

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE AS AMÉRICAS**

**A INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL:
AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA
(1991 – 2006)**

Aída El-Khoury de Paula

Brasília, outubro de 2009

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE AS AMÉRICAS**

**A INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL:
AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA
(1991 – 2006)**

Aïda El-Khoury de Paula

Tese apresentada ao Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, da Universidade de Brasília/UnB, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora.

Brasília, outubro de 2009

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO SOBRE AS AMÉRICAS**

TESE DE DOUTORADO

**A INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL:
AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA
(1991 – 2006)**

Aïda El-Khoury de Paula

Banca Examinadora:

Prof^a. Dra. Fernanda Antônia da Fonseca Sobral (Presidente) – UnB/SOL/CEPPAC

Prof. Dr. Danilo Nolasco Cortes Marinho – UnB/CEPPAC

Prof. Dr. Moisés Villamil Balestro – UnB/CEPPAC

Prof^a. Dra. Ana Maria Fernandes – UnB/CEPPAC

Prof^a. Dra. Maria Lígia de Oliveira Barbosa – UFRJ

Prof^a. Dra. Sônia Maria Ranincheski (suplente) – UnB/CEPPAC

Brasília, outubro de 2009

AGRADECIMENTOS

Apresento minha imensa gratidão e respeito à Professora Fernanda Sobral que me proporcionou com seus conhecimentos e sua importante experiência acadêmica uma orientação competente e segura.

Meus agradecimentos aos professores e colegas do Centro de Pesquisa e Pós-Graduação Sobre as Américas da Universidade de Brasília, que contribuíram para o aprofundamento de minha formação, pela excelência na produção e troca de conhecimentos.

Gostaria de agradecer a Ana Estela Haddad e Maria Helena Machado, diretoras dos departamentos da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, como também à Professora Regina Celes Stella, Irlene de Paula e Paulo Mayall, do Ministério da Educação do Brasil, à Professora Mónica Abramzón, à Lic. Liliana Lopez, do Ministério da Saúde da Argentina, e ao Dr. José Martins, da Universidade de Cuyo - Mendoza, pela colaboração e disposição em ajudar-me a obter material empírico, documentos e atas sobre o Mercosul educacional e o Mercosul saúde.

Sou enormemente grata às minhas amigas Lina Samrany, Nágila El-Kadi, Rosemary Achcar, Lídice Araújo, Tatiana Maranhão, Adriana Bosco, Gorette Brandão e Laila Hallit pelo inestimável apoio e solidariedade.

Agradeço de forma particular à Professora Maria Lígia Barbosa por ter acreditado, ainda no curso de mestrado na UFMG, na minha pessoa e nos meus esforços ao aceitar me orientar, abrindo assim o caminho de integração na minha vida de imigrante.

Agradeço ao Brasil, terra que me acolheu há 20 anos, e à minha família brasileira que me recebeu com afeto e generosidade desde o primeiro momento.

À minha terra natal e à minha família no Líbano pelos fortes laços que nos unem e que me fortalecem a cada instante.

A Márcio, Michel e Yolanda pela cumplicidade e seu grande amor.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE SIGLAS..... | 7 |
| LISTA DE QUADROS E FLUXOGRAMA..... | 11 |
| RESUMO E ABSTRACT | 12 |
| INTRODUÇÃO | 13 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCADO COMUM DO SUL - MERCOSUL ... | 25 |
| 1.1. O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DO MERCADO COMUM DO SUL - MERCOSUL | 25 |
| 1.1.1 A ESTRUTURA INSTITUCIONAL DO MERCOSUL | 29 |
| 1.2. ASPECTOS INSTITUCIONAIS DO MERCOSUL NAS ÁREAS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. | 33 |
| 1.3 A DIMENSÃO SOCIAL DA INTEGRAÇÃO NO MERCOSUL E O SUBGRUPO DE TRABALHO / SGT - Nº 10 “RELAÇÕES DE TRABALHO, EMPREGO E SEGURIDADE SOCIAL” | 40 |
| 1.4 A DIMENSÃO SOCIAL DA INTEGRAÇÃO EDUCACIONAL | 43 |
| 1.4.1 A DIFERENCIAÇÃO SOCIAL E A INTEGRAÇÃO DAS SOCIEDADES CONTEMPORÂNEAS | 44 |
| 1.4.2 A INTEGRAÇÃO SOCIAL COMO PROCESSO | 50 |
| 1.4.3 A MEDICINA: HABITUS E CAMPO..... | 54 |
| 1.4.4 O HABITUS DIFERENCIADOR E O HABITUS INTEGRADOR..... | 55 |
| 2. ABORDAGEM COMPARATIVA DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL E NA ARGENTINA E AS EXPERIÊNCIAS EUROPEIA E DA AMÉRICA LATINA | 60 |
| 2.1 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR: AUTONOMIA, AVALIAÇÃO E QUALIDADE DO ENSINO..... | 60 |
| 2.1.1 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL | 62 |
| 2.1.2 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NA ARGENTINA..... | 68 |
| 2.2 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO | 77 |
| 2.3 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM MEDICINA..... | 82 |
| 2.3.1 OS DILEMAS DA CONSTITUIÇÃO DO MARCO LEGAL DA MEDICINA NO BRASIL..... | 82 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.2 ASPECTOS LEGAIS DA MEDICINA NA ARGENTINA E O PAPEL DA ACREDITAÇÃO | 93 |
| 2.4 FORMAÇÃO, REGULAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL..... | 99 |
| 2.4.1 DO MODELO FLEXERIANO AO MODELO CRÍTICO..... | 99 |
| 2.4.2 A REGULAÇÃO E A REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL..... | 101 |
| 2.5 O ESTADO, AS UNIVERSIDADES E AS ENTIDADES MÉDICAS | 105 |
| 2.6 AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NA UNIÃO EUROPEIA E O TRATADO DE BOLONHA | 111 |
| 2.7 A COOPERAÇÃO EDUCACIONAL NA AMÉRICA LATINA | 117 |
| 3. AS POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO NO MERCOSUL | 122 |
| 3.1 AS POLÍTICAS DO SETOR EDUCACIONAL DO MERCOSUL..... | 123 |
| 3.2 A HARMONIZAÇÃO E A COMPATIBILIZAÇÃO DAS LEGISLAÇÕES | 126 |
| 3.2.1 OS PROTOCOLOS DE INTEGRAÇÃO EDUCACIONAL..... | 126 |
| 3.2.2 A CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE DIÁLOGO ACADÊMICO: O QUE É HARMONIZAR NO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO EDUCACIONAL DO MERCOSUL ?..... | 129 |
| 3.3 O DEBATE SOBRE A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NO MERCOSUL | 132 |
| 3.4 PLANOS E AÇÕES DO SEM: RUMO AO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL ?..... | 135 |
| 3.4.1 MEDICINA NO MERCOSUL: O MECANISMO EXPERIMENTAL DE ACREDITAÇÃO DE CURSOS PARA O RECONHECIMENTO DE TÍTULOS DE GRAU UNIVERSITÁRIO NOS PAÍSES DO MERCOSUL, BOLÍVIA E CHILE – MEXA | 141 |
| 3.4.2 AS AGÊNCIAS DE ACREDITAÇÃO: “OS SENTIDOS DO JOGO” | 144 |
| 3.4.3 O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO E O MARCO DA AVALIAÇÃO..... | 147 |
| 3.4.4 A AVALIAÇÃO EXTERNA – O COMITÊ DE PARES: PERFIL, CONSTITUIÇÃO E FUNÇÃO .. | 153 |
| 3.4.5 O PARECER DE ACREDITAÇÃO E OS EFEITOS DO MEXA | 156 |
| 3.4.6 O PROGRAMA MARCA DE MOBILIDADE ACADÊMICA REGIONAL PARA OS CURSOS ACREDITADOS NA MEDICINA..... | 161 |
| 4. AS POLÍTICAS DA SAÚDE NO MERCOSUL..... | 167 |
| 4.1 AS BASES CONCEITUAIS DAS POLÍTICAS DAS INSTÂNCIAS DE SAÚDE NO MERCOSUL: AS REUNIÕES DE MINISTROS DE SAÚDE, A COORDENAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE NO MERCOSUL E O SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 “SAÚDE”..... | 167 |
| 4.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DISCUTINDO AS ESPECIALIDADES MÉDICAS | 178 |
| 4.3 HARMONIZAÇÃO <i>VERSUS</i> PADRONIZAÇÃO | 185 |
| 4.4 A MATRIZ MÍNIMA DE REGISTRO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO MERCOSUL..... | 193 |

| | |
|--|------------|
| 4.5 A “PERMANÊNCIA NO INTERIOR DA MUDANÇA” | 197 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 203 |
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 208 |

LISTA DE SIGLAS

AFACIMERA – Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina

AMB – Associação Médica Brasileira

Andes - Associação Nacional dos Docentes Universitários

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

Arcu-Sul – Sistema de Acreditação de Cursos Universitários para o Reconhecimento Regional da Qualidade Acadêmica das Respectivas Titulações no Mercosul e nos Estados Associados

AUGM – Associação de Universidades Grupo Montevideu

Capex – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCCM – Comissão Consultiva do Curso de Medicina

CCM - Comissão de Comércio do Mercosul

CCR – Comitê Coordenador Regional

CEE – Comunidade Econômica Europeia

CEPES – Centro Europeu para o Ensino Superior

CES – Câmara de Educação Superior

CFE – Conselho Federal de Educação

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIMS – Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul

CIN – Consejo Interuniversitario Nacional

Cinda – Centro Interuniversitario de Desarrollo

Cinterfor – Centro Interamericano para o Desenvolvimento do Conhecimento na Formação Profissional

CMC - Conselho do Mercado Comum

CME – Comissão Mista de Especialidades

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conaes – Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior

CONEAU – Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria

CRC – Comissão Regional Coordenadora de Área

CRC-EB – Comissão Regional Coordenadora da Educação Básica

CRC-ES – Comissão Regional Coordenadora da Educação Superior

CRC-ET – Comissão Regional Coordenadora da Educação Tecnológica

CTR-ES – Comissão Técnica Regional da Educação Superior

Cremesp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

Crepes – Consejos Regionales de Planeamiento de la Educación Superior

Cresalc – Centro Regional para a Educação Superior na América Latina e no Caribe

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DOU – Diário Oficial da União

EEES – Espaço Europeu de Educação Superior

ENC – Exame Nacional de Cursos

ENQA - European Association for Quality Assurance in Higher Education

Fepafem – Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina

Fomec – Fondo para el Mejoramiento de la Calidad Universitaria

GGP – Grupos Gestores de Projetos

GM – Gabinete do Ministro

GMC – Grupo Mercado Comum

GTEAC – Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação da Educação Superior

ICH – International Conference of Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use

IES – Instituição de Ensino Superior

Iesalc – Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e Caribe

IPE – Instituto Internacional de Planejamento Educacional

Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LES – Ley de Educación Superior

LFE – Ley Federal de Educación

Marca – Programa de Mobilidade Acadêmica Regional para os Cursos Acreditados

MEC – Ministério da Educação

Mercosul - Mercado Comum do Sul

Mesalc – Mapa de la Educación Superior en la América Latina y el Caribe

MEXA – Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário

MS – Ministério da Saúde

M.S. y A.S. – Ministerio de Salud y Acción Social

OEA – Organização dos Estados Americanos

OEI – Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OPS/OMS – Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

OREALC – Escritório Regional de Educação para a América Latina e o Caribe

PNPG – Plano Nacional de Pós-Graduação

POP – Protocolo de Ouro Preto

PREAL – Programa de Promoción de la Reforma Educativa de América Latina y el Caribe

RANA – Reunião de Agências Nacionais de Acreditação

REC - Recomendação

Rima – Rede de Integração e Mobilidade Acadêmica

RM – Residência Médica

RME – Reunião de Ministros da Educação

RMS – Reunião de Ministros da Saúde

RMS-CC – Reunião de Ministros da Saúde – Cordenação Nacional de Saúde do Mercosul

RMSM-EA – Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados

RO – Reunião Ordinária

SEM – Setor Educacional do Mercosul

SESu – Secretaria de Educação Superior

SGT - Subgrupo de Trabalho

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIC – Sistema de Informação e Comunicação

Sinaes – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior

SM – Secretaria do Mercosul

SPU – Secretaria de Políticas Universitárias

SUS – Sistema Único de Saúde

TAs - Tratado de Assunção

UBA – Universidade de Buenos Aires

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

USP – Universidade de São Paulo

WFME – World Federation for Medical Education

LISTA DE QUADROS E FLUXOGRAMA

| | |
|---|-----|
| Quadro 1. Estrutura institucional do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde” - SGT N° 11 “Saúde” | 35 |
| Quadro 2. Estrutura institucional do Setor Educacional do Mercosul..... | 37 |
| Quadro 3. Instâncias representativas da agenda social do Mercosul..... | 41 |
| Quadro 4. O significado da integração social: SGT N° 11 “Saúde” e SEM..... | 58 |
| Quadro 5. Legislação da Educação Superior na Argentina | 74 |
| Quadro 6. Legislação da Educação Superior no Brasil | 85 |
| Quadro 7. Legislação em Medicina no Brasil | 90 |
| Quadro 8. Legislação em Medicina na Argentina..... | 96 |
| Quadro 9. Parâmetros de qualidade Mercosul – MEXA..... | 151 |
| Quadro 10. Resultados preliminares: movilizados y plazas disponibles – Marca - 2008 | 163 |
| Quadro 11. Flujo de movilidad: Medicina - 2008..... | 164 |
| Quadro 12. Flujo de movilidad: otros áreas – 2008..... | 165 |
| Quadro 13. Profissões de saúde em comum no Mercosul - 2003..... | 187 |
| | |
| Fluxograma 1. Processo de Acreditação do Mecanismo Experimental para o Reconhecimento de Cursos de Grau Universitário – MEXA..... | 148 |

RESUMO

A INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCOSUL: AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA ARGENTINA: 1991-2006

O Mercado Comum do Sul – Mercosul se constituiu, em 1991, como projeto político no contexto da internacionalização das economias, em busca de fortalecimento de suas relações regionais e internacionais. A tese analisa o processo de integração social a partir das concepções sobre as políticas da educação superior em saúde, especificamente na Medicina, no Brasil e na Argentina, entre 1991 e 2006, e a possibilidade de construção de *habitus* integrador. A partir do estudo comparativo das políticas de educação superior e da formação médica em ambos os países, são mostradas diferenças quanto à institucionalização da avaliação da graduação e da pós-graduação. No âmbito do Mercosul, foi demonstrado que as políticas e as ações implementadas pelo Setor Educacional do Mercosul e pelo Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde” que objetivam a *harmonização* da legislação na formação médica e a garantia da mobilidade de estudantes, docentes e profissionais entre seus países alcançaram resultados parciais. A elaboração e a implementação de políticas voltadas para avaliar a qualidade da formação do médico do Mercosul se dissociaram do reconhecimento dos títulos e do exercício profissional.

