bom condicionamento, da resistência e do funcionamento do organismo; mentalmente saudável é quem tem equilíbrio intelectual e emocional e capaz de reagir aos problemas e superar as adversidades; o bem-estar social é sinônimo de inclusão e apanágio da cidadania.

No aspecto institucional há que se destacar as políticas de saúde, educação, segurança, garantias de nutrição, atenção especial para refugiados, imigrantes e minorias; o grau de resolutividade dos serviços, a eficácia dos sistemas e a garantia dos fundos previdenciários, além da disponibilidade, cobertura e acessibilidade geográfica, financeira, social e étnico-cultural.

As políticas macroeconômicas são fatores determinantes de saúde porque, se no cenário global fica-se exposto às conseqüências dos conflitos internacionais e às oscilações cambiais e instabilidades dos mercados, internamente depende-se de boa governança e de medidas administrativas e de caráter legislativo e judiciários, para estabelecer controle social, limitar a corrupção e estabelecer programas que interfiram na indústria, energia, transporte, abastecimento, controle ambiental, desenvolvimento urbano e rural e que possam concorrer para a estabilidade e a paz.

As investigações devem levar ao convencimento de que avaliar é reconhecer o passado, julgar o presente e planejar o futuro, e que avaliação se caracteriza por atividade processual e dinâmica, e que deve se fundamentar em expressão coletiva dialética e dialógica, através de sujeitos e objetos em tempos e espaços determinados. Mesmo conscientes de que a avaliação pode se dar em diversas dimensões, e até enquanto processo teórico-metodológico em plena construção

envolvendo diferentes categorias de análise como a ética, a cidadania, a ciência, o Estado, o mercado, a educação, o humanismo, a tecnologia, somente para citar algumas, sem estabelecer critérios de importância entre elas, e dentre outras, cabe aos educadores tentar nos passos adiante abordar como maior profundidade duas perspectivas da avaliação que são: a individual, que trata da formação e desempenho do egresso; e a institucional, que diz respeito ao papel que se estabelece como de responsabilidade das escolas médicas.

Dentre todos os outros cursos oferecidos nos vestibulares, o de medicina, tradicionalmente é um dos mais disputados. Os candidatos aprovados são geralmente os que alcançam os maiores índices de pontuação comparando com os demais cursos. Geralmente os estudantes entram nas escolas com dezoito, dezenove anos e se formam com vinte cinco, vinte seis anos, e assim sacrificam boa parte de sua juventude, isto sem falar nos anos seguintes de especialização.

Mas para cursar medicina, além do conhecimento cognitivo, ao iniciante é preciso vocação. Hipócrates (LITTRÉ, 1840) em seu tratado *Da Lei* afirma: “quando falta a vocação, tudo mais é excusado”; alerta em *Da Medicina* que “a vida é breve e a arte é longa, a ocasião é fugidia, a experiência é enganadora e o juízo é difícil.” Os médicos hão de ser judiciosos e em juramento declarar “o que for que eu veja ou ouça, concernente à vida das pessoas, no exercício da minha profissão ou fora dela e que não haja necessidade de ser revelado, eu calarei” e no relacionamento com meus colegas ter sempre respeito e colaboração.

Quando o professor Monteiro Leite foi convocado a assumir o lugar do ilustre cientista e mestre Jayme Aben-Athar, a princípio ficou aflito e pensou em desistir posto que na condição de discípulo jamais alcançaria o patamar do mestre. Depois aceitou afirmando “não acredito em vocação inata, e sim naquela orientada pelo nosso raciocínio e vivência do mundo exterior; sobretudo pelos exemplos que nos são dados e das atividades que realizamos e nos inclinamos a seguir”. (BORDALO, BICHARA, PANDOLFO, 2002, p. 111)

Observou-se neste trabalho que a postura dos egressos da primeira metade do século XX eram conseqüências de uma formação mais doutrinária, humanista, baseava-se na propedêutica semiológica e nas correlações clínicas com anatomia patológica e os achados cirúrgicos. Dependia muito mais da sua capacidade de observação, de seu ouvido e de seu tato, de sua habilidade manual, do que de exames complementares. A prescrição terapêutica era de formulação artesanal.

Da segunda metade do século XX para cá a humanidade experimentou espetacular desenvolvimento científico e tecnológico, com grande impacto no diagnóstico e utilização de equipamentos de raios x, ultra-som, tomografia computadorizada, ressonância magnética e nuclear. Também desenvolveram-se a bioquímica, a genética e técnicas invasivas capazes de investigar a intimidade dos órgãos com precisão e menor risco. A formação dos egressos passa a ser mais objetiva e orientada para o avanço tecnológico - talvez o maior fator de interferência para a revisão e reformulação pedagógica para os egressos. De outro modo com o avanço dos mercados e a produção de conhecimentos, sobretudo depois da descoberta dos microorganismos e da penicilina, o humanismo dos egressos mais velhos passa a ser substituído pelo cientificismo e tecnicismo dos mais jovens.

Aliás, a iniciativa de esboçar os perfis dos egressos paraenses de medicina no século XX foi trabalhosa pela quase inexistência e precariedade de dados confiáveis, e também bastante complexa pela diversidade de variáveis, que certamente influenciaram o que se propôs estudar.