ABSTRACT

SOCIAL INTEGRATION IN THE MERCOSUR: HEALTH EDUCATION POLICIES IN BRAZIL AND ARGENTINA, 1991-2006

The Southern Common Market (Mercosur) was founded in 1991 as a political undertaking by countries whose economies were being internationalized, in an attempt to strengthen their regional and international relations. This thesis analyzes the process of social integration, based on public education policies for health, particularly in the field of medicine, in Brazil and Argentina from 1991 to 2006, and the possibility of building a *habitus* favorable to integration. The comparison of higher-education and medical-training policies in both countries reveals differences in how the evaluation of under-graduate and graduate courses has been institutionalized. Mercosur policies and actions carried out under the Mercosur Education Sector and its Working Subgroup #11 “Health” to *harmonize* legislation on medical training and to assure the mobility of students, professors and professionals between member countries have achieved partial results. The making and implementation of policies aimed at assessing the quality of physicians’ professional training in the Mercosur has been disassociated from the recognition of diplomas and professional practice.

INTRODUÇÃO

Pretende-se analisar nesta tese o processo de integração social no Mercado Comum do Sul a partir da formação educacional dos médicos, no Brasil e na Argentina, no período de 1991 a 2006.

Ao fenômeno de globalização são atribuídas distintas formas de inserção dos países. A inserção das economias ao sistema mundial de comércio foi marcada, nas duas últimas décadas do século XX, por transformações tais como a constituição de novas instituições atuantes no comércio internacional a exemplo da Organização Mundial do Comércio (OMC)¹. Se o Mercado Comum do Sul – Mercosul nasceu como bloco econômico, conforme sua Carta Constitutiva, o Tratado de Assunção de 1991, acompanhando o movimento de internacionalização da economia, parece fazer surgir uma outra forma de inserção que vai além da dimensão econômica, apesar de suas metas de natureza comercial.

Ao objetivar a constituição de mercado comum, o Tratado de Assunção assegurou a reciprocidade de direitos e obrigações entre países membros, o exercício de quatro liberdades fundamentais - de pessoas, serviços, capitais e bens - como também a harmonização das legislações nas áreas de interesse comum, a constituição de normas, de instituições e instâncias voltadas para definir os direitos e os deveres e o desenvolvimento econômico com justiça social². É em função destas preocupações originais que a dimensão social do Mercosul se desenvolveu e se ampliou sobretudo nos meados da década de noventa do século passado.

Entende-se que a educação e a saúde são temas característicos da dimensão social no processo de integração, uma vez que foram instituídos a Reunião de Ministros de Educação e o Subgrupo “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Previdência Social”³, protagonistas nas discussões de questões sociais. Temas como saúde e direitos laborais

¹Considerada como iniciativa de regulação do comércio internacional, a Organização Mundial do Comércio decorreu, em 1993, de discussões no âmbito do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT).

²Tratado de Assunção. Capítulo I Propósitos, Princípios e Instrumentos. Art 1º e 2º (www.mercosur.int).

³ O Subgrupo “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Previdência Social”, SGT N° 11 passou a ser denominado, em 1995, Subgrupo “Relações Laborais Emprego e Seguridade Social”, SGT N° 10.

foram incorporados em 1995 e 2000 respectivamente, com a criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” (SGT Nº 11 “Saúde”) e a Comissão Sociolaboral.

A partir do contexto que associa o Mercosul à dimensão econômica, busca-se uma nova reflexão, voltada ao processo de integração educacional, de estudantes, docentes e profissionais na área da saúde através da formação e do exercício profissional. O interesse específico da autora pelo tema está relacionado com suas experiências anteriores no campo da saúde, por sua formação profissional de nível superior em Enfermagem e especialização em anestesia, pelo trabalho de dissertação de mestrado na área da sociologia das profissões e, mais recentemente, por prestar serviços de consultoria ao Ministério da Saúde⁴. A escolha pelo Centro de Pós-Graduação e Pesquisa sobre as Américas deve-se ao seu caráter interdisciplinar, que proporciona diálogo com outras áreas do conhecimento, e foco comparativo.

Uma questão em especial que chamou a atenção da autora quando trabalhou no projeto sobre o exercício profissional em saúde no Mercosul foi a falta de sincronização das discussões sobre a integração regional dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo em que grupos da saúde e grupos da educação do Brasil e da Argentina refletiam sobre temas que objetivam a livre circulação de estudantes, docentes e profissionais da área médica entre seus países no âmbito do Mercosul, estes mesmos grupos elaboravam políticas e/ou formulavam propostas em uma linha de ação que parecia irregular e por vezes incoerente.

Pierre Bourdieu esclarece que impressões ou representações sobre a realidade social são formadas pela prática e retiram sua evidência e autoridade das funções sociais que desempenham (Bourdieu, 2004, p.24). Estas impressões ou representações se tornam noções científicas e objeto de análise quando é realizada uma substituição dessas representações, que tendem a se impor como estruturas do objeto, pelo conjunto de critérios abstratos que as definem do ponto de vista sociológico. A falta de sincronização percebida nos trabalhos desenvolvidos pelos grupos que visam à integração regional via formação médica ou a incoerência que caracteriza as ações tomadas pressupõem, portanto, uma ruptura com as relações mais aparentes, por serem

⁴ As atividades eram relacionadas com a coordenação e organização do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde a fim de auxiliar os trabalhos da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional sob a coordenação do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde / Ministério da Saúde, entre 2004-2007.

as mais familiares, para fazer surgir o novo sistema de relações entre os elementos. É preciso ainda submeter a nossa prática aos princípios fundamentais da teoria do conhecimento sociológico (Bourdieu, 2004, p.27).

Para entender as razões e os mecanismos através dos quais acontecem estas dessincronizações e incoerências nas atitudes dos grupos que pensam a integração educacional em saúde, pretende-se estudar, neste trabalho, as características da nova estrutura social onde estão inseridos os campos e os agentes. Os campos são o da educação, representado pelo Setor Educacional do Mercosul (SEM), e o da saúde, chamado Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”, integrados por diversos agentes, tais como o Estado, as universidades e os grupos médicos. Neste sentido, recorreu-se aos conceitos de P. Bourdieu, de campo, de habitus e de capital (econômico, cultural) para fundamentar a análise teórica das principais questões e problemáticas levantadas na busca da compreensão das atitudes observadas e das lógicas dos campos nas condições sociais que se apresentam.

A caracterização do conceito de habitus será feita a partir da análise das instâncias que compõem o Mercosul-educacional e o Mercosul-saúde, materializadas em atas, propostas, planos, acordos e resoluções, assim como a partir das entrevistas realizadas com os integrantes destas instâncias, ao longo do desenvolvimento dos quatro capítulos. Trata-se de compreender as concepções que permeiam os processos decisórios de políticas públicas e as razões pelas quais tais concepções influenciam o tipo de habitus, como também entender a relação existente entre o habitus integrador, a posição no campo e as tomadas de posição.

O conceito de habitus em Bourdieu é justificado pela relação existente entre o processo de socialização dos médicos e as disposições que eles adquirem durante sua formação teórica e empírica. As experiências de vida que os médicos incorporam são as maneiras de ser e de agir adquiridas em campos distintos, o da educação e o da saúde, e o habitus diferenciador estaria relacionado a esta maneira de pensar e de agir do grupo (tanto no Brasil como na Argentina). No processo de integração, sugere-se que estes mesmos grupos estariam constituindo novas formas de relações sociais estruturadas em um campo “novo” que tem uma lógica própria. Estes grupos usam de estratégias que dependem de sua posição no campo e de seu capital (cultural, político, econômico), ou seja, são formas desiguais de luta, a fim de conservar ou transformar o campo.

Nesta tese, supõe-se que a integração regional esteja se realizando de uma forma ainda gradativa e permeada de conflitos, embora já existam mecanismos institucionais, legislações, planos, formas de intercâmbio, mobilidade e redes de pesquisadores na América Latina para a área da educação em saúde. Apesar do habitus diferenciador, relacionado à integração nacional, estar mais forte do que o habitus integrador na Região, pode-se distinguir sinais indicadores de um possível fortalecimento do habitus integrador.

Note-se que a literatura existente sobre a integração em educação no Mercosul ainda é escassa devido, em parte, às políticas recentes em educação superior implementadas a partir de 1996/97, como também à inexistência de dados disponíveis e comparáveis entre os países do Mercosul sobre a mobilidade de estudantes, especificamente na área da saúde em geral e na Medicina em particular. Alguns estudos, como os de Morosini (org.), 1998, e Schmidt, Oliveira & Aragón, 2000, mostram que no contexto da globalização e da internacionalização do ensino superior, há que se repensar o papel das universidades e das políticas de educação superior na América Latina.

Com relação ao Mercosul em particular, Morosini analisa as políticas e as ações de cooperação entre as universidades notadamente na pós-graduação, sob forma de acordos bilaterais ou redes de cooperação. Os demais autores mostram ainda os problemas que os países da América Latina enfrentam, internamente, no seu sistema de ensino superior, tais como a democratização do acesso, a qualidade do ensino oferecido e o desenho das instituições públicas e privadas (Schmidt, 2000, p.244). Iniciativas de integração em educação existem no âmbito dos países, a exemplo da criação da Universidade pública virtual no Brasil, em 2000, nos moldes da sociedade da informação com vistas a suprir a ausência de cooperação interinstitucional, integrando, assim, as diversas experiências em um sistema organicamente estruturado. Segundo Schmidt, a importância desta experiência está na possibilidade de integrar a produção do subcontinente americano, buscando uma inserção entre as culturas da Região, além da valorização e projeção internacional.

Outros estudos foram identificados, como as teses de doutorado de Adriana Rosa Chiroleu (1996) e de Roberto Muniz Barretto de Carvalho (2000), que abordam, respectivamente, temas sobre a educação superior e o desenvolvimento da pós-graduação e sistema de ciência e tecnologia, em estudo comparativo entre o Brasil e

Argentina. A tese de Sônia Ranincheski (2004) analisa a questão social a partir dos discursos das elites parlamentares brasileiras e uruguaias, em princípios do século XX. Na problemática da integração regional, a dimensão social é um tema mobilizador das sociedades contemporâneas nas diversas nações que, segundo Ranincheski, tem que ser entendido e conceituado do ponto de vista relacional em termos do político – papel do Estado - econômico, cultural e histórico.

Neste contexto, alguns questionamentos se colocam: a formação seria um instrumento importante que poderia possibilitar a construção do habitus integrador? A existência de diferenciação entre os sistemas universitários com relação à formação dos médicos poderia se apresentar como um dos condicionantes da (in)viabilidade do processo de integração educacional entre os países? A fim de alcançar uma compreensão do processo de integração educacional entre realidades distintas, foram definidos como objetivos específicos da tese:

- (i) Compreender as concepções sobre as políticas da educação superior na saúde no Mercosul com relação ao seu papel no desenvolvimento do processo de integração regional, analisando comparativamente as políticas implementadas pelo Setor Educacional do Mercosul e pelo Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” / SGT Nº 11 “Saúde” que compõem a agenda social do Mercosul no período de 1991 a 2006.
- (ii) Analisar em que medida o Mercosul propicia com suas instâncias de educação na área de saúde a possibilidade de transformação do habitus diferenciador em habitus integrador de médicos de formação distinta.
- (iii) Identificar as relações existentes entre o habitus integrador (disposições individuais), as exigências de cada campo e as posições sociais ocupadas que definem a integração social.

Para o presente estudo optou-se pela escolha do Brasil e da Argentina justificada pela sua iniciativa de construir um projeto regional de integração. Essa iniciativa se deu em resposta à conjuntura econômica mundial e sobretudo pela convergência de visão política e econômica dos dois países. A constituição do Mercosul, aliada à busca de consolidação de suas democracias, nos últimos vinte anos, abriu o caminho para mudanças em distintos campos da vida pública, inclusive no campo da educação superior e foram importantes na implementação de políticas de avaliação e de

acreditação⁵ de cursos em Medicina no Mercosul. Cientes que as políticas implementadas no âmbito do Mercosul são discutidas e acordadas por consenso entre os quatro Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai), esse fato constitui uma problemática para o presente trabalho uma vez que o processo de integração regional estudado se limita a dois dos países do Mercosul.

Investigar o processo de integração educacional no Mercosul na área da saúde é relevante na medida em que permite refletir sobre o desenvolvimento das políticas de constituição de espaço educacional comum no âmbito regional pelos Estados e pelas instituições de ensino a fim de fortalecer o pertencimento social de estudantes, de profissionais e da população em geral ao processo de integração entre os países do Mercosul.

Para uma análise do espaço social, Bourdieu defende o uso da história comparada. Ele afirma que para captar a lógica mais profunda do mundo social é preciso submergir na particularidade de uma realidade empírica, historicamente situada e datada. Para tanto, Bourdieu propõe a apreensão das estruturas e mecanismos que escapam tanto ao olhar nativo quanto ao olhar estrangeiro, tais como os princípios de construção do espaço social ou os mecanismos de reprodução desse espaço. Assim, o pesquisador pode indicar as diferenças reais que separam tanto as estruturas quanto as disposições (os *habitus*) que não se encontram nas singularidades que caracterizam naturezas diferentes, mas nas particularidades de histórias coletivas diferentes (Bourdieu, 2004, p.15).

Ademais, Bourdieu esclarece que as análises que consideram as práticas em si mesmas e por si mesmas, independentemente do universo das práticas, são análises substancialistas, ingenuamente realistas. Bourdieu refuta esse modelo que estabelece uma correspondência entre as posições sociais e os gostos ou as práticas como uma relação mecânica e direta (Bourdieu, 2004, p.16). Nesta tese, a comparação, a partir de Bourdieu, visa conhecer as realidades na Argentina e no Brasil relativas a alguns aspectos na educação superior e na formação dos médicos, como também comparar as concepções das políticas de educação em saúde entre as instâncias de educação e de saúde no âmbito do Mercosul. O conhecimento de cada realidade permite, desta forma,

⁵ Acordado entre os países o uso do termo acreditação como sinônimo de credenciamento, correspondentes à palavra “acreditación” em espanhol. Nas atas redigidas em português aparecem ambos os termos “acreditação” e “credenciamento”. Nesta tese, optou-se pelo uso do termo “acreditação”.

a comparação de suas estruturas e de suas disposições internas com as estruturas e disposições sociais externas.

A revisão da literatura nacional e internacional, bem como a pesquisa em sítios dos ministérios da educação (www.mec.gov.br e www.me.gov.ar) e da saúde (www.saude.gov.br e www.msal.gov.ar) no Brasil e na Argentina foram as principais fontes na contextualização e obtenção de informações sobre o ensino superior e a formação dos médicos no Brasil em ambos países. As demais fontes utilizadas no trabalho empírico desenvolvido nesta tese se constituíram de (i) pesquisa de documentos gerais e específicos relacionados à constituição do Mercosul e às suas instâncias específicas de educação e de saúde; (ii) organização e participação em reuniões no Mercosul-saúde e no Mercosul-educacional; e (iii) realização de entrevistas semi-estruturadas no Brasil e na Argentina. Os documentos gerais pesquisados são Tratados, Protocolos e Acordos que compõem os textos fundamentais do Mercosul, localizados em endereço eletrônico na internet (www.mercosur.int). Os documentos específicos são compostos por Resoluções, Recomendações, Decisões e Protocolos relativos à constituição das áreas de educação e da saúde no âmbito do Mercosul, sendo as atas de reuniões das instâncias do Setor Educacional do Mercosul e do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”, organizadas da seguinte forma:

1. Setor Educacional do Mercosul

Foram levantadas atas do período de 1992 a 2006, referentes à (i) RME - Reunião de Ministros de Educação (31 arquivos); (ii) RME/CCR - Comitê Coordenador Regional (79 arquivos); (iii) RME/CCR/CRC-ES - Comissão Regional Coordenadora da Educação Superior (35 arquivos); (iv) RME/CCR/CRC-ES/GTEAC – Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação (12 arquivos); (v) RME/CCR/CRC-ES/RANA – Reunião de Agências Nacionais de Acreditação (cinco arquivos); e (vi) RME/CCR/CRC-ES/CCCM - Comissão Consultiva do Curso de Medicina (oito arquivos).

2. Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” – SGT Nº 11 “Saúde”

Foram levantadas atas do período de 1996 até 2006, referentes à (i) RMSM-EA - Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados (21 arquivos); (ii) RMS/CC – Coordenadores Nacionais de Saúde (21 arquivos); (iii) Reuniões Ordinárias

do SGT - Nº 11 “Saúde” (27 arquivos); (iv) Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional⁶ (22 arquivos); e (v) Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, Brasil (13 arquivos). Além das atas, foram levantadas e analisadas as Resoluções do GMC e as Decisões do CMC relacionadas aos trabalhos do SEM e da SGT - Nº 11 “Saúde” entre 1991 e 2006.

Parte da pesquisa das atas foi realizada pelos endereços eletrônicos do Mercosul (www.mercosulsaude.org e www.mercosursalud.org) e pelo www.sic.inep.gov.br. Outra parte da pesquisa se deu por busca direta em arquivos dos ministérios da Educação e da Saúde do Brasil e da Argentina, como também na Secretaria do Mercosul, em Montevideu. Dificuldades foram encontradas no levantamento do material empírico uma vez que as atas do SEM estão divididas entre os arquivos da Assessoria Internacional e da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, no Brasil, e da Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, na Argentina. Quanto às atas do Subgrupo de Trabalho Nº11 “Saúde”, elas estão distribuídas entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Secretaria do Mercosul, em Montevideu. Alguns documentos do SEM que dizem respeito ao Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário (MEXA) estão disponíveis no Ministério da Educação, como o informe definitivo feito pelo Comitê de Pares Avaliadores após a visita aos cursos das instituições participantes do MEXA, como também o parecer final desse Comitê.

A análise das atas do Setor Educacional do Mercosul e do SGT Nº 11 “Saúde” foi realizada mediante elaboração de quadros organizados em temas, instância/grupo, data e resultado (Recomendações). No conteúdo das atas foram identificadas as *ideias-força* que indicam a prioridade dada a propostas e políticas no âmbito da educação em saúde pelas duas instâncias estudadas. A partir das *ideias-força* foram observadas a escolha, a regularidade e a mudança dos temas priorizados nas políticas de educação em saúde, ao longo do desenvolvimento da pauta dos grupos de trabalho acima citados, como também a frequência de participação de certos grupos nas reuniões do SEM e do SGT Nº 11 “Saúde”.

A prioridade atribuída aos temas desenvolvidos pelas duas agendas da educação e da saúde, assim como as mudanças percebidas permitem observar a relação existente

⁶ A partir de 2004 a Subcomissão de Exercício Profissional passou a ser denominada de Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional.

entre a tomada de decisões pelos grupos e suas posições. A frequência e regularidade de participação, ou não, no processo de discussão e de decisão possibilita compreender o tipo de capital mobilizado (cultural, econômico) e a lógica que predomina no processo de integração educacional. Foi ainda examinada a linguagem utilizada pelos grupos e a evolução de seu entendimento com relação a certos termos empregados, tais como harmonização, compatibilização e pactuação. Isso permite ver quais temas aparecem e são reconhecidos como *habitus* diferenciador ou *habitus* integrador, compreender a tendência à reprodução ou à transformação da estrutura social em direção ao *habitus* integrador ou ao *habitus* diferenciador.

A participação e o acompanhamento pela autora de reuniões relacionadas aos temas da integração educacional em saúde no Mercosul ocorreram no Ministério da Saúde em virtude de suas atividades profissionais, entre 2004 e 2007, mediante a organização de todas as reuniões do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde no período, além de participações nas reuniões da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional do Mercosul, em Brasília (2005) e em Montevideu (2007).

Como integrante do Fórum Permanente Mercosul, houve uma certa aproximação com os trabalhos e as idéias desenvolvidas pela Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação no âmbito do Mercosul, permitindo, desta forma, a participação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional no Seminário “Regional de Avaliação do Mecanismo Experimental de Acreditação do Setor Educacional do Mercosul”, em 2006. O evento contribuiu para delimitar o período objeto da pesquisa, com início na criação do Mercosul em 1991 e na assinatura, no mesmo ano, do Protocolo de Intenções pelos ministros da educação. Os resultados do seminário de 2006 marcaram a conclusão e a aprovação, pelos ministros da educação dos Estados Partes e Associados, do MEXA como sistema permanente, a partir do qual foi construído o acordo sobre a criação e a implementação de um sistema de acreditação de cursos de graduação para o reconhecimento regional da qualidade acadêmica dos respectivos diplomas no Mercosul e Estados Associados.

O trabalho de pesquisa contou ainda com a aplicação de 16 entrevistas semi-estruturadas, entre julho de 2007 e dezembro de 2008, realizadas em instituições na Argentina (Ministério de Educación, Ciencia y Tecnología / Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria, Ministerio de Salud, Universidad de Cuyo –

Mendoza e Facultad de Medicina - Universidad de Buenos Aires) e no Brasil (Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior; Ministério da Saúde / Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e no Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”, Universidade Estadual de Londrina e Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo).

No roteiro elaborado para as entrevistas, em português e em espanhol, procurou-se centrar na hipótese e nos objetivos da tese, na compreensão do processo de integração educacional em saúde no Mercosul mediante perguntas semi-estruturadas sobre as características das políticas de educação em saúde em geral e sobre o Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário em Medicina em particular; como também sobre o significado do MEXA e seus efeitos para a avaliação de cursos de Medicina, o reconhecimento de títulos e o exercício profissional em saúde nos países do Mercosul.

Todas as entrevistas foram realizadas nas instituições mencionadas, gravadas e transcritas. A organização das entrevistas foi feita mediante construção de quadro dividido em tópicos, quais sejam, instituições, cargos e termos (harmonização, acreditação, mobilidade) com o objetivo de se estabelecer uma relação entre campo, posições sociais e disposições individuais e verificar a correspondência entre eles. Optou-se pela comparação entre as respostas e idéias do SEM e do SGT N° 11 “Saúde”, uma vez que se busca o entendimento da lógica dos dois campos, da educação e da saúde, no âmbito do processo de integração educacional, ciente das particularidades que identificam os campos de educação e da saúde no Brasil e na Argentina. Foram definidos três termos - harmonização, acreditação e mobilidade - cuja escolha se relaciona com as *ideias-força* observadas no conteúdo das atas das duas instâncias.

A análise do conteúdo das entrevistas, levando em consideração os tópicos e os termos, possibilitaria a apreensão das intenções, das decisões e das políticas acordadas entre os países ou aquelas que apresentam divergências e conflitos, como também informa se e como as instâncias de integração estão gerando condições para o desenvolvimento de um “novo” tipo de habitus.

A organização do material empírico e da tese foi realizada a partir dos objetivos, da hipótese e das questões colocadas anteriormente. Assim, a tese é constituída de quatro capítulos. O primeiro capítulo contextualiza, do ponto de vista histórico e teórico, o surgimento do Mercado Comum do Sul. O projeto político conjunto de

constituição de um mercado comum entre o Brasil e a Argentina em 1988, ampliado com a assinatura do Tratado de Assunção, em 1991. Por meio de um conjunto de instituições normativas e regras de atuação de natureza intergovernamental, adotadas por consenso pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, o Mercosul construiu uma estratégia específica de integração, distinta da estratégia da União Europeia.

A dimensão social da integração é apreendida a partir de uma lógica distinta da lógica comercial que orientou o surgimento do Mercosul, uma vez que temas relativos ao mundo do trabalho, à educação e à saúde ocuparam espaço nas discussões, institucionalizaram-se mediante a criação, respectivamente, do Subgrupo de Trabalho Nº 10 “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social” e do Setor Educacional do Mercosul (SEM), em 1991, e, em 1995, do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”. A relevância pública da saúde e da educação reconhecida pelas Constituições do Brasil e da Argentina pressupõe a formulação de políticas e a implementação de ações de educação em saúde acordadas entre os países, por intermédio de suas instâncias respectivas - o Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” e o Setor Educacional do Mercosul. A análise do processo de integração educacional em saúde no Mercosul, via formação dos médicos, fundamenta-se na reflexão teórica de Emile Durkheim e de Pierre Bourdieu a partir dos eixos da diferenciação social e da integração da sociedade contemporânea.

O segundo capítulo trata da descrição e da análise comparativa das políticas de ensino superior e das políticas de educação em Medicina no Brasil e na Argentina. Para compreender as características e as particularidades do sistema educacional foi estudada a trajetória do desenvolvimento do ensino superior nos dois países, principalmente, a partir dos temas da autonomia, da avaliação e da qualidade de ensino, uma vez que além de serem priorizados na agenda nacional dos países estes temas aparecem igualmente no âmbito das políticas de integração educacional no Mercosul, como também na União Europeia. O processo de institucionalização e as políticas de avaliação na educação médica, no Brasil e na Argentina, evidenciam disputas entre Estado, universidades e entidades médicas.

No terceiro capítulo procede-se à análise das políticas de educação em saúde no Mercosul. O Setor Educacional do Mercosul reúne instâncias e grupos vinculados ao Estado, às universidades e às entidades médicas para discutir e acordar em conjunto políticas e ações sobre a formação médica nos países do Mercosul. Ao longo do

capítulo, com o estudo das atas, protocolos, resoluções e decisões produzidos pelo SEM, busca-se compreender de que maneira a “harmonização das legislações” é percebida pelos grupos e adotada nas políticas de educação, assim como identificar as forças em jogo na definição de critérios para a formação dos médicos para o Mercosul e qual é o real alcance destas políticas de integração educacional, na Medicina. O Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário, em Medicina, conhecido como MEXA, através do qual foram acreditados e avaliados cursos de Medicina mediante a criação de parâmetros e critérios de qualidade, tornou-se a principal referência da política de integração educacional no Mercosul e reforçou disputas entre distintas instituições de avaliação dos cursos de Medicina no âmbito dos países e entre eles.

O quarto capítulo aborda as políticas de saúde no Mercosul desenvolvidas pelos Coordenadores Nacionais de Saúde no Mercosul e pelo Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”, discutindo-se em particular as propostas e as ações da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. O processo de harmonização do exercício profissional no Mercosul iniciou-se pela Medicina, no seu nível de pós-graduação (especialização *latu sensu*) onde, além do Estado, participam as entidades e grupos médicos.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL NO MERCADO COMUM DO SUL - MERCOSUL

1.1. O processo de constituição do Mercado Comum do Sul - Mercosul

O Mercado Comum do Sul - Mercosul⁷ surgiu em um contexto internacional marcado por transformações de ordem econômica e sociocultural. Na América Latina, a dinâmica macroeconômica dos anos noventa se caracterizou por uma busca de modelo favorável à recuperação do crescimento e do desenvolvimento após uma década de crise econômica e social. O cenário político era marcado pela restauração e consolidação da alternativa democrática como forma de regime (Gómes *apud* Morosini (org), 1998, p.15).

Nesse contexto, iniciam-se na região tentativas de integração como estratégia para sua inserção ao mundo da economia globalizada⁸. Ademais, o Mercado Comum do Sul nasce em uma nova ordem mundial na qual a política externa dos Estados Unidos com relação à América Latina é de tentar “legalmente incorporar toda a região à economia americana por meio das negociações da Alca, de tratados bilaterais de livre comércio...” (Guimarães, 2005, p.393).

A trajetória das relações políticas entre Brasil e Argentina, caracterizada por turbulências e divergências⁹, marcou a criação do Mercosul. Neste sentido, o estudo da integração social como uma categoria política, que interessa aos Estados e que estão

⁷ O Mercado Comum do Sul - Mercosul - foi criado em 26 de março de 1991 por uma Carta Constitutiva - o Tratado de Assunção - como bloco econômico formado pela Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, denominados “Estados Partes”. Em 2006, a Venezuela solicitou ingresso formal como Estado Parte. Bolívia e Chile são Estados Associados desde 1996. O Peru se associou em 2003, a Colômbia e o Equador em 2004. São três os idiomas oficiais do Mercosul: o português, o espanhol e o guarani. Este foi incluído como idioma oficial do Mercosul em 2006, por solicitação do Paraguai.

⁸ A Associação Latino-Americana de Livre Comércio (Alalc), 1960, depois Associação Latino-Americana de Integração (Aladi) em 1980; o Pacto Andino, 1969, hoje é a Comunidade Andina das Nações (CAN-1996); Sistema Econômico Latino-Americano (Sela) 1975; Mercado Comum do Sul (Mercosul), 1991; O Tratado de Livre Comércio da América do Norte-EUA-México-Canadá (Nafta), 1992; Área de Livre Comércio das Américas (Alca), 1998.

⁹ A Argentina alinhou-se muitas vezes com os Estados Unidos e não com o Brasil em diferentes foros. “Um caso especial de divergência de pontos de vista foi a candidatura brasileira a membro permanente do Conselho de Segurança das Nações Unidas, rejeitada publicamente pelo governo Menem. Essa orientação da política externa argentina criou um mal-estar crescente em diversos setores do governo brasileiro” (Guimarães, 2006, p.418).

contribuindo para defini-la e enquadrá-la, permite compreender os atos integradores e/ou diferenciadores dos países. Na década de 1980, a Argentina e o Brasil retomaram o caminho da democracia. Em ambos os países, as manifestações da sociedade¹⁰ aconteceram em vários níveis, intensificadas pela crise econômica. Reformulações de partidos políticos e a reorganização dos sindicatos marcaram igualmente este período. No Brasil, a grande mobilização da sociedade, em 1984, por eleições diretas para Presidente da República – as “Diretas Já” – se concretizaram em 1989. Na Argentina, o peronismo voltou ao poder nas eleições presidenciais em um contexto de graves problemas econômicos e sociais. Em 1989, assumiu a presidência Carlos Menem, que governou até dezembro de 1999. No Brasil, o *impeachment* de Fernando Collor foi votado pelo Congresso e Fernando Henrique Cardoso foi eleito presidente, exercendo dois mandatos, de janeiro de 1995 a janeiro de 2003 (Fausto e Devoto, 2004).

Embora pertencendo a espaços de tempo em parte diferentes, há nesses mandatos, em ambos os países, a novidade da reeleição e a reforma constitucional na Argentina¹¹, em 1993. O processo de democratização dos dois países, aliado à convicção de que o caminho do crescimento econômico e a melhoria das condições de vida necessitavam de uma abertura ao comércio internacional e o desenvolvimento de um projeto conjunto, foram essenciais nas negociações e assinatura de acordos de integração entre os países do Mercosul.

A aproximação entre o Brasil e a Argentina durante os governos José Sarney e Raúl Alfonsín iniciou o processo de cooperação, pela assinatura da Declaração de Iguazu, em 1985, na qual havia entendimento de que seria um processo político e de que seria uma iniciativa para defender os interesses econômicos e políticos dos dois países, em um contexto de intensa competitividade econômica mundial. Ambos os presidentes afirmaram ainda que a ciência e a tecnologia desempenham um papel fundamental no desenvolvimento econômico e social de seus países e que o processo de democratização que vive o continente conduzirá a uma maior aproximação e integração entre os povos da Região¹².

¹⁰ Na Argentina, as “marchas pela vida”, movimento promovido pelas “Mães da Plaza de Mayo”, para julgar e punir os responsáveis pela violência durante o governo militar.

¹¹ O Pacto de Olivos que consagrou o princípio das eleições diretas com a possibilidade de segundo turno e a reeleição (Fausto e Devoto, 2004, p.474).

¹² Declaração de Iguazu em 1985, art. 28 e 32.

Reforçar as relações político-econômicas entre o Brasil e a Argentina tem sido um processo gradativo. Em 1988, os dois países acordaram em criar um *espacio económico comum* e consolidar o processo de integração e cooperação econômica com a assinatura do Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento Brasil-Argentina¹³, segundo os princípios de gradualismo, flexibilidade, equilíbrio e simetria (art. 2º - Objetivos e Princípios). O Tratado tinha como estratégia central “a ideia de superar, cautelosamente, a rivalidade econômica e política entre Brasil e Argentina” (Guimarães, 2006, p.381) e previa a liberalização completa do comércio de bens e serviços entre os dois países em prazo máximo de dez anos, bem como a harmonização das políticas macroeconômicas para a formação do mercado comum. Em julho de 1990, os presidentes Collor e Menem assinaram a Ata de Buenos Aires, que antecipava para o final de 1994 o prazo para a formação do mercado comum entre Brasil e Argentina¹⁴. A incorporação do Paraguai e do Uruguai a esse processo levou à criação do Mercosul, pela assinatura do Tratado de Assunção (TAs), em março de 1991.

Para a constituição de um mercado comum com livre circulação de bens, serviços e fatores de produção – um dos principais objetivos do TAs – o Brasil, a Argentina, o Paraguai e o Uruguai deram alguns passos nessa direção. Por consenso, os países modificaram o calendário da liberalização comercial e adotaram um ritmo diferente de eliminação dos obstáculos ao livre comércio. Conforme o Tratado de Assunção e o cronograma estabelecido¹⁵, os quatro países alcançariam a etapa de área de livre comércio e uma união aduaneira até 31 de dezembro de 1994¹⁶. Em janeiro de 1995, a entrada em vigência da Tarifa Externa Comum marca o início efetivo da existência da união aduaneira que facilitaria a atração de capitais e a captação de investimentos. Em 1996, foram firmados acordos de livre comércio com o Chile e a Bolívia e, posteriormente, com os países da Comunidade Andina. Da mesma forma, os

¹³ O Tratado foi aprovado pelos congressos brasileiro e argentino em agosto de 1989 e foram assinados 24 protocolos sobre temas diversos.

¹⁴ O Acordo de Complementação Econômica Nº 14, firmado em dezembro de 1990, instituiu cronograma para a criação de uma Zona de Livre Comércio de bens até 31 de dezembro de 1994.

¹⁵ O art. 5º do Tratado estabelece que “desde sua entrada em vigor, um programa de liberalização comercial consistirá em reduções tarifárias progressivas, lineares e automáticas, acompanhadas da eliminação de restrições não tarifárias ou medidas de efeito equivalente, assim como de outras restrições ao comércio entre os Estados Partes, para chegar a 31 de dezembro de 1994, com tarifa zero, sem barreiras não tarifárias sobre a totalidade do universo tarifário”.

¹⁶ A União Aduaneira prevê a eliminação das tarifas aduaneiras nacionais e as restrições não aduaneiras para a constituição de um único território aduaneiro entre um grupo de países, podendo adotar-se desta forma uma Tarifa Externa Comum para o comércio extrarregional.

países do Mercosul têm conduzido, em conjunto, negociações visando acordos de comércio na Região e com a União Europeia.

Vale lembrar que na década de 1990 as medidas de consolidação dos regimes democráticos no Brasil, na Argentina e nos demais países da América Latina foram acompanhadas pela implementação da Reforma do Estado que estabeleceu o “Estado mínimo” denominado “Estado social-liberal” que, segundo Bresser-Pereira, “continua responsável pela proteção dos direitos sociais, mas que garante essa proteção deixando gradualmente de exercer de forma direta as funções de educação, saúde e assistência social para contratar organizações públicas não estatais para realizá-las” (Bresser-Pereira, 1998, p.7). Para autores como Morosini (1998) e Gentili (2004), a nova administração, conhecida como gerencial, fragilizou o Estado em relação ao cumprimento de suas funções sociais, notadamente na educação e na saúde, e aprofundou as dificuldades internas dos países do Mercosul.

O “Mercosul político” que expressa a vontade do Brasil e da Argentina na busca de convergências entre as sociedades da Região se traduziu em metas de integração política. Foram assinadas as primeiras declarações presidenciais que estabeleceram o Mecanismo de Consulta e Concertação Política do Mercosul – MCCP¹⁷ (Declaração Presidencial sobre Diálogo Político entre os Estados Partes, San Luis, Argentina, junho de 1996; e Declaração Presidencial sobre Consulta e Concertação Política dos Estados Partes do Mercosul, Assunção, junho de 1997). O Comunicado Conjunto dos Presidentes dos Estados Partes do Mercosul, de 1997, afirma que o desenvolvimento do processo de integração e seu aprofundamento têm uma dimensão política crescente que requer ações coordenadas e sistematizadas de seus membros.

O compromisso dos países membros com a democracia e com a paz resultou na incorporação da “cláusula democrática” ao Tratado de Assunção, pelo Protocolo de Ushuaia, Argentina, de 1998. A “cláusula democrática” estabelece que a plena vigência das instituições democráticas é condição essencial para o desenvolvimento dos processos de integração entre os países do Mercosul, e que toda alteração da ordem democrática constitui um obstáculo inaceitável para a participação no processo de integração. Na defesa da paz e do desenvolvimento, o Mercosul firmou a Declaração

¹⁷ Na XV Cúpula do Mercosul, em 1998, o Mecanismo de Consulta e Concertação Política do Mercosul foi institucionalizado pela Decisão CMC Nº 18/98, por meio da criação do Foro de Consulta e Concertação Política – FCCP, órgão auxiliar do Conselho do Mercado Comum.

Política do Mercosul, Bolívia e Chile como Zona de Paz, livre de armas de destruição em massa.

O *Relançamento do Mercosul*, em 2000, é caracterizado como uma nova etapa no processo de integração na qual foi efetuada uma reestruturação institucional do Mercosul¹⁸, quando foram criados novos foros. Distintos temas foram incluídos visando à consolidação da União Aduaneira e o aprofundamento do processo de integração entre os países, como a avaliação do cumprimento das pautas de trabalho pelas distintas instâncias que compõem o Mercosul (Subgrupos de Trabalho, Comitês Técnicos e Reuniões Especializadas), incorporação da normativa Mercosul¹⁹, fortalecimento institucional do Mercosul, relações externas, acesso ao mercado, defesa comercial, defesa da concorrência e solução de controvérsias, dentre outros.

1.1.1 A estrutura institucional do Mercosul

A definição da integração regional no Mercado Comum do Sul é o produto de um processo que passa por vários momentos de instituição, desde o Tratado de Assunção, de 1991, passando pelas diferentes instâncias que compõem a sua estrutura, tais como o Conselho do Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC), a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM), e os diversos grupos que as compõem. Nesse sentido, a assinatura do Protocolo de Ouro Preto (POP)²⁰, em 1994, foi fundamental uma vez que dotou o Mercosul de personalidade jurídica interna e internacional²¹. A personalidade jurídica interna visa à instalação do Mercosul, como organização internacional, sobre o território de um Estado para exercer as funções no âmbito da ordem jurídica. E a personalidade internacional significa que, através do POP, confere-se ao Conselho do Mercado Comum (CMC) o poder de “*agir como titular da personalidade jurídica do Mercosul*” e que, doravante, o Conselho pode “*negociar e*

¹⁸ O Protocolo de Ouro Preto (1994) definiu a estrutura institucional do Mercosul e a Decisão CMC Nº 59/00 incluiu algumas modificações à sua estrutura durante a XIX Reunião Ordinária do CMC (Florianópolis, 14 e 15/12/2000).

¹⁹ Mercosul/CMC/DEC. Nº 26/00 e Mercosul/CMC/DEC. Nº 23/00.

²⁰ Protocolo de Ouro Preto – Protocolo adicional ao Tratado de Assunção sobre a estrutura institucional do Mercosul, firmado em 17/12/1994.

²¹ Acordo de sede entre a República Oriental do Uruguai e o Mercado Comum do Sul - Mercosul para o funcionamento da Secretaria Administrativa do Mercosul, assinado em Fortaleza, em 1996.

assinar acordos, em nome do Mercosul, com países terceiros, grupos de países e organismos internacionais” (art. 8º, IV).

A estrutura institucional do Mercosul²², segundo o Protocolo de Ouro Preto, é composta por órgãos com capacidade decisória, de natureza intergovernamental. São eles o Conselho do Mercado Comum (CMC), o Grupo Mercado Comum (GMC) e a Comissão de Comércio do Mercosul (CCM). O Conselho do Mercado Comum, órgão superior do Mercosul, conduz a política geral do processo de integração através de tomada de *Decisões* para garantir a execução dos objetivos definidos pelo Tratado de Assunção e o estabelecimento progressivo de um mercado comum. Integram o CMC os Chefes de Estado, os Ministros das Relações Exteriores e os Ministros da Economia, ou seus equivalentes, dos Estados Partes. A presidência do Conselho do Mercado Comum é exercida por rotação dos Estados Partes, por ordem alfabética, pelo período de seis meses.

O Grupo Mercado Comum²³ é o órgão executor do Mercosul. Coordenado pelo Ministério das Relações Exteriores do Estado Parte que detenha a presidência *pro tempore*, o GMC “*tomará todas as medidas necessárias para executar decisões*” adotadas pelo CMC, como por exemplo, criar subgrupos de trabalho e Reuniões Especializadas. Até 2006, foram constituídos 15 subgrupos de trabalho com estruturas similares nos Estados Partes para o cumprimento das funções do GMC. O consenso, com a presença de todos os Estados Partes, é obrigatório para a adoção de *Resoluções*.

A Comissão de Comércio do Mercosul é um órgão decisório técnico e se pronuncia por *Diretivas*. A Comissão se encarrega de assistir os trabalhos do Grupo Mercado Comum e zela pela aplicação dos instrumentos da política comercial comum, principalmente para a implementação da união aduaneira²⁴.

O Mercosul funciona mediante Reuniões de Ministros (RM), Reuniões Especializadas (RE) e Reuniões *ad hoc*. Quanto às Reuniões de Ministros, estas foram instituídas pelo Conselho do Mercado Comum, em 1991. As atas que contêm as conclusões das Reuniões são remetidas ao GMC, e todos os acordos concluídos no

²² Disponível no sítio www.mercosur.int.

²³ É constituído por quatro membros titulares e quatro membros alternos dos Estados Partes, entre os quais devem estar necessariamente representados o Ministério das Relações Exteriores, o Ministério da Economia ou equivalente e o Banco Central.

²⁴ O Protocolo de Ouro Preto atribuiu à Comissão de Comércio do Mercosul a competência para conhecer as reclamações dos Estados Partes relativas às questões comerciais.

âmbito das RM são submetidos à análise e aprovação do CMC. Como se vê, o quadro institucional do Mercosul definido pelo Protocolo de Ouro Preto comporta uma estrutura institucional hierarquizada que pode ser identificada a partir das atribuições dos distintos órgãos do Mercosul, diferentemente do que foi estabelecido pela União Europeia²⁵ (Ventura, 2003, p.110).

A estrutura institucional do Mercosul conta ainda com o seu Parlamento e possui órgãos consultivos. Em dezembro de 2005, a Cúpula de Presidentes aprovou o Protocolo Constitutivo do Parlamento²⁶, em substituição à Comissão Parlamentar Conjunta, e sua instalação se efetuou em Montevideu, em maio de 2007. O Parlamento é o órgão de representação dos interesses dos cidadãos dos Estados Partes, o que significa uma contribuição à qualidade e equilíbrio institucional do Mercosul ao criar um espaço comum que reflita o pluralismo e a diversidade da Região e que contribua para a democracia, a participação, a representatividade, a transparência e a legitimidade social no desenvolvimento do processo de integração e de suas normas. Dentre os órgãos consultivos com competências genéricas, há o Foro Consultivo Econômico e Social (FCES), por meio do qual são representados os setores econômicos e sociais e do qual não participam os governos. Manifesta-se através de *Recomendações* que são elevadas ao GMC.

Outros aspectos que distinguem o Mercosul da União Europeia estão relacionados à sua estrutura institucional. A existência de diferenças encontra explicações nas análises de M. Medeiros (2001). Segundo o autor, o percurso da edificação da União Europeia foi marcado por inúmeras crises, como a crise da “cadeira vazia” e o subsequente “arranjo de Luxemburgo”²⁷, que salientam as dificuldades de implementação dos princípios de integração.

As divergências entre os países membros com relação à adoção de “uma estratégia de cooperação – ancorada em práticas intergovernamentais e tomada consensual de decisão – e uma estratégia de integração – assentada em práticas

²⁵ Entre os quatro principais órgãos da Comunidade Europeia, quais sejam, o Conselho da União Europeia, a Comissão, o Parlamento e a Corte de Justiça, as relações são mantidas “na base de uma paridade institucional”.

²⁶ Mercosul/CMC/DEC Nº 23/05 - Protocolo Constitutivo do Parlamento do Mercosul.

²⁷ “Cadeira vazia” (*chaise vide*): crise caracterizada pelo boicote da França, em 1965, às instituições comunitárias. “Arranjo de Luxemburgo”: protocolo assinado em 1966 entre os parceiros das Comunidades Europeias para resolver a crise da cadeira vazia e que reforçava o princípio da tomada de decisão consensual. Cf. Quermonne, Jean-Louis. *Le système politique de l'Union Européenne*. Paris, Montchrestien, 2001.

supranacionais e tomada de decisão por maioria”²⁸ (Medeiros, 2001, p.156) marcaram a criação da instituição supranacional formal encarnada pela Comissão Europeia²⁹, em um contexto de pós-Segunda Guerra Mundial e de ameaças da Guerra Fria.

Assim, a concepção de um processo de integração entre os países da Europa Ocidental baseado em um exercício de soberania dividida se apresentou como meio para impedir a eclosão de novos conflitos e um esforço para se “reapropriar da utopia transnacionalista que marca a história das relações internacionais” (Medeiros, 2001, p.156), o que coloca a gênese do Mercado Comum do Sul em um quadro cultural e político bem distintos.

Para Medeiros, a construção do Mercosul é lançada “numa conjuntura psicológica que não concebe a possibilidade de um exercício de soberania dividida” pois o “Estado-nação da América meridional parece, devido talvez à sua idade precoce e a um ranço colonialista ainda recente, fortemente ligado à prática clássica da soberania” (2001, p.157). A especificidade da estratégia de integração no Mercosul está no seu enquadramento na lógica de cooperação, em uma estrutura institucional inteiramente intergovernamental do ponto de vista político, porém, “gera-se uma prática reguladora em nível econômico e social capaz de produzir rugosidades, elas próprias origem de momentum político com viés supranacional” (2001, p.157).