Pode-se imaginar um perfil ideal – utópico, filosófico – nem sempre seja factível no contexto da realidade, ou que os estudos de diversos perfis possa orientar a busca de um perfil de egresso para o século XXI, e aí já o mesmo passa a ser contingenciado inevitavelmente pela contextualização histórica e temporal.

Mesmo os perfis mais elaborados serão objeto de análises em perspectivas e dimensões diferentes. Há o leitor de perguntar: Perfil de quem? Perfil para quem? Na ótica da formação educacional, na lógica do mercado, na expectativa do mundo do trabalho, a partir de que ponto de vista? Sob o enfoque de que observador? Para atender a quais interesses? Para cumprir quais objetivos? No exercício da atividade profissional? No desenvolvimento da ciência e da tecnologia? Na satisfação de objetivos pessoais, coletivos? Na afirmação de quais valores?

No entanto, a razão principal de estudar perfis de egressos em medicina, além da definição de características que possam interferir na fundamentação de conteúdos, práticos, habilidades e atividades, foi motivada para a proposição de um perfil profissional, e que respeitados todos os olhares e dimensões, que este perfil esteja a serviço da sociedade, de um egresso capaz do cuidado para com a saúde das pessoas.

Por outro lado, na intenção de se contribuir para a formulação de perfis desejáveis e que venham atender as pessoas da comunidade em sua concretude

inadiável, humana e complexa, há que se avaliar como elemento indispensável o equipamento formador que é a escola médica. Nesse contexto há que se destacar o trabalho que vem sendo desenvolvido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Associação Médica Brasileira, Federação Nacional dos Médicos, Conselhos Federal e Regionais de Medicina, Ministério da Saúde (MS) – com apoio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – e MEC pela implantação do SINAES.

A formação do médico será desenvolvida no complexo processo durante o seu curso de graduação onde ele precisará, sobretudo, “aprender a ser médico”. Vai adquirir informações essenciais para ser capaz de diagnosticar as doenças; é quando desenvolve habilidades que lhes vão permitir executar manobras para realizar o exame físico; vai aprender as bases da anatomia, da fisiologia que lhes vão dar a conhecer o corpo humano e conhecer os processos bioquímicos e citológicos para o estabelecimento de esquemas terapêuticos; vai aprender a executar procedimentos clínicos, cirúrgicos e receitar drogas.

Mas principalmente precisará aprimorar atitudes e comportamentos que lhes possibilitem se relacionar com o paciente de maneira adequada e para tanto terá que reconhecer naquele que o procura em busca de tratamento alguém que precisa ser ouvido e compreendido, mais do que simplesmente prescrito ou operado.

Quando se fala em humanismo ou formação humanística do médico dois aspectos chamam atenção: o primeiro seria a maior aproximação das ciências humanas, além dos aspectos físicos e biológicos e além dos misticismos e das superstições; o segundo que nessa formação se possa orientar uma prática médica comprometida com o paciente homem integral, isto é, constituído de indivíduo e ao mesmo tempo pessoa. Ou seja, perceber o paciente em toda a sua complexidade com seus componentes físicos, biológicos, psicológicos, emocionais, afetivos, sociais, culturais, espirituais.

Importa ao egresso que lhes transmitam com segurança saber que a razão do trabalho que vai ser prestado consiste na prevenção de doenças, na manutenção e na recuperação da saúde. E sendo a saúde expressão do bem-estar das pessoas, não havendo pessoas, não há saúde. Por conseguinte, os pacientes são, em última instância, a própria razão de ser das atividades do egresso.

O paciente procura o médico por causa da necessidade de tratamento de sua doença, mas também a partir do reconhecimento de que o médico – egresso de escolas formadoras - tem competência técnica e ética para tratá-lo, com carinho,

compreensão e apoio. Então, o egresso de medicina tem que ser preparado para tratar não somente a doença para o restabelecimento da saúde, mas tratar o ser humano integral.

Nada do que é feito ao meu corpo o é isoladamente, sem atingir a mim como pessoa em meus outros campos, além do campo biológico. Eu não levo meu corpo à consulta para ele ser consultado; sou eu quem vai consultar um médico, para que ele me trate e não somente para que ele trate de meu corpo (LONDRES, 1992, não paginado).

Deve se estabelecer uma relação entre médico e paciente de modo satisfatório. Daí a importância dos conhecimentos, da técnica e da capacidade de firmar diagnóstico e determinar condutas terapêuticas. Porém, armado apenas com elementos cognitivos, o médico corre o risco de ser um mero executor de técnicas e receitador de medicamentos ou executor de habilidades cirúrgicas incapaz do atendimento da pessoa humana.

Além dos conhecimentos, deverá desenvolver habilidades e comportamentos e não abrir mão da sua condição de pessoa, consciente e voltada para a boa comunicação e também satisfação.

A concepção humanista, portanto, tem hoje como adversas duas outras que se entende pertinente ressaltar. A concepção mecanicista cartesiana parte da idéia de que o funcionamento dos seres vivos é equiparado ao de uma máquina e que as respostas sobre os fenômenos biológicos encontram-se nos níveis mais elementares de matéria. O ato médico leva em conta apenas aspectos cognitivos e operativos, deixando de lado os afetivos, éticos e sociais. Outra concepção é a da dominação tecnológica; essa desconsidera inclusive a maneira acurada para investigação clínica e está preocupada apenas com os exames e aparatos para obtenção de resultados mercadológicos, e vinculados a perseguir resultados estatísticos, e numéricos e quantitativos.

Em ambas prevalece uma relação assimétrica entre sujeito e objeto. O médico é o sujeito-encarregado de examinar e tomar conduta – e o paciente é o objeto – sem voz, sem opinião e sem vontade. O que se deve perseguir conscientemente é uma relação entre sujeitos, conscientes e responsáveis e solidários.

O espetacular avanço tecnológico, sobretudo, com a parafernália de equipamentos para diagnósticos de imagem e laboratoriais e, também, a propaganda

que é colocada à disposição de pacientes, não podem ser confundidos com a base de uma relação humana, sob pena da mesma ser banalizada entre objeto e objeto. O médico associa-se à máquina e o paciente à propaganda. O que se deve resgatar – insistimos - e perseguir a relação sujeito-sujeito, em que duas pessoas se encontram em situação de desequilíbrio físico e emocional e de competência profissional, mas ambas sendo capazes de pensar, agir, opinar e construir uma relação adequada de propósitos e resultados.

Porém, além dos aspectos individuais e pessoais, que são intrínsecos e subjetivos e que dependem de comunicação, entenda-se que humanismo e tecnologia não são necessariamente antagônicos. Talvez possamos entender a influência de outras questões no campo do trabalho e do capital que vêm provocar outras análises.

Importa esclarecer que a relação entre médico e paciente se estabelece tacitamente, na medida em que um procura atendimento e o outro se dispõe a atender, em um contrato de meios e não de fins. Ou seja, por conta da evolução e história natural de algumas doenças, principalmente aquelas classificadas enquanto crônicas e degenerativas, aquelas que são consideradas incuráveis, o compromisso do egresso de medicina não é e não será nunca com a cura, mas com o tratamento. Nem todas as doenças têm cura. Mas todas têm tratamento. E este tratamento será tanto mais dedicado quanto maior for percebida pelo paciente a expressão maior dos cuidados que o médico deve ter para com ele.

Analisando o Nascimento da Clínica Foucault (1966), considera que “ a medicina reside na relação imediata do sofrimento com o que o alivia”. Portanto, o que constitui a medicina é a concentração de um saber, que media a relação entre o sofrimento e o que o alivia nas mãos de um médico (ou de meu grupo de médicos), e a correspondente difusão de um não-saber de um paciente (ou de um grupo de pacientes, uma população) que se torna dependente diante do sofrimento.

A experiência do sofrimento não resulta mais de um conhecer, de tal forma que estar doente exige a intervenção de alguém que, por seus conhecimentos, possa cuidar daquele sofrer. As leis que regulam a divisão do trabalho operam com a força irresistível das leis naturais, de tal forma que médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que um é portador de necessidades e o outro de conhecimentos. Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim o cuidado, forma instrumental desse conhecimento monopolizado (AROUCA, 2003, não paginado).

O cuidado médico é sem dúvida capaz de transformar o paciente. Logo, partindo do entendimento de que o processo de trabalho é um processo de transformação, pode-se dizer que o cuidado é o próprio processo de trabalho. Dessa forma o cuidado se compõe de conhecimentos (diagnóstico, terapêutica) e ao mesmo tempo de uma relação social satisfazendo necessidades humanas determinadas pelo entendimento de sujeitos.

Quanto ao futuro dos egressos, inevitavelmente os mesmos dependerão da experiência vivenciada por egressos mais velhos e da determinação da escola formadora. Quanto à percepção dos egressos paraenses sobre o futuro da profissão, existem mais pessimistas do que otimistas. O percentual intermediário oscilou entre pouco, nada ou não definiu. A visão pessimista do Pará (32,4%) é menor do que a da região norte (33,1%) e muito inferior à do Brasil (45,7%). As razões do pessimismo são: o assalariamento, a incerteza e o sistema de convênios com planos privados implantados. O otimismo justifica-se pela tecnologia, pelo cooperativismo e pela competência (CFM, 2005).

Essa modesta contribuição indica que o perfil desejado para o egresso em medicina deve ter em vista, sobretudo o que a sociedade espera desse profissional. Decorrente, pois, de políticas públicas que reflitam mais do que a expressão, mas facticidade constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do estado. Deverá este perfil ser elaborado a partir de projeto-político pedagógico de responsabilidade das instituições universitárias com currículo que contenha conteúdos teóricos e principalmente práticas pedagógicas e atividades comprometidas com a assistência das populações, desde o atendimento preventivo, promocional, assistencial até a completa recuperação e reabilitação dos cidadãos; ser constituinte e formar equipes multidisciplinares voltadas para o atendimento universal, integral e com equidade. Treinado para o atendimento em rede hierarquizada, com fluxo de referência e contra-referência, desde a atenção básica até a média e alta complexidade. E que sejam generalistas, humanistas, éticos; que atuem com rigor científico, sujeitos da história, críticos e comprometidos com a sociedade.

Sem a menor intenção de esgotar assunto da maior importância, pretende-se estimular outros estudos e espera-se contribuir, sinceramente, para a formação de futuros egressos capazes de oferecer cuidados para a preservação da saúde e dignificar a vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo : EDUSP, 2003.

BARRETO, Carlos Eduardo Lima. Médico. **Informações verbais**. Depoimento concedido em, 18.04.2006.

BECKMANN, C. F. R. Uma Fonte para a história da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. **Revista de Cultura do Pará** , Belém, v.13, n.2, p. 255-260, jul. 2002.