O autor aponta para as dificuldades que a estrutura institucional do Mercosul apresenta; porém, ao se referir às “rugosidades”, ele mostra a dinâmica desta estrutura não somente através de uma produção normativa derivada – *decisões, resoluções e diretrizes* – mas igualmente pela participação progressiva, ainda embrionária, da sociedade civil, e pelo desenvolvimento de setores como a educação e a cultura.

Contudo, para Medeiros, o desafio dos países do Mercosul está na implementação de uma lógica distributiva que promova a redução das assimetrias entre os países que o compõe, a coesão social e o desenvolvimento estrutural das unidades subnacionais, estados ou províncias.

²⁸ Tratado de Paris, 1951; Tratado de Roma, 1957; Tratado de Maastricht, 1993.

²⁹ A supranacionalidade serve como valiosa técnica de implementação dos princípios convencionados em foros intergovernamentais (Ventura, 2003, p.102).

1.2. Aspectos institucionais do Mercosul nas áreas da saúde e da educação.

Gradualmente, o Mercosul passa a discutir, também, temas característicos da agenda social de integração, em um contexto de ampliação de direitos sociais e de consolidação da democracia. Consta nos textos constitucionais do Brasil e da Argentina³⁰ que a educação e a saúde são deveres do Estado e direitos de seus cidadãos, ou seja, ambos reconhecem que a educação e a saúde são de relevância pública.

As iniciativas na área da saúde foram mais tardias com relação às da educação no Mercosul³¹. No entanto, o tema saúde já havia sido discutido em 1992, no Subgrupo de Trabalho N° 3 “Normas Técnicas”, que trata da “harmonização das normas sanitárias”. Somente em 1995 constituiu-se a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul e Estados Associados (RMSM-EA)³², estrutura política máxima na saúde, ligada ao Conselho do Mercado Comum, e que define as políticas e as estratégias de saúde para o Mercosul.

O Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde” foi criado um ano após a RMSM-EA, pela Resolução GMC N° 151/96. O SGT N° 11 tem como objetivo geral a “*harmonização das legislações*” e a coordenação das ações entre os Estados Partes no que se refere aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, como também os critérios para a vigilância epidemiológica e o controle sanitário. Este Subgrupo define para todos os Estados Partes uma pauta negociadora³³ comum, cujo cumprimento é efetuado pelas Coordenações Nacionais, Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc* (Quadro 1 – 2007).

³⁰ Na constituição argentina, o capítulo II, das Declarações, Direitos e Garantias Individuais, trata dos direitos garantidos ao cidadão (1992). A constituição brasileira expressa em seu art. 196 que “A saúde é dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas...” e no art. 205 que “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (1988).

³¹ As informações a respeito do Mercosul saúde e das suas instâncias: RMS, SGT N° 11 “Saúde” e Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional – história, estrutura organizacional, propostas e ações – foram obtidas através de pesquisa de conteúdo das atas de reuniões destas instâncias, dos acordos, das decisões disponíveis nos sítios do Mercosul saúde (www.mercosulsaude.org, www.mercosur.salud.org e www.mercosur.int), nos arquivos da representação do SGT N° 11 “Saúde” e no Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde / MS.

³² Reunião de Ministros da Saúde (RMS) (DEC.CMC N° 03/95); Comissões de Coordenadores da RMS (RMS-CC): são 11 comissões intergovernamentais.

³³ A pauta negociadora é formada pela tarefa geral, as pautas de ações, as tarefas da coordenação nacional e as agendas de trabalho das comissões, subcomissões e grupos *ad hoc*.

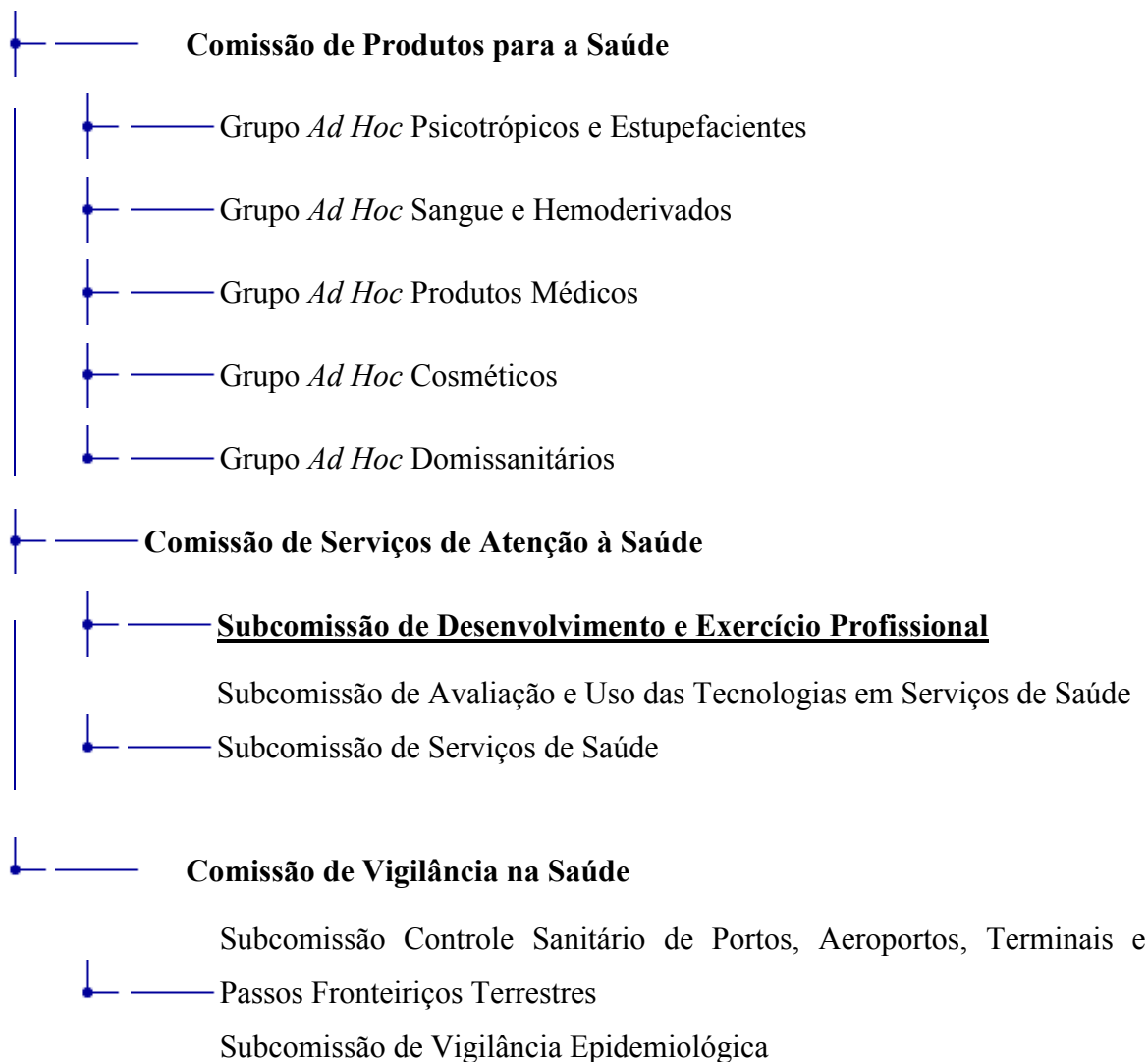
Por distintas razões, até 2006 as três Comissões apresentaram diferenças quanto ao cumprimento da pauta negociadora. Enquanto a Comissão de Produtos para a Saúde avançou especialmente na temática de cosméticos e na elaboração de normas sobre as boas práticas de produção de medicamentos, a Comissão de Serviços de Atenção à Saúde refletiu claramente as dificuldades e obstáculos à integração pela diversidade e assimetrias dos sistemas de saúde dos países, como também pela sua influência nas políticas sociais nacionais.

Do total de oitenta Resoluções Mercosul do SGT N° 11 “Saúde” – das quais 70 Resoluções foram incorporadas ao ordenamento jurídico nacional dos Estados Partes e 10 Resoluções não necessitaram de medidas legais para a sua incorporação – apenas três estão relacionadas à gestão do trabalho e da educação em saúde que se encontra sob a responsabilidade da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional. Trata-se da (i) Resolução 73/00, que lista as especialidades médicas comuns no Mercosul; (ii) Resolução 58/00, que estabelece os princípios éticos médicos do Mercosul; e (iii) Resolução 27/04, Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde no Mercosul (Atas do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”/Mercosul – Atas do Grupo Mercado Comum, 2006).

Conforme a estrutura do SGT N° 11 “Saúde”, a Comissão de Serviços de Atenção à Saúde era composta, até 2006, por três Subcomissões, dentre as quais a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional é a que apresenta uma relação estreita com as questões de formação de recursos humanos em saúde, como também abrange o tema do exercício profissional na área da saúde. Esses temas são parte fundamental da dimensão social de integração e estão estreitamente ligados ao entendimento de que a saúde constitui-se em um núcleo de proteção do Estado, sendo o seu exercício condicionado à formulação e implementação de políticas de recursos humanos acordadas por consenso pelos Estados Partes. São políticas relativas à formação profissional, ao verdadeiro reconhecimento de títulos e diplomas, à regulação do trabalho e à garantia de assistência qualificada à população.

QUADRO 1
ESTRUTURA INSTITUCIONAL DO SUBGRUPO DE TRABALHO Nº 11 “SAÚDE”
SGT Nº 11 “SAÚDE”

Coordenação Nacional do SGT Nº 11 “Saúde”



Fonte: www.mercosulsaude.org

A importância da questão dos recursos humanos em saúde e a falta de informações e estudos sobre os problemas decorrentes das reformas no setor saúde em toda América Latina levou a Organização Pan-Americana da Saúde a promover o

desenvolvimento do Observatório de Recursos Humanos em Saúde³⁴. Trata-se de uma iniciativa que busca dar visibilidade ao papel dos recursos humanos através da ampliação do acesso às informações e análises, para melhorar a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e programas setoriais, e contribuir para a elevação da qualidade e da eficiência da atenção à saúde. Dentre as quatro áreas-problema identificadas para subsidiar a formulação de políticas, encontra-se a de formação de recursos humanos.

O estudo de Abramzón (2003) mostra que existem desequilíbrios na distribuição geográfica de trabalhadores de saúde, uma grande oferta de algumas categorias de profissionais e escassez de outras, o que constitui algumas das características comuns aos países da América Latina.

Segundo Abramzón, a reforma do setor saúde repercutiu sobre a composição da força de trabalho, os processos de formação e regulação profissional e as condições de inserção no mercado de trabalho. O déficit de informações com relação a variáveis fundamentais para a formulação de políticas e regulação das práticas em saúde é considerado uma limitação adicional para efetuar os ajustes necessários. Os recursos humanos deveriam ser um dos atores centrais da efetiva implementação da reforma dos sistemas de saúde; contudo, seu papel foi subestimado e esquecido nas agendas de definição das mudanças no setor (Abramzón, 2003, p.94).

A não priorização do tema de recursos humanos em saúde nos países da América Latina, segundo o diagnóstico da OPAS, poderia ser uma das explicações à criação, no Brasil, da Secretaria de Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde (SGTES) / Ministério da Saúde, em 2003, e, na Argentina, da *Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud / Ministerio de Salud*, em 2006³⁵, presidida pela *Subsecretaria de Políticas de Regulación y Fiscalización*.

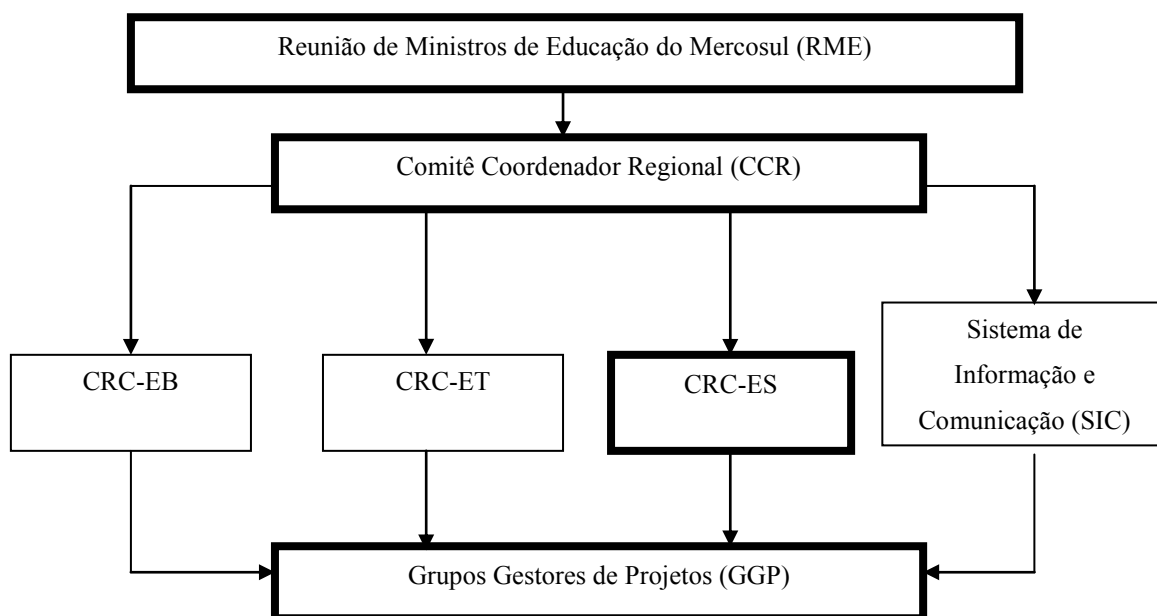
O campo de recursos humanos em saúde abrange questões da educação e do trabalho, além das diversas formas de intervenção, como a regulação, o planejamento, a gestão, a negociação e a avaliação das práticas técnicas e sociais (OPAS, 2005-2015).

³⁴ Observatório de Recursos Humanos em Saúde, OPS/OMS, Quito 2000. A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Brasil é regulamentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, desde 2005.

³⁵ Ministerio de Salud – Resolución 1105/2006. “Considerando: que es necesario afirmar el rol de Rectoría del Ministerio de Salud en el desarrollo y calidad de los Recursos Humanos en salud en el marco del Plan Federal de Salud, teniendo en cuenta también los procesos de integración regional”.

Portanto, os eixos de ação neste campo não se dissociam dos problemas que apresenta o mercado do trabalho, do papel das corporações profissionais e dos grêmios, da articulação com a formação e da qualidade desta formação, entre outros. No marco do processo de integração regional no Mercosul, a discussão sobre os recursos humanos na sua dimensão educacional é compartilhada entre os Ministérios da Saúde e da Educação através do Setor Educacional do Mercosul (SEM) apresentado a seguir.

QUADRO 2
ESTRUTURA INSTITUCIONAL DO SETOR EDUCACIONAL DO MERCOSUL



CRC - Comissões Regionais Coordenadoras de Área: 1- Educação Básica-EB; 2- Educação Tecnológica-ET; 3- Educação Superior-ES.

Fonte: www.sic.inep.gov.br

Os Ministros da Educação da Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai firmaram, em 13 de dezembro de 1991, o Protocolo de Intenções a partir do qual originou-se o Setor Educacional do Mercosul, levando em conta os princípios e objetivos do Tratado de Assunção³⁶. O Protocolo reconhece a educação como um campo que gera e transmite valores, conhecimentos científicos e tecnológicos, um meio para modernizar os Estados

³⁶ As informações a respeito do Mercosul educacional e suas instâncias - RME, SEM e demais grupos – no que se refere à sua história, estrutura organizacional, planos e ações, foram obtidas por meio de pesquisa de conteúdo das atas de reuniões destas instâncias, dos planos, acordos e decisões disponíveis no sítio eletrônico do Mercosul educacional (www.sic.inep.gov.br), na Secretaria de Educação Superior e na Assessoria Internacional do Gabinete do Ministro da Educação / Ministério da Educação do Brasil.