BERLINGUER, G. **Ética da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BIER, O. **Bacteriologia e Imunologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1963.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Decretos e Leis etc. Lei nº 3.191, de 2 de julho de 1957. Cria a Universidade do Pará. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, publicada em 02.07.1957. Disponível em: < <http://www6.senado.gov.br/>. Acesso em: 24.07.2006.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, publicada em 02.07.1957. Disponível em: < <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em: 24.07.2006.

_____. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 - Lei Darcy Ribeiro - Nova LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Especial Nacional. Fixa as diretrizes e bases da Educação no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21.12.1996. Também disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9394.htm>. Acesso em: 12.01.2007.

BRITO, B.; ROCHA, C.; GUIMARÃES, Feliciano. A Faculdade de Medicina de Coimbra (1290 a 1911). **Revista Actas Ciba**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 154-205, jun. 1952.

CARVALHO, J. B. P. Evolução da Medicina no Pará, **Revista Pará Médico**: publicação da Sociedade Médico-cirúrgica do Pará, Belém, n. 10, set. de 1922.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e seu trabalho**, Região Norte, Brasília, DF, 2005, p.51.

CRUZ, E. **História do Pará**. Belém: IOE; Grafisa, 1973, v. 2

DIAS, J. S. S. Portugal e a Cultura Européia. Separata de: **Biblos**, Coimbra, v. 28, 1953.

DONNANGELO, Cecília M. C. F. **A Pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil – a década de 1970**. Rio de Janeiro: Abrasco. Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil, 1983. p. 19 – 35.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESAGUY, A. Estado da Medicina e Cirurgia em 1782. **Revista Imprensa Médica**, Lisboa, v. 24, n. 6, jun., 1960.

ESTUDANTES querem que CNS tenha poder deliberativo. **Revista da Federação Nacional dos Médicos**. n. 2, nov./dez. 2005.

FOUCAULT, M. **El nacimiento de la clínica**. México: Siglo XXI, 1966.

FRIEDAN, B. **The Feminine mystique**. Nova York: W.W. Norton Publishing, 1963.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. **História da Universidade em Portugal**. Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra, 1997. v. 1, t. 1.

GAMA, G. Q. Médicos do Pará. **Anais da Academia de Medicina do Pará**. 1970a. Consultado no acervo particular do Médico Aristóteles G. Miranda.

GAMA, G. Q. O Ensino médico na Amazônia. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS, 7. 1970, Brasília. **Anais ...** Brasília, 1970b. Consultado no acervo particular do Médico Aristóteles G. Miranda.

GONÇALVES, E. L. **Médicos e ensino da Medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.

IBGE, **Boletim Informativo**, 2005.

JURANDIR, D. **Belém do Grão – Pará**. Belém: EDUFPA, 2004.

L'ABBATE, Solange. A Análise institucional e a saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**: Publicação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, jan. 2003.

LITTRÉ, J.B.B. **Hipócrates**. Londres: Baillière, 1840.

LONDRES, L. R. **A Arte Clínica**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1992.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CFM-MS/PNUD, 1996.

MASSIGLIA R. G. **Contribuições das experiências IDA/UNI para a formação e capacitação de profissionais para o SUS**, Bahia, 1996. Mimeo.

MATRIZ COMBINADA: publicação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Informes Estratégicos, do Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, Brasília – D.F., maio de 2006.

MEIRA, C. **Médicos de Outrora no Pará**. Belém: Grafisa, 1986.

MIR, Luís. O Custo da violência urbana para a saúde. **Revista Ser Médico**: publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, v. 7, n 32, p. 12, jul./set., 2005.

NASSIF, A. C. N. **Projeto Flexner brasileiro**. Disponível em: www.escolasmedicas.com.br/artigos. Acesso em: 20.01.2006. O autor é médico e professor da Universidade Federal do Paraná, foi presidente da Associação Médica Brasileira e é Membro do Conselho Nacional de Saúde.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro. **O SUS, descentralização e desigualdade regional: um enfoque sobre a região da Amazônia Legal**. 2005. 253 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

ORTEGA Y GASSET, J. **Meditação da Técnica**. Rio de Janeiro: Livro Ibero-Americano, 1963.

PETTA, Gustavo. UNE e DENEM contra a expansão do ensino privado. **Jornal do CREMERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 187, Abr. 2006.

PEREIRA, L. C. B. **A Reforma do Estado nos Anos 90**. Brasília: Maré, 1997, v. 1.

PINGARILHO, Maximiliano. Médico. **Informações verbais**. Depoimento concedido em, 02.05.2006.

PRADO JÚNIOR, C. **Evolução Política do Brasil**. 12.ed. __. São Paulo: Brasiliense, 1980. 264p.

REIS, A. C. F. **Síntese histórica do Pará**. Rio de Janeiro: Oficina da Revista veterinária, 1945.

REVISTA DO ACADÊMICO DE MEDICINA, Belém, v. 4, n. 6, dez. 1946

REVISTA PARÁ-MÉDICO, Belém, ano 8, v. 2, n. 10, set. 1922.

SALLES, V. **O Negro no Pará**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas; Universidade Federal do Pará, 1971. p. 5.

SAKAI, M. H. ; CORDONI JUNIOR, L. Os Egressos da Medicina da Universidade Estadual de Londrina: sua formação e prática médica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.6. n. 1, p.34-47, dez. 2004.

SANTOS, L. Filho. **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1977. v. 1.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Clara. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI**. 2. Ed., Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCHRAIBER L. B. **O Médico e seu Trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.

SOARES, J. E., Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Pará, **Entrevista**. Concedida ao Jornal Diário do Pará, Caderno 1, em 05.02.2006.

TOSCANO, P. R. P. **A FEMP**: breves anotações para sua história. In: BORDALO, A. A. B.; BICHARA, C. D. A.; PANDOLFO, S. M. **A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará e a Medicina no Pará**. Belém: Sagrada Família, 2002, p.179.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). **Anais do Simpósio sobre História da Ciência e da tecnologia no Estado do Pará**. Belém: Editora Universitária, 1987, T. I, p. 27.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ (UFPA). Pró-reitoria de Extensão. **Programa Multicampisaúde**. Belém, 2004.

VARNHAGEN, F. A. **História Geral do Brasil antes da sua separação e independência de Portugal**. 3. Ed. São Paulo: Cia. Melhoramentos, 1967. v. 4.

VICENTINO, C.; DORIGO, G.. **História Geral e do Brasil**. São Paulo: Scipione, 2002 p.16.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of health. Preamble to the World Health Organization. Adopéed by the world Health Organization's Internacional Conference**, New York, p. 19-22, june, 1946.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABERTURA de Escolas Médicas. **Revista da Federação Nacional dos Médicos**. n. 2, nov./dez. 2005.

ARRIGHI, G. **O Longo Século XX**. São Paulo: Ed. da UNESP, 1995.

GIFFIN, K. A Inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**: Publicação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 47-56, jan/mar, 2005.

HOBSBAWM, E. **Era dos Extremos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

MÉSZÁROS, I. **O Século XXI: Socialismo ou Barbárie**. São Paulo: Boitempo, 2003.

PINTO, José Marcelino de Rezende: **Os Recursos para a Educação no Brasil no contexto das finanças públicas**. São Paulo: Xamã, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FICHA PARA COLETA DE DADOS

Egressos de Medicina no Pará – Fase I

1. Nome em iniciais _____
2. Ano de nascimento _____
3. Ano de formatura _____
4. Origem _____
5. Gênero
 - 5.1. () Masculino
 - 5.2. () Feminino
6. Escola de formação Qual? _____
7. Tipo de exercício
 - 7.1. () Clínica geral
 - 7.2. () Especialidade Qual? _____
8. Atividades
 - 8.1. () Pública Qual? _____
 - 8.2. () Privada Qual? _____
 - 8.3. () Professor De quê? _____ Onde? _____
9. Atividades políticas
 - 9.1. Cargo Qual? _____
 - 9.2. Filiação partidária Qual? _____
10. Pós-graduação
 - 10.1. () Não
 - 10.2. () Sim Onde? _____
11. Produção cultural
 - 11.1. () Não
 - 11.2. () Sim Em quê? _____
12. Produção científica
 - 12.1. () Não
 - 12.2. () Sim Qual? _____
13. Fonte
 - 13.1. jornal Qual? _____
 - 13.2. livro Qual? _____
 - 13.3. familiar Quem? _____
14. Observações _____

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

*Caríssimo (a) Colega Médico (a),
O presente Questionário é um instrumento de Pesquisa para Avaliação do Curso de Medicina / UFPA a partir de Egressos, do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Pará. Ficarei extremamente grato se Você concordar em respondê-lo.*

Amaury Braga Dantas
(9987.1468 ou 3223.4863)

1. Antes do Curso:

1.1 O que fazia?

- Estudava
 Trabalhava

Em quê? _____

1.2. Quais as motivações que o (a) levaram a fazer o Curso de Medicina? Marque uma alternativa ou enumere por ordem de importância (1,2, 3 e 4).

- Pessoais
 Familiares
 Econômicas
 Sociais

2. Durante o Curso:

2.1. Que fatores foram determinantes em sua formação, orientação e responsabilidade. Marque uma alternativa ou enumere por ordem de importância.

2.1.1 Quanto à Formação?

- Teórica
 Prática
 Moral, Ética

2.1.2. Quanto à Orientação?

- Humanística
 Tecnista
 Independente

2.1.3. Quanto à Responsabilidade?

- Acadêmica
 Profissional
 Social

2.2. Quanto aos aspectos abaixo, relacionados ao seu Curso de Medicina, quais os que Você considera mais positivos. Enumere-os por ordem de importância (1,2,3...).

- Conteúdos Programáticos
 Disciplina
 Carga Horária
 Informações Científicas
 Relação com Mestres e Colegas

2.3. No decorrer do Curso, Você poderia destacar algum acontecimento que tenha sido marcante ou significativo, e influenciado em sua formação:

Sim Não

2.4. Este acontecimento foi de natureza:

Cultural Política Religiosa Social

Outros ? Quais ? _____

2.5. Com quantos anos entrou no Curso? _____

Com quantos anos se formou? _____

Portanto, seu Curso de Medicina dispendeu _____ anos

3. Depois de Formado:

3.1. Quais suas expectativas ao se formar?

Enumere por ordem de importância.