Partes, conduzir ao bem-estar com justiça social e consolidar a integração regional. Em julho de 1992, o Conselho do Mercado Comum ratificou o primeiro Plano Trienal (1992-1994) para o setor educação no contexto do Mercosul, tendo como base o Protocolo de Intenções, e criou instrumentos institucionais para a sua execução: a Reunião de Ministros de Educação – RME³⁷, instância máxima decisória do SEM, define políticas e estratégias comuns para o desenvolvimento da educação na Região e eleva seus acordos ao Conselho do Mercado Comum, através do Grupo Mercado Comum. É assistida pelo Comitê Coordenador Regional (CCR) que coordena a execução das políticas e estratégias e elabora programas e projetos para o processo de integração e o desenvolvimento regional. O Comitê é formado por representantes de Comissões Nacionais educativas e é auxiliado por uma Secretaria pro tempore, exercida rotativamente pelos Estados Partes por períodos semestrais. O Conselho de Ministros de Educação e o Comitê Coordenador Regional assegurariam as fontes e os mecanismos de financiamento para o desenvolvimento dos projetos.

Ainda compõem a estrutura do SEM três Comissões Regionais Coordenadoras de Área (CRC), que são a de Educação Básica (CRC-EB), Educação Tecnológica (CRC-ET) e Educação Superior (CRC-ES), responsáveis pelas decisões de natureza técnica. Os Grupos Gestores de Projetos (GGP) são órgãos criados *ad hoc* pelas Comissões Regionais Coordenadoras de Área e assessoram o Comitê Coordenador Regional na definição de linhas estratégicas que propõem mecanismos de implementação e execução de projetos em função dos objetivos estratégicos estabelecidos pelo SEM³⁸.

Ao considerar a informação e a comunicação elementos-chave no processo de integração das políticas educacionais, o SEM criou o Sistema de Informação e Comunicação (SIC), organizado a partir das infraestruturas e redes já existentes na Região, como os bancos de dados de universidades e centros de pesquisa em educação. O SIC se encarrega da difusão das ações do SEM junto aos sistemas educacionais nacionais, da gestão do conhecimento, da produção e disseminação de informação e do trabalho cooperativo dentro do SEM. A partir de 2001, o SIC passou a ser “uma

³⁷ A Reunião de Ministros da Educação (RME) foi criada pelo Conselho Mercado Comum, em dezembro de 1991, por intermédio da Decisão 07/91.

³⁸ Até 2000, existiam as CTR - Comissões Técnicas Regionais e os GT - Grupos de Trabalho que foram substituídos pelos CRC e pelos GGP, respectivamente.

instância comum a todos os Comitês Técnicos e um ambiente de comunicação e intercâmbio entre eles”. Ademais, desde 1997, o Grupo de Especialistas em Estatísticas Educacionais tem produzido dados atualizados e comparáveis sobre os sistemas educacionais dos países do Mercosul, criando um conjunto de indicadores que podem ser encontrados na Vitrine Estatística do SEM.

Ao explicitar a estrutura institucional do Setor Educacional do Mercosul e do SGT N° 11 “Saúde”, pretende-se mostrar a sua organização nos Estados Partes e os agentes nela inseridos. Os agentes são oriundos de diversas áreas: saúde, direito, administração e ciências sociais. No Setor Educacional do Mercosul e no SGT N° 11 “Saúde”, o tema da Medicina no Mercosul é desenvolvido, nas suas diversas instâncias, quase exclusivamente por grupos médicos pertencentes a entidades médicas diversas, como a Associação Brasileira de Ensino Médico, a Comissão Nacional de Residência Médica, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, os Colégios Médicos, a Associação das Faculdades de Ciências Médicas da República Argentina e a Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul. Portanto, estamos diante do grupo médico que está discutindo no SGT N° 11 “Saúde” a harmonização da formação médica no nível de pós-graduação (especialidades/*lato sensu*), o exercício profissional na Medicina e a harmonização da formação dos médicos no nível de graduação no Setor Educacional do Mercosul. Estas discussões se realizam separadamente, em momentos distintos, tanto internamente em cada país, como no Mercosul, durante as reuniões semestrais realizadas nos Estados Partes.

Além do desenvolvimento das políticas em educação superior pelo Setor Educacional do Mercosul, cabe mencionar que o Mercosul cuida ainda da educação básica e da educação secundária³⁹, conforme mostra a estrutura institucional do SEM. De forma sucinta, salientamos que na educação básica, grande parte das políticas e estratégias desenvolvidas pelos países do Mercosul durante os anos 1990-2000 tiveram como objetivo a universalização do acesso, o aprimoramento do rendimento dos alunos e a melhor distribuição do serviço educativo, através de reformas educacionais realizadas pelos governos da Região. Na educação secundária, o acesso é garantido por lei, nos países do Mercosul. Estes instituíram, em consonância com as diretivas do

³⁹ Protocolo de Integração Educativa e Reconhecimento de Certificados e Estudos de Nível Fundamental e Médio Não-Técnico entre os Estados Partes do Mercosul, Bolívia e Chile, assinado em Brasília, em 5 de dezembro de 2002.

SEM, políticas de promoção de equidade - a Argentina, por meio da Lei Nacional de Educação, de 2005, e o Brasil, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996. Apesar da persistência de múltiplos problemas, nesse nível de educação as reformas educacionais em curso já estão produzindo melhoria nas condições de oferta, incluindo a garantia, por legislação específica envolvidas, entre os países, ações de harmonização do perfil profissional de seis áreas⁴⁰.

1.3 A dimensão social da integração no Mercosul e o Subgrupo de Trabalho / SGT - Nº 10 “Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social”

As discussões e ações empreendidas pelo Setor Educacional do Mercosul nos permitem dizer que a dimensão social da integração regional se iniciou com o Mercosul educacional (1991) e com o Subgrupo de Trabalho Nº 10 “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social” (1992). Posteriormente, em 1995, foi criado o Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”, que será abordado no capítulo IV.

O Subgrupo de Trabalho Nº 10 “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social” foi instalado em 1992, como consequência direta da ação dos Ministros do Trabalho. É uma instância tripartite na qual participam conjuntamente os governos, as organizações patronais e os trabalhadores dos quatro países. O tripartismo adotado por este subgrupo foi a primeira experiência de seu gênero dentro da organização institucional no Mercosul. As comissões técnicas que compõem o SGT Nº 10 desenvolvem questões pertinentes às relações individuais e coletivas de trabalho, emprego, migrações e formação profissional, saúde e previdência social. Tanto a educação como a saúde estão relacionadas por sua temática com a questão sociolaboral na garantia de direitos e benefícios sociais, na participação da sociedade civil organizada e na construção da cidadania mercosulina.

Até 2006, a agenda social no Mercosul se ampliou através do avanço institucional e da diversificação dos objetivos e das funções, ilustrada pelo Quadro 3 a seguir:

⁴⁰ Construção civil, agropecuária, mecânica automotiva, mecânica industrial, eletrônica e administração.

QUADRO 3

INSTÂNCIAS REPRESENTATIVAS DA AGENDA SOCIAL DO MERCOSUL

| | |
|------|---|
| 1991 | Reunião de Ministros de Educação – Decisão Nº 07/91. Setor Educacional do Mercosul |
| 1992 | Subgrupo de Trabalho Nº 10 “Assuntos Trabalhistas, Emprego e Seguridade Social” que passou a ser o SGT Nº 10 “Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social”, em 1996 |
| 1995 | Criação do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” |
| 1995 | Criação do Fórum Consultivo Econômico e Social |
| 1995 | Criação da Rede Mercocidades |
| 1997 | Criação do Sistema de Informação em Educação no Mercosul |
| 1997 | Tratado Multilateral de Seguridade Social |
| 1997 | Criação do Observatório do Mercado de Trabalho |
| 1998 | Declaração Sociolaboral do Mercosul, elaborada pelo SGT Nº 10, com base nas convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) |
| 1999 | Criação da Comissão Sociolaboral, órgão auxiliar do GMC (Resolução Nº 15/99) |
| 2000 | Carta Social do Mercosul |
| 2000 | Institucionalização da Reunião de Ministros e Autoridades de Desenvolvimento Social |
| 2001 | Criação do Sistema Estatístico de Indicadores Sociais |
| 2002 | Criação do Grupo <i>Ad Hoc</i> de Integração Fronteiriça |
| 2003 | Proposta de elaboração do Programa de Fortalecimento do Mercosul Social (Grupo Técnico da Reunião de Ministros e Autoridades responsáveis pelo Desenvolvimento Social do Mercosul, Bolívia e Chile) |
| 2004 | Criação do grupo de alto nível para a elaboração de uma estratégia Mercosul dirigida ao crescimento do emprego |
| 2006 | I Cúpula Social do Mercosul |
| 2008 | II Cúpula Social do Mercosul |

Fonte: Oficina Internacional del Trabajo Cinterfor, 2003 e a autora.

A mobilização e a progressiva integração de organizações da sociedade civil nos foros privilegiados do Mercosul têm estimulado o avanço percebido. A participação dos

sindicatos, por exemplo, foi possibilitada pela aprovação da Declaração Sociolaboral ⁴¹ e mediante a criação da Comissão Sociolaboral do Mercosul, ampliando assim a perspectiva de intervenção das centrais sindicais nas questões sociolaborais. Estas, segundo Barbiero (2000, p.94), manifestaram regularmente preocupações com o desemprego e a requalificação profissional, e discutiram temas sobre a liberdade e a autonomia sindical, o direito de greve, dentre outros, reivindicando espaços de participação nos processos decisórios do Mercosul.

Ao desenvolver a questão social no Mercosul, Draibe (2006, p.7) refere-se à centralidade de criação de uma cidadania social e à possibilidade de alcançá-la conforme as diretrizes do Mercosul mediante a implementação de *políticas sociais unificadas*. Segundo a autora, a agenda social da integração alcançou resultados modestos, até 2006. Houve um aprofundamento do tema social, um progresso institucional e uma participação paulatina da sociedade civil no espaço do Mercado Comum.

Contudo, múltiplas questões carecem de clareza para a concretização da agenda social no Mercosul, tais como o caráter abrangente com que se define a dimensão social, a definição de uma agenda social com objetivos gerais e específicos e a criação de instituições internacionais fortes a fim de instituir e garantir novos direitos sociais correspondentes à nova cidadania social na Região. Por outro lado, a autora critica o entendimento que vincula o conceito de cidadania social à estratégia de unificação dos sistemas de políticas sociais nas propostas do Mercosul social.

Aqui não se pretende examinar detalhadamente as iniciativas do Subgrupo de Trabalho Nº 10 “Relações de Trabalho, Emprego e Seguridade Social”, mas ressaltar que a sua atuação contribuiu para o aprofundamento da questão social no Mercosul e a mobilização da sociedade civil que cada vez mais se mostram dinâmicos, como se viu na I Cúpula Social realizada em 2006⁴². Quanto ao estudo das políticas e das ações de

⁴¹ A Declaração Sociolaboral, assinada em 1998, estabelece os direitos individuais, os direitos coletivos, a formação profissional e o desenvolvimento de recursos humanos, a saúde e a previdência social, dentre outros.

⁴² Organizada pelos representantes dos movimentos sociais e populares, instituições do Mercosul e membros de governo integrantes do Programa Somos Mercosul, participaram da I Cúpula Social os seguintes grupos: 1-Agricultura familiar, reforma agrária, cooperativas; 2- Desenvolvimento local, economia solidária e segurança alimentar; 3- Gênero, raça, etnia, e direitos humanos; 4- Educação, juventude, cultura e comunicação; 5- Trabalho decente, migrações, integração dos povos; 6- Meio ambiente, desenvolvimento sustentável, recursos naturais, infraestrutura e energia; 7- Tratados de livre

educação em saúde, serão contempladas a sua dimensão social e analisadas as concepções e as ações no Mercosul no presente trabalho.

1.4 A dimensão social da integração educacional

O estudo da integração social na sociedade contemporânea a partir da formação de recursos humanos em sistemas educacionais de países distintos se caracterizaria como parte do processo de integração educacional na Região. Diferentemente das experiências anteriores de iniciativas de aproximação entre os sistemas de educação na Região, esta se situa como ação dos órgãos governamentais para o fomento da cooperação educacional, mediante a implementação de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário (MEXA). A acreditação se baseia na elaboração do perfil profissional e na construção de parâmetros de qualidade definidos para o Mercosul.

Sabendo que a formação médica no Brasil e na Argentina envolve as duas áreas, educação e saúde, compreender a particularidade de construção do “médico do Mercosul” significa pensá-la em uma nova configuração social. Nessa configuração, o habitus diferenciador dos médicos, que tradicionalmente está relacionado com a integração nacional, passa a ser mediado pela coexistência de distintas instâncias produtoras de valores culturais e critérios acadêmicos regionais. Estamos diante de instâncias do Estado (o Setor Educacional do Mercosul, o Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”), das universidades, e das entidades médicas que, em uma relação de interdependência, tentariam construir um novo habitus que poderia ser qualificado como integrador.

A integração educacional no Mercosul, via formação dos médicos, pode ser considerada como um campo estruturado por relações dinâmicas entre instituições e agentes sociais inseridos de forma distinta no campo, segundo o capital acumulado (econômico, cultural, político). As instituições e os agentes, definidos pelo volume e estrutura do capital específico que possuem, determinam a estrutura do campo que, por sua vez, os determina (Bourdieu, 2001, p.69). As relações de interdependência que se

comércio, integração e modelo de desenvolvimento; 8- Participação cidadã e instituições do Mercosul; 9- Saúde; 10- Parlamento do Mercosul. Em 2008, foi lançado o Programa Mercosul Social e Participativo.

estabelecem entre as instâncias e os agentes são relações de força, cuja necessidade se impõe aos agentes que nelas se encontram envolvidos, e são igualmente relações de luta nas quais os agentes se enfrentam para conservar ou transformar a estrutura objetiva na qual se inserem. Para tanto, os agentes desenvolvem estratégias a partir da relação existente entre as posições ocupadas na estrutura do campo e as suas disposições adquiridas pelas experiências passadas (formação acadêmica, exercício profissional, etc.).

Ou seja, a integração educacional é entendida como a capacidade de adequação entre as exigências de cada campo, as posições sociais ocupadas e as disposições individuais.

1.4.1 A diferenciação social e a integração das sociedades contemporâneas

A abordagem do tema de integração educacional no Mercosul se situa no âmbito do estudo do processo de modernização da sociedade, no qual foram privilegiadas as ideias de diferenciação social e da integração da sociedade contemporânea, em autores como Durkheim e Bourdieu. Diante de processos de modernização, de surgimento de universos, grupos e interesses diversos, de formação de habitus diferenciadores, como manter a integração social e construir um habitus integrador?