- Oportunidade de Trabalho
- Perspectivas Acadêmicas
- Condições de Competitividade
- Satisfações Individuais

3.2. Onde foi trabalhar?

- Capital
- Interior
- Outro Estado
- Outro País

3.3. Com quem?

- Autônomo (Consultório)
- Serviço Público
- Privado
- Militar
- Ensino/Pesquisa (foi ser Professor, Pesquisador)

3.4. Permaneceu como Clínico Geral?

Sim Não

3.5. Dedicou-se a uma Especialidade?

Sim Não

Qual? _____

3.6. Para tanto fez:

- Estágio
- Especialização
- Residência
- Prova de Título
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado

4. Hoje:

4.1. Depois de anos de graduado. Quais os resultados alcançados?

Considera que seu Curso de Medicina foi:

- Excelente
 Bom
 Regular
 Insuficiente

4.2. Escreva algumas palavras no sentido de avaliar o seu Curso de Medicina.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.3. Como Você se sente?

- Realizado
 Missão cumprida
 Bem pela minha opção
 Não realizado
 Insatisfeito

4.4. Quais as suas Condições de Renda:

- Menos de 5 salários*
 Entre 5 e 10 salários
 Entre 10 e 15 salários
 Entre 10 e 20 salários
 Mais que 20 salários

* referência ao Salário Mínimo vigente no país.

5. Expectativas para o Futuro:

- Aposentadoria
 Aperfeiçoamento profissional
 Novos postos de trabalho
 Nunca deixar de clinicar
 Passar minha experiência para outros

6. Identificação

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () M () F Cor: () Branca () Amarela () Parda () Negra

Religião: () Sem religião () Católica () Outras _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Desquitado () Divorciado

Número de filhos () Número de casamentos ()

Qual a sua origem? () Capital () Interior () Outro Estado () Outro País

Hábitos / Vícios () Bebidas Alcoólicas () Tabagismo

() Esporte () Música () Literatura () Outros

Ano da Formatura: _____

Atenção. Caso não seja de sua concordância Você não é obrigado a completar os campos abaixo e nem assinar.

Nome: _____

Filiação (Pai) _____

(Mãe) _____

Assinatura _____

Você tem interesse em saber dos resultados desta pesquisa?

() Sim () Não () Indiferente

Meus agradecimentos pela sua Participação.

ANEXOS

ANEXO A - DADOS GERAIS: EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ - FASE 1

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem	Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública	Privada	Política			
1	1837	M	Belém	1815	Lisboa	1	0	0	1	1	1	Bélgica	0	0
2	1852	M	Belém	1827	BA	1	0	1	1	0	1	0	0	0
3	1853	M	BA	1833	BA	1	Cirurgia	1	1	0	1	0	0	0
4	1885	M	Belém	1861	BA	1	0	1	1	0	0	0	0	0
5	1886	M	Cametá	1859	Coimbra	1	Ginecologia	0	1	0	0	França	0	0
6	1888	M	Belém	1850	Coimbra	1	0	1	1	0	1	0	0	0
7	1888	M	Ig. Miri	1863	BA	1	Oftalmologia	1	1	0	1	0	0	1
8	1888	M	Portugal	1868	Paris	1	Ginecologia	0	1	1	0	França	0	0
9	1888	M	Belém	1868	RJ	0	Oftalmologia	0	1	0	0	França e Alemanha	0	0
10	1891	M	Belém	1863	RJ	1	0	0	1	0	1	0	1	1
11	1891	M	Belém	1867	RJ	1	Sanitarismo	0	1	0	0	0	0	0
12	1896	M	Belém	1874	RJ	1	Cirurgia	1	1	1	1	França	0	0
13	1899	M	BA	1877	BA	1	Cirurgia/Sanit.	1	1	0	0	0	0	0
14	1901	M	Belém	1875	RJ	1	0	1	1	0	1	0	0	0
15	1902	M	Belém	1874	RJ	1	0	0	1	0	1	0	0	0

Continua

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
16	1902	M	BA	1880	BA	1	Pediatria	1	1	0	0	França	0	0
17	1903	M	Cametá	1874	RJ	1	Cirurgia	1	1	0	1	0	0	0
18	1903	M	AL	1879	BA	1	0	1	1	0	0	Alemanha	1	1
19	1904	M	Curuçá	1875	RJ	1	Sanitarismo	1	1	0	1	0	0	0
20	1904	M	Belém	1879	RJ	1	Cardiologia	1	1	1	0	0	1	1
21	1904	M	Belém	1881	RJ	1	Obstetricia	1	1	1	1	AL-FR-PORT	0	1
22	1905	M	SE	1879	BA	1	0	0	1	0	0	0	0	0
23	1905	M	Pará	1881	RJ	1	0	0	1	0	1	0	0	0
24	1906	M	PE	1880	RJ	1	Sanitarismo	1	1	0	0	0	0	0
25	1906	M	Belém	1884	RJ	1	0	1	1	0	1	0	1	0
26	1907	M	Pará	1883	RJ	1	Patologia	1	1	0	0	1	0	1
27	1907	M	Belém	1883	RJ	1	0	0	0	1	0	0	0	0
28	1908	M	Pará	1882	RJ	1	0	1	1	1	1	0	1	0
29	1908	M	Pará	1885	RJ	1	Cirurgia e Ginecologia	1	0	0	1	0	1	1
30	1908	M	Belém	1886	RJ	1	0	1	0	0	0	0	1	0
31	1909	M	Belém	1885	RJ	0	Patologia	0	1	0	0	0	0	1
32	1909	M	Bahia	1885	RJ	1	Psiquiatria	1	1	0	1	0	0	1

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
33	1910	M	Belém	1886	RJ	1	0	1	1	0	1	0	1	1
34	1910	M	Belém	1887	RJ	1	GO+URO	1	1	1	0	0	0	0
35	1911	M	Pará	1886	RJ	1	CG	1	1	0	1	1	1	0
36	1912	M	Belém	1889	RJ	1	0	1	1	0	1	FR-ING	0	0
37	1912	M	Pará	1890	RJ	1	Obstetricia	1	1	0	1	0	0	0
38	1916	M	Belém	1891	RJ	1	CG	1	1	0	1	0	0	0
39	1917	M	Belém	1888	RJ	1	Oftalmologia	1	1	0	0	1	0	0
40	1917	M	SE	1892	RJ	1	Patologia e Sanitarismo	0	1	0	1	0	1	1
41	1919	M	Belém	1896	RJ	1	Cirurgia Geral	1	1	0	1	0	0	0
42	1924	M	Belém	1900	RJ	1	Urologia e Proctologia	0	1	1	0	0	1	0
43	1927	M	Belém	1902	RJ	1	Pneumologia	1	1	1	0	?	1	1
44	1927	M	Ceará	1903	RJ	1	Cirurgia Geral	1	1	1	0	0	0	0
45	1929	M	Belém	1883	PA	1	0	0	1	0	0	0	0	0
46	1930	M	P. de Pedras	1905	PA	1	Pneumologia	1	1	1	0	0	0	1
47	1931	M	Belém	1900	PA	1	0	1	1	0	0	0	1	1
48	1934	M	AM	1910	PA	1	Sanitarismo e Pediatria	0	1	1	1	0	0	0
49	1934	M	Belém	1911	PA	1	Medicina Legal	1	1	0	0	0	0	0

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
50	1934	M	Alenquer	1911	PA	1	Psiquiatria	1	1	0	1	0	0	0
51	1935	M	Belém	1911	BA	1	0	0	1	0	1	0	0	1
52	1935	M	Belém	1913	PA	1	Sanitarismo e Pediatria	0	1	1	0	0	1	0
53	1936	M	Belém	1911	PA	1	Oftalmo.	1	1	1	0	0	0	0
54	1937	M	Belém	1911	PE	1	Cardio.	0	1	1	1	0	1	0
55	1938	M	Belém	1914	PA	1	Urologia	1	1	1	0	0	0	0
56	1938	M	PI	1915	PA	1	EDTropical	1	1	1	0	0	0	1
57	1939	M	Belém	1915	PA	1	GO	1	1	1	0	0	0	1
58	1940	M	Marabá	1915	PA	1	Sanitarismo	0	1	0	1	EUA	0	0
59	1940	F	Belém	1916	PA	1	M.Legal	1	1	0	0	0	0	0
60	1940	F	Belém	1917	PA	1	Ginecologia	0	1	0	0	0	0	0
61	1940	M	Belém	1918	PA	1	0	0	1	1	0	0	0	0
62	1943	M	Belém	1915	PA	1	Pediatria	0	1	0	0	1	0	1
63	1943	M	Belém	1919	PA	1	D. Tropicais	1	1	1	0	0	0	1
64	1943	M	Belém	1920	PA	1	Patologia	1	1	1	0	0	0	1
65	1945	M	Belém	1922	PA	1	Neuro.	1	1	1	0	1	0	1
66	1947	M	Belém	1920	PA	1	Ginecologia	0	1	1	1	Argentina	0	0

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem	Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública	Privada	Política			
67	1950	M	Belém	1923	PA	1	Anestesista	0	1	1	0	1	0	0
68	1952	M	Belém	1929	PA	1	0	1	1	1	0	0	0	0
69	1953	M	Belém	1927	PA	1	Cirurgia Geral	0	1	0	1	EUA	0	0
70	1960	M	RJ	1935	RJ	1	Psiquiatria	1	1	1	0	1	0	1

ANEXO B - DADOS GERAIS: EGRESSOS DE MEDICINA NO PARÁ - FASE 2

(continua)

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
1	1963	M	Belém	1940	PA	0	Cirurgia pediátrica	0	1	1	0	1	1	0
2	1966	M	Belém	1940	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	1	0
3	1966	M	Belém	1941	PA	0	Anestesia e Med. Legal	1	1	1	1	1	0	1
4	1968	F	Belém	1943	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
5	1972	F	Santarém	1948	PA	0	Reumato	1	0	1	0	1	0	0
6	1972	F	Belém	1952	PA	0	Pneumo	0	1	0	0	1	0	0
7	1972	M	Tomé Açu	1944	PA	0	Endocrino	1	1	1	0	1	0	0
8	1972	M	Belém	1948	PA	0	Neurologia	1	1	1	0	1	0	0
9	1972	M	Belém	1944	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
10	1973	M	Marabá	1951	PA	0	Cirurgia Plástica	0	1	0	0	1	0	0
11	1973	M	Belém	1945	PA	0	Pediatria	0	1	0	0	1	0	0
12	1973	M	Belém	1948	PA	0	Imagem	1	1	1	0	0	0	1
13	1973	F	Belém	1949	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
14	1974	M	Belém	1949	PA	0	Psiquiatria	0	1	1	0	1	0	1
15	1975	F	Curuçá	1949	PA	0	Procto	0	1	1	0	1	0	0
16	1975	F	Belém	1949	PA	0	Dermato	0	1	1	0	1	0	0

(continuação)