A reflexão teórica busca compreender a relação entre a diferenciação social e a integração da sociedade contemporânea. A importância da análise de Durkheim, mesmo para refletir sobre a contemporaneidade, está na relação que o autor estabelece entre as diversas formas de divisão do trabalho social e os diferentes princípios de integração da sociedade. Em Bourdieu são os conceitos de habitus e de campo e a relação ontológica entre esses dois conceitos que fundamentam a explicação da diferenciação e da integração social.

E. Durkheim (1858-1917) analisou o movimento da modernização da sociedade a partir da diferenciação crescente de universos e de grupos cada vez mais numerosos e hierarquizados entre si e os diferentes princípios de integração. A diferenciação social se estrutura como a “matriz da modernidade” (Martuccelli, 1999, p.30) que define uma sociedade complexa e heterogênea onde se institui o processo de individualização dos seus membros e aumenta a fragmentação do ser coletivo.

Para o autor, a questão fundamental está nos riscos de anomia social decorrente da diferenciação social e a busca de respostas aos problemas de integração da sociedade moderna. A divisão do trabalho social constitui uma fonte central de análise da diferenciação estrutural da sociedade contemporânea, indo além da dimensão econômica, uma vez que abarca as diferentes áreas da sociedade, como as funções políticas, administrativas, judiciárias em crescente movimento de especializações (Durkheim, 1989, p.52). A centralidade da divisão do trabalho reside ainda no fato de ter a função de “integrar o corpo social, assegurar-lhe a unidade” e de ser “a origem, se não a única, pelo menos a principal da solidariedade social” (Durkheim, 1989, p.78).

A divisão do trabalho social, e de maneira mais ampla a diferenciação social, é analisada a partir de suas consequências sobre a ordem social e a integração da sociedade, pondo em evidência estados de “anomia” identificados na sociedade moderna. Alguns desses estados surgem do contato insuficiente e insuficientemente prolongado das diferentes partes da sociedade cuja origem se encontra no processo “anormal” de divisão do trabalho, causando uma ruptura de solidariedade social e ausência de regulação moral (Durkheim, 1991, p.162).

Em *O Suicídio*, a anomia que Durkheim estuda é “o fruto das transformações às quais a sociedade moderna parece estar exposta de forma crônica” (Martuccelli, 1999, p.38), e não é mais o resultado de um estado morfológico inacabado da diferenciação social. Ou seja, para Durkheim os estados anômicos mostram que a modernidade expõe os indivíduos a uma multiplicidade de fenômenos de desacordos entre uma situação social e um ator individual.

Frente aos problemas das solidariedades gerados pela diferenciação social, Durkheim busca elementos de integração para a sociedade contemporânea na própria divisão do trabalho, uma vez que esta contribui para a criação de novas formas de colaboração entre seus membros, uma relação de dependência e complementaridade. Ainda quando Durkheim reconhece a primazia da consciência coletiva sobre a realidade individual, ele mostra a existência da relação entre indivíduo e sociedade, uma vez que a consciência individual é sempre em função da realidade objetiva da consciência social. Estas forças externas se exercem internamente nos indivíduos estruturando suas práticas individuais a fim de manter a ordem social e a integração dos indivíduos na sociedade.

Para o autor, o problema das relações entre o processo crescente de diferenciação social e os mecanismos que asseguram a integração da sociedade são de

ordem moral. A integração da sociedade não se explica pelo simples compartilhar de um sistema comum de valores pelos atores; ou seja, além dos elementos normativos, há, para Durkheim, um lugar para elementos de coerção, que operam como imposição moral, provenientes das relações sociais (Martuccelli, 1991, p.64).

É neste sentido que Durkheim destaca o papel das corporações profissionais, capazes, segundo ele, de tirar o indivíduo de “*seu isolamento moral*”, uma vez que grupos como o família e o Estado não conseguem vincular corretamente e suficientemente o indivíduo à sociedade. O papel da corporação profissional está na sua “influência moral”, na sua força de regulação normativa, mais que na sua função de integração morfológica.

“Aquilo que antes de mais nada vemos no grupo profissional é um poder moral capaz de conter os egoísmos individuais, de manter no coração dos trabalhadores um mais vivo sentimento de solidariedade comum, de impedir que a lei do mais forte se aplique tão brutalmente às relações industriais e comerciais.” (Durkheim, 1989, p.17)

Às corporações profissionais no mundo atual, a exemplo do grupo médico estudado, associam-se imagens de conflitos, disputas e interesses diversos, termos tão bem analisados pela sociologia das profissões, como em Freidson (1986), Larson (1977) e Barbosa (1993). Mas estes mesmos estudos mostram o papel das profissões na coesão e na construção de sua própria identidade. Em estudo sobre os engenheiros, Barbosa analisa as formas específicas de coesão das profissões enquanto grupos sociais:

“...a coesão se funda no partilhar uma certa representação do mundo social e natural, mas também no enfrentamento efetivo de outros grupos na luta pela imposição dos princípios de organização da vida social. A profissionalização funda a unidade do grupo na medida em que, mesmo sendo objeto de lutas pela definição do seu formato, unifica o sentido da ação de cada profissional e da profissão em seu conjunto.” (Barbosa, 1993, p.28)

Ver neste grupo profissional apenas uma associação utilitária, cujo único efeito seria o de cuidar dos interesses econômicos, significa, para Durkheim, desprezar “a verdadeira natureza” da corporação (Durkheim, 1989, p.39). Diante do processo de

diferenciação e de integração social, e ao adotar a tese de Durkheim, em que medida pode-se afirmar que a integração dos médicos, como grupo profissional, está mais ou menos ligada a interesses econômicos?

Para buscar uma resposta, procede-se a uma análise da integração do ponto de vista social, na medida em que os interesses que movem o processo de integração educacional dos médicos no Mercosul não se reduzem ao economicismo, como afirmou Bourdieu⁴³ (2004, p.147). Mais uma vez, Barbosa mostra que ao caráter comunitário da vida profissional fundado no processo de socialização comum a que seus membros são submetidos, como em Durkheim, é preciso introduzir o conceito weberiano de poder, a fim de captar uma outra dimensão das relações sociais (1993).

A diferença essencial entre a aborgadem durkheimiana e bourdieusiana está na intenção de Bourdieu em superar as oposições tradicionais na sociologia, notadamente a do objetivismo e do subjetivismo, além da abordagem da dimensão de poder na sua análise. O diálogo paradigmático do individualismo e do coletivismo metodológico significa o redimensionamento da relação indivíduo e sociedade, o desenvolvimento de estudos que diluem as linhas divisórias existentes entre o plano das análises macro e micro em uma abordagem que questiona os mesmos paradigmas analisados por Durkheim. Contudo, os dois autores percebem o processo de diferenciação nas sociedades modernas nas quais aparecem as distintas esferas religiosa, política, econômica e cultural, dentre outras.

Portanto, o estudo sobre a integração social no Mercosul se fundamenta na análise de Bourdieu sobre a sociedade contemporânea e o processo de integração de sociedades altamente diversificadas.

A problemática principal que se apresenta é a articulação entre os diversos processos de diferenciação social explicada pelo conceito de campos sociais, e a capacidade de adaptação dos agentes, analisada através do conceito de habitus. A partir do conceito de diferenciação social, Bourdieu analisa o duplo princípio de integração da sociedade moderna: primeiro, pela noção de campo do poder (homologia dos campos), e, segundo, pela correspondência entre os campos e os habitus entendida como a capacidade de adequação entre as exigências de cada campo, as posições sociais ocupadas e as disposições individuais.

⁴³ “Isto é, o fato de considerar que as leis de funcionamento de um campo social, entre outros, o campo econômico, valem para todos os campos” (1996, p.147).

É justamente nessa correspondência entre as posições sociais e as disposições individuais que se situaria a formação do habitus integrador. Ou seja, a existência da relação dialética entre os dois conceitos de campo e de habitus permitiria a compreensão do processo de integração social a partir da formação dos médicos no Mercosul.

Na fundamentação da teoria dos campos, em Bourdieu, o mundo social é lugar de um processo de diferenciação progressiva:

“A evolução das sociedades tende a fazer com que surjam universos (que chamo de campos) que têm leis próprias, são autônomos (...). Temos assim universos sociais com uma lei fundamental, um nomos independente do de outros universos, que são auto-nomos, que avaliam o que se faz aí, as questões que aí estão em jogo, de acordo com princípios e critérios irredutíveis aos de outros universos.”
(Bourdieu, 2004, p.147-8)

Este mundo social se apresenta, tanto na sociedade tradicional como na sociedade moderna, como um espaço social. A noção de espaço, segundo Bourdieu, contém em si o princípio de uma apreensão *relacional* do mundo social. Isso permite entender a concepção da sociedade tradicional que, segundo Bourdieu, apresenta-se como um universo caracterizado por uma estreita correspondência entre as atitudes subjetivas e as estruturas sociais. Ao passo que, nas sociedades modernas, a diferenciação social pode gerar antagonismos individuais e enfrentamentos coletivos entre agentes situados em posições diferentes no espaço social.

O que distingue ainda as sociedades modernas das tradicionais são os princípios de diferenciação. O capital simbólico⁴⁴ e a lógica da honra caracterizam a sociedade tradicional, enquanto o capital econômico e o capital cultural são os princípios dominantes, com relação ao capital simbólico, nas sociedades diferenciadas. Apesar dos desajustes observados entre os agentes e as situações, Bourdieu reafirma a existência, no seio das sociedades altamente diferenciadas, de “indiferenciação” entre as atitudes e as estruturas (Martuccelli, 1999, p.112).

⁴⁴ “Chamo de capital simbólico qualquer tipo de capital (econômico, cultural, escolar ou social) percebido de acordo com as categorias de percepção, de visão e de divisão, os sistemas de classificação, os esquemas classificatórios os esquemas cognitivos, que são, em parte, produto da incorporação das estruturas objetivas do campo considerado, isto é, da estrutura da distribuição do capital no campo considerado.” (Bourdieu, 2004, p.149)

Por outro lado, Bourdieu define as sociedades diferenciadas como um espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital, chamando-o de campo de poder. É um espaço de relações de força entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital (econômico, cultural ou político) para poderem dominar o campo correspondente e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão. “Isto é, especialmente quando os equilíbrios estabelecidos no interior do campo, entre instâncias especificamente carregadas da reprodução do campo de poder (...) são ameaçadas” (Bourdieu, 2004, p.52). Cabe então perguntar sobre o lugar do habitus nessa relação de cumplicidade ontológica entre as estruturas mentais e as estruturas objetivas do espaço social (Bourdieu, 2004, p.140), e ainda apreender “Por que é importante pensar em termos de habitus?”

Ao explicar a gênese dos conceitos de habitus e de campo, Bourdieu esclarece que tais conceitos permitem romper com o paradigma estruturalista e demonstrar o papel do agente, pondo em evidência as capacidades “criadoras”, ativas, inventivas, do habitus e do agente. Ao definir seu trabalho sociológico como “*Constructivist structuralism*” ou “*structuralist constructivism*”, Bourdieu esclarece o sentido dado ao “estruturalismo” ou “estruturalista”. Disse que

“existe no próprio mundo social, e não apenas nos sistemas simbólicos, linguagens, mitos, etc. estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, que são capazes de orientar ou de constranger suas práticas ou suas representações. Por “construtivismo, eu quero dizer que há uma gênese social dos esquemas de percepção, de pensamentos e de ação (...) e também das estruturas sociais.” (Bonnewitz, 2002, p.10)

Bourdieu fala em agentes e não em sujeitos. A ação não é a simples execução de uma regra, a obediência a uma regra. Os agentes sociais, tanto nas sociedades arcaicas como nas nossas, não são apenas autômatos regulados como relógios, segundo leis mecânicas que lhes escapam. Os agentes investem os princípios incorporados de um *habitus* gerador: esse sistema de disposições que são *disposições adquiridas pela experiência*, logo variáveis segundo o lugar e o momento. Esse “sentido do jogo” é que permite gerar uma infinidade de “lances” adaptados à infinidade de situações possíveis,

que nenhuma regra, por mais complexa que seja, pode prever” (Honneth, A.; Kocyba. H.; Schwibs, B., 1986, p.21).

Falar de estratégias implica situar-se no ponto de vista dos agentes, sem por isso transformá-los em calculadoras racionais. As condutas podem ser orientadas em relação a determinados fins sem ser conscientemente dirigidas a esses fins, dirigidas por esses fins. Bourdieu criou a noção de habitus para dar conta desse paradoxo (Bourdieu, 1980).

Construir a noção de habitus como sistema de esquemas adquiridos que funciona no nível prático como categorias de percepção e apreciação, ou como princípios de classificação e, simultaneamente, como princípios organizadores da ação, significava construir o agente social na sua verdade de operador prático de construções de objeto (Bourdieu, 1989, p.62). Ao mesmo tempo que o habitus é “um conhecimento adquirido e também um haver, um capital...” ele indica não só a disposição incorporada, quase postural, mas também é o resultado das decisões que o indivíduo toma diante das circunstâncias da vida.

O princípio de ação está nas posições (*conceito relacional*) e nas disposições (ou *habitus*) do agente social que é sempre considerado em função de relações objetivamente estruturadas na sociedade e na adequação entre o habitus e essas relações ou estruturas objetivas. As *estruturas* orientam as práticas científicas cujo efeito se exerce no nível microssociológico; elas oferecem um conjunto de possibilidades e o habitus individual é resultado também das escolhas (tomadas de *posição*) que o indivíduo faz entre essas possibilidades.

Compreender o conceito de habitus na problemática estudada possibilitaria o entendimento da lógica dos campos da educação e da saúde através da formação dos médicos, ela mesma situada em um microcosmo social.

1.4.2 A integração social como processo

A integração social está sendo considerada como processo na medida em que representa a busca de articulação de políticas e de ações conjuntas mediante a cooperação entre os países, suas instituições e seus agentes. Tanto no Setor Educacional do Mercosul como no Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”, pretende-se o desenvolvimento científico e tecnológico e a modernização da economia dos países com

justiça social; reafirma-se o alcance da livre circulação das pessoas, isto é, a mobilidade de estudantes, docentes e o exercício profissional, como também a melhoria da condição de vida da população do Mercosul. Ademais, a integração social se apresenta como espaço que preconiza a harmonização das legislações dos países em áreas de interesse comum, o conhecimento mútuo entre as culturas, uma união cada vez mais estreita entre seus povos e o desenvolvimento progressivo da integração da América Latina (Tratado de Assunção, 1991).

Diante das intenções e objetivos expressos pelas instâncias/grupos de trabalho e dos diversos aspectos do processo de integração estabelecidos pelo Tratado de Assunção, compreender a concepção de integração social a partir das atas de reuniões dos diversos grupos que compõem as instâncias de educação e de saúde, desenvolvidos em capítulos separados, como também a partir das representações comuns dos agentes⁴⁵ no Brasil e na Argentina, é entender se e como as “disposições duráveis e transponíveis” dos agentes, adquiridas socialmente nas suas experiências passadas (formação acadêmica, experiências profissional e pessoal) que funcionam como “uma matriz de percepções e apreciações”, se traduzem em políticas e ações conjuntas. Estas disposições e as decisões que os agentes tomam têm componentes culturais e históricos envolvidos e dependem do momento político e econômico que o Mercosul vive.