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
17	1976	M	Belém	1953	PA	0	Oftalmo	0	0	1	0	1	0	0
18	1976	M	Belém	1950	PA	0	M. Trabalho	0	1	1	0	1	0	0
19	1976	F	Belém	1952	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
20	1977	M	Belém	1954	PA	0	Anestesia	0	0	1	0	1	0	0
21	1977	M	Belém	1953	PA	0	Neurologia	0	1	0	0	1	0	1
22	1977	M	Belém	1954	PA	0	Cardio	0	1	1	0	1	0	0
23	1977	M	Belém	1950	PA	0	Anestesia	0	1	1	0	1	0	0
24	1977	F	Belém	1952	PA	0	Pediatria	0	1	0	0	1	0	0
25	1977	F	Belém	1952	PA	0	Dermato	0	1	1	0	1	0	0
26	1978	M	Santarém	1953	PA	0	Dermato	0	1	1	1	0	0	0
27	1978	M	Belém	1951	PA	1	0	0	1	1	0	0	0	0
28	1978	M	Belém	1951	PA	0	Psiquiatria	0	1	0	0	1	0	1
29	1978	F	Belém	1953	PA	1	0	0	1	1	0	1	0	1
30	1979	M	Belém	1956	PA	0	Pneumo	1	1	1	0	1	0	0
31	1979	F	Belém	1949	PA	0	GO	0	1	1	0	1	0	0
32	1979	F	Belém	1954	PA	0	Otorrino	0	1	1	1	1	0	0
33	1980	M	Belém	1953	PA	0	Urologia	1	1	1	0	1	0	1

(continuação)

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
34	1980	M	Belém	1954	PA	0	M. Trabalho	0	1	1	0	1	0	0
35	1981	F	Belém	1958	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
36	1981	M	Belém	1955	PA	0	Cir. Vascular	1	1	1	0	1	0	1
37	1982	M	Tomé Açu	1958	PA	0	Cirurgia Geral	0	1	1	0	1	0	0
38	1982	F	Belém	1954	PA	1	0	0	1	1	0	1	0	0
39	1983	F	Belém	1960	PA	0	GO	1	1	1	0	1	0	1
40	1983	F	Belém	1960	PA	0	GO	1	1	1	0	1	0	1
41	1983	M	Belém	1950	PA	0	Otorrino	0	1	1	0	1	0	0
42	1983	M	Belém	1959	PA	1	0	1	1	1	0	1	0	0
43	1983	M	Belém	1958	PA	0	GO	1	1	1	1	1	1	1
44	1984	M	Capanema	1962	PA	0	Cirurgia Geral	1	1	1	0	1	0	1
45	1984	M	Belém	1960	PA	0	Neuro Cirurgia	0	1	1	0	1	1	1
46	1986	M	Belém	1953	PA	0	GO	0	1	1	0	1	0	0
47	1986	M	Belém	1963	PA	0	Oftalmo	0	0	1	0	1	0	0
48	1986	M	Santarém	1956	PA	0	GO	0	1	1	0	1	0	0
49	1986	F	Belém	1963	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
50	1988	M	Belém	1965	PA	0	GO	0	1	1	0	1	1	0

(continuação)

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
51	1989	M	Belém	1966	PA	0	Imagem	0	1	1	0	1	0	0
52	1990	M	Belém	1966	PA	0	Onco	1	1	1	0	1	0	0
53	1990	M	PA	1966	PA	0	Ortopedia	0	0	1	0	1	0	0
54	1990	F	Belém	1964	PA	0	Pediatria	0	1	1	0	1	0	0
55	1992	M	Belém	1968	PA	0	M. Intensiva	0	1	1	0	1	0	0
56	1994	F	Belém	1967	PA	1	0	0	1	1	0	1	0	0
57	1994	M	Belém	1970	PA	0	Nefro	0	1	1	0	1	0	0
58	1995	M	Belém	1978	PA	0	Cirurgia Geral	0	1	1	0	1	0	0
59	1995	M	PA	1968	PA	1	0	0	1	0	0	1	0	0
60	1996	M	Belém	1966	PA	0	Cardio	0	1	1	0	1	0	0
61	1997	M	PA	1955	PA	0	Geriatria	0	1	1	0	1	0	0
62	1997	F	Belém	1972	PA	0	Med. Trabalho	0	0	1	0	1	0	0
63	1998	M	Belém	1974	PA	0	Cirurgia Geral	1	1	1	0	1	0	0
64	1998	M	Belém	1971	PA	0	Urologia	0	1	0	0	1	0	0
65	1999	M	Belém	1975	PA	0	Radiologia	0	1	1	0	1	1	0
66	2001	M	Belém	1969	PA	0	M.Trabalho	0	1	1	0	1	0	0
67	2001	M	Belém	1976	PA	0	Radiologia	0	1	1	0	1	0	0

(conclusão)

N.º	Ano de formatura	Identificação		Cronologia	Formação	Tipo de exercício		Atividades				Pós-graduação	Produção cultural	Produção científica
		Gênero	Origem			Nascimento	Escola	Clinica geral	Especialidade	Professor	Pública			
68	2001	F	Belém	1977	PA	0	Radiologia	0	0	1	0	1	0	0
69	2002	M	PA	1978	PA	1	0	0	1	0	0	0	0	0
70	2003	F	Abaetetuba	1976	PA	0	Anestesia	0	1	0	0	1	0	0