Como se pode ver, alguns entrevistados, médicos que pertencem a entidades profissionais como o Conselho Federal de Medicina, ou atuando como pares avaliadores no Setor Educacional do Mercosul, associam o termo integração ao conceito de cidadania pela possibilidade de exercício dos direitos e dos deveres; ressaltam a contribuição da integração educacional para a consolidação da integração regional através da adoção de critérios de qualidade comuns que definem as competências requeridas para a prática da profissão de acordo com o perfil de médico estabelecido pelos países do Mercosul, expressos nas falas seguintes:

“Na verdade eu penso que a integração do Mercosul – a palavra que me vem é o equilíbrio quando fala em integração – é a procura de um ponto médio onde os direitos e os deveres sejam garantidos para que a gente possa pensar no livre exercício desses direitos e desses deveres. Como profissional eu penso que seja assim: a

⁴⁵ Os agentes são os entrevistados. Nove dos dezesseis são médicos do Brasil e da Argentina; dentre eles, quatro participaram diretamente do Mecanismo Experimental para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos países do Mercosul, Bolívia e Chile.

integração dos países que se dispõem a exercer essa possibilidade.” (Conselho Federal de Medicina)

“La integración de los sistemas educativos de los países contribuye a lograr aumento de la movilidad académica. Establece padrones comunes de calidad, entendiendo que la mejora de la calidad de la educación superior es un elemento sustancial para la consolidación de la integración regional.” (Médico - par avaliador)

“La integración permite superar problemas locales de los países integrantes del Mercosur en cuanto a crisis económicas y políticas e inestabilidades, a modo de blindaje del Sector Educativo... Los diferentes aportes ayudan a construir un ideal de calidad para la profesión médica, concebido por latinoamericanos y adecuado a las necesidades de la región.” (Médico - par avaliador)

A referência à integração educacional, feita por informantes que coordenam o processo de integração no governo e não pertencem à área médica, reporta-se ainda às possibilidades de equacionar questões econômicas e políticas entre os países, ao reconhecimento das diferenças entre os sistemas educacionais entre o Brasil e a Argentina e às possibilidades de acordos, de construção da identidade latino-americana colocando a área social dentro do Mercosul.

“El Mercosur todos sabemos ha empezado por el área económica pero el área económica tiene dificultades grandes para Brasil y Argentina porque son competitivos entre si. Y la educación... Argentina y Brasil por lo menos en un plano no son competitivos entre si, tienen idiomas distintos y tienen tradiciones educativas distintas, entonces, no pueden pelearse sino en todo caso ver el tema de la complementariedad, de la articulación creciente. A parte de eso... es crear algún mecanismo para la educación superior.” (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria - CONEAU)

“A integração no Mercosul está em desenvolvimento. Na realidade, o Bloco, quando foi criado, tinha uma concepção meramente econômica; era voltado muito para a questão do mercado, para a questão comercial para toda essa problemática. Tanto que uma das questões fundamentais era a tarifa externa comum que deveria ser única

dentro do Bloco.... eu trabalhei muito no sentido de colocar a área social dentro do Mercosul e tirar muito viés que era só questão econômica.” (Subgrupo de Trabalho Nº11 “Saúde”)

“Para mim, a integração dos países, não só do Mercosul, mas toda a integração da América Latina, é uma demonstração, é um avanço do desenvolvimento do continente. O continente latino-americano carecia, estava demorando para ter uma identidade... Integração, nós latino-americanos, da língua, da cultura, do desenvolvimento da economia e, principalmente, um avanço na diminuição da pobreza e do subdesenvolvimento... vai se permitir que os serviços de saúde rompam as fronteiras do ponto de vista de profissionais, de serviços, de equipamentos, de população dos usuários dela.” (Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional)

A concepção de integração regional entre os países do Mercosul, implica, além de sua dimensão econômica pelo desmantelamento tarifário, uma integração sociocultural para a qual contribui a integração dos sistemas educacionais e dos sistemas de saúde que dizem respeito à perspectiva de construção de cidadania, às questões de parceria e complementaridade entre sistemas educacionais distintos, ao rompimento de fronteiras para permitir o intercâmbio e a mobilidade de estudantes, de docentes, de profissionais e da população do Mercosul usuária dos serviços de saúde.

Porém, esta concepção, que nos seus múltiplos aspectos caminha para um habitus integrador, confronta-se com fatos sócio-históricos e econômicos pelos quais passou a constituição do Mercosul, como também as instâncias da educação e da saúde do Mercosul, permeados por divergências, conflitos e lutas que, por vezes, afetaram a base da ação política do Mercosul. Ademais, a estrutura institucional e o funcionamento das instâncias de educação e de saúde no Mercosul, embora sejam produto de definições e de consensos entre os países, são dependentes das singularidades dos sistemas educacionais e de saúde de cada país, de tendências e/ou diretrizes internacionais nas áreas de educação e de saúde que caracterizam a sociedade contemporânea conhecida como a “sociedade do conhecimento” e o novo modo de produção do conhecimento (Sobral, 2001).

Outros elementos essenciais que conformam o Mercosul educacional e de saúde nas discussões específicas à profissão da Medicina têm a ver com as experiências próprias dos países na organização de seu sistema educacional em saúde. Trata-se das universidades, da formação acadêmica, da regulação e do exercício profissional dos médicos, específicos a cada país, ou seja, de seu habitus diferenciador e de sua relação com a nova estrutura criada pelo processo de integração entre os países, os sistemas e os agentes.

1.4.3 A Medicina: habitus e campo

No Brasil e na Argentina a Medicina, por meio dos seus estudantes, docentes e pesquisadores, está inserida em um espaço científico, espaço estruturado segundo lógicas genéricas e específicas, que permite buscar princípios explicativos para compreender este microcosmo social. A socialização, segundo Bourdieu, “ao assegurar a incorporação dos habitus de classe, produz o pertencimento dos indivíduos à classe reproduzindo a classe enquanto grupo compartilhando o mesmo habitus.” (Bonnewitz, 2002, p.65).

Os campos da educação e da saúde no Mercosul funcionam segundo lógicas e regras próprias e de forma relativamente autônoma. A análise da diferenciação social a partir das relações entre campos se faz presente na definição de qual lógica se aplica ao campo da educação e ao campo da saúde no Mercosul, e busca identificar a influência do campo econômico. A partir das políticas formuladas e implementadas pelos ministérios da educação e pelos ministérios da saúde no âmbito do Mercosul no tocante à saúde, busca-se compreender o processo de construção do habitus integrador.

A fim de chegar a este entendimento, pretende-se estudar também o habitus diferenciador que caracteriza o ser médico no Brasil e o ser médico na Argentina e as redes de relações/oposições entre os agentes que compõem os dois campos. As disposições adquiridas pelos agentes sociais, sejam habitus diferenciadores ou habitus integradores, são maneiras de ser duráveis. Os habitus diferenciadores são caracterizados por uma certa inércia, mas não são eternos e podem ser “permeáveis” às mudanças. Os médicos, no Brasil como na Argentina, no espaço de sua formação,

adquirem um “hábito mental” acerca da modalidade de trabalho, uma disposição geral geradora de esquemas fundamentais profundamente interiorizados.

Segundo Bourdieu, as disposições adquiridas pelos agentes sociais durante sua formação podem levá-los a resistir e a opor-se às forças novas que entrem no campo. Esta resistência significaria o surgimento de conflitos entre as disposições dos agentes e as estruturas objetivas. Estes agentes podem também lutar com as forças do campo, resistir-lhes, e tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições. Tanto no campo da educação quanto da saúde, os médicos oriundos de entidades profissionais distintas, como a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina, os Colégios Médicos e a Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la Republica Argentina, podem resistir à implantação desse novo modelo, conforme se pode ver nas atas do Setor Educacional do Mercosul e do SGT N° 11 “Saúde”.

Fatores distintos podem provocar mudanças nos campos e as disposições adquiridas anteriormente entrariam em desacordo com estes campos e as “expectativas coletivas” que são constitutivas de sua normalidade.

Nesta tese, supõe-se que a integração educacional em saúde no Mercosul estaria provocando um desajustamento entre o habitus e o campo. A análise de Bourdieu enfatiza a importância de se estudar o modo de estruturação do habitus através das instituições de socialização dos agentes. A prática pode ser definida como produto de uma relação dialética entre uma situação e um habitus, o habitus enquanto sistema de disposições duráveis é a matriz de uma ação que se realiza em determinadas condições sociais.

1.4.4 O habitus diferenciador e o habitus integrador

Parte-se de habitus diferenciador – ser médico no Brasil e ser médico na Argentina – e pretende-se verificar as possibilidades de construção do habitus integrador através da formação. Busca-se saber em que medida as políticas de educação em saúde estão possibilitando esse habitus integrador. Pergunta-se então se e como essa nova configuração social entre as instâncias de integração da sociedade contemporânea seria responsável pela criação de um “novo” agente social ou geraria as condições necessárias ao desenvolvimento de um novo tipo de habitus? Uma resposta seria

possível com base na interpretação da teoria do habitus de Bourdieu. Mas o que se entende por habitus diferenciador e habitus integrador? Com base na compreensão do significado do conceito na teoria de Bourdieu, sugere-se que:

O que se denomina de habitus diferenciador dos agentes sociais, relacionado com a integração nacional, são as disposições dos agentes sociais adquiridas nos campos de educação e de saúde – ser médico no Brasil e ser médico na Argentina – que definem as regras e condições de acesso a estes campos em cada país.

No processo de integração regional, o habitus integrador está relacionado com a redefinição destas regras e condições de acesso aos campos educacional e de saúde, nas quais as estratégias desenvolvidas pelos agentes sociais, inseridos na estrutura, orientam-se para a transformação desta estrutura.

O esforço é de entendimento do conceito de habitus como instrumento que auxilia pensar a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e as atitudes subjetivas. O habitus permite ver que a dimensão incorporada do social, isto é, a nossa maneira de ser, é moldada pelas relações sociais. Embora trate-se de disposições duráveis incorporadas no passado e voltadas para ações no presente, o habitus é durável, mas não estático ou eterno. As disposições socialmente construídas mudam pela exposição a novas forças externas e estão em constante reformulação. O conceito de habitus permite compreender as possibilidades de formação do habitus integrador dos médicos do Mercosul ao criar uma tensão entre as determinações passadas que o produziram e as determinações atuais que o interpelam.

A apreensão do habitus diferenciador ou integrador, em ambos os países, é feita igualmente a partir da fala dos diversos grupos que compõem as instâncias que discutem as políticas de educação em saúde, uma vez que o habitus se manifesta de maneira contínua durante as reuniões e os contatos que estes grupos promovam entre si (Bourdieu, 2001, p.90). A partir da análise das entrevistas, evocam-se questões de *nacionalismo, de posições conservadoras*, indicadores de habitus diferenciador. Por outro lado, percebe-se manifestações de habitus integrador a partir dos esforços na busca do conhecimento mútuo entre os países e na vontade de aprofundar o processo de integração através do trabalho conjunto de pares na acreditação de cursos de Medicina.

Observa-se, no entanto, uma postura diferenciada entre os representantes do Mercosul saúde e do Mercosul educacional na referência ao processo de integração e uma certa (*des*)articulação dos trabalhos entre o campo da educação e o da saúde. Isso evidencia o desconhecimento ou o não acompanhamento por parte do Mercosul saúde do processo de elaboração dos parâmetros comuns de qualidade para a acreditação dos cursos de Medicina pelo Setor Educacional do Mercosul iniciado em 1998, e que o MEXA – Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário – foi aprovado e se tornou sistema permanente, em 2006. A esta (*des*)articulação pode-se sugerir uma certa resistência e disputa entre os dois campos no que se refere às questões de criação de mecanismos para avaliar a qualidade da formação médica no seu nível de graduação, no Mercosul.

Uma das questões centrais que o Mercosul saúde discute é a relação existente entre a compatibilização da formação dos médicos no seu nível de pós-graduação (*lato sensu*) aliada ao exercício profissional em saúde no Mercosul. Uma vez que esta discussão foi retirada gradativamente da agenda do Setor Educacional do Mercosul “...vós tenés que dividir el mundo académico y el mundo profesional, **esta raya es muy fuerte**, si nosotros logramos tachar esto, borrarlo, presionamos fuerte sobre esto, pero no lo resolvemos, porque esta es una lógica distinta”(Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria - CONEAU), ela permanece, em contrapartida, como fonte de tensão e de conflitos no campo da saúde, que se assimilaria ao habitus diferenciador e parece explicar a diferença percebida entre as duas instâncias.

As citações no quadro a seguir evidenciam uma oscilação entre o habitus diferenciador e integrador:

QUADRO 4

O SIGNIFICADO DA INTEGRAÇÃO SOCIAL: SGT Nº 11 “SAÚDE” E SEM

| Mercosul Saúde | Mercosul Educacional |
|--|--|
| <p><i>“Eu acho que o Mercosul nasceu com mais força; está perdendo, está perdendo espaço por algumas questões de burocracia, muita falta de decisão política, muito nacionalismo, que realmente aparece em confronto com essa questão da integração; cada um tem uma posição de defender o seu e não chegar a um ponto comum de integração, de abrir mão de seu poder para integrar.” (SGT Nº 11” Saúde”)</i></p> | <p><i>“Outro aspecto da maior relevância foi identificar especialistas de renome, vamos dizer assim, a alta qualificação de recursos humanos das áreas dos dois países e colocar esses especialistas em contato, estimular a interação entre os profissionais dessas áreas do ponto de vista de formação acadêmica. Esse foi um outro resultado porque até então nós não sabíamos quem era na Argentina que cuidava da Medicina, quais eram os desafios que eles tinham.” (Secretaria de Educação Superior / Ministério da Educação)</i></p> |
| <p><i>“En Mercosur? Ni siquiera se llegó a hacer standares comunes, ni siquiera. El tema es ese, lo que se trabajó y todavía es experimental, todavía no está aprobado, es: acreditación de carreras Mercosur, esto es, bajo un mismo programa se forman y participan, las tres universidades de Brasil, tres universidades de Argentina... etc.” (Ministerio de Salud)</i></p> | <p><i>“El conocimiento mutuo, el aprendizaje de metodologías comunes y el intercambio de pares evaluadores son una oportunidad muy importante para profundizar los intercambios existentes y abrir nuevas posibilidades de realizar más intercambios.” (Universidad de Cuyo)</i></p> |
| <p><i>“O que se procura dentro do Mercosul é que o cidadão tenha o mesmo tratamento que tem em seus países, ou seja, é a questão da integração. E para que haja esta integração vamos ter que entender como o médico que está fora desse circuito daqui dessas escolas – as universidades dos Estados Partes que participaram do MEXA. É possível que a gente decida aqui que o médico vindo do Mercosul tenha uma maneira diferente de se registrar, nós ainda não avançamos a esse</i></p> | <p><i>“El tema de integración Mercosur empieza a tener caminos distintos que a veces se avanza de un lado y se avanza de otro... Todo eso es un paso importante para los ministerios de educación de los respectivos países hacia la idea de integración, es un paso pequeño pero enseña, porque queda como que la cúpula de los distintos países están de acuerdo, se conforma el grupo de pares de los distintos países que conocen la realidad de Mercosur, que eso es lo interesante... Deben haber sido</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p><i>ponto... Levando em consideração que é uma integração, acho que não pode ser igual ao médico da China ou o médico do Canadá. Ele tem que ter um tratamento diferenciado, levando em consideração a integração do Mercosul. Mas ele não pode ser aleatório; tem que ser muito bem planejado. E esse é um assunto que nós ainda não vimos.”.</i> (Conselho Federal de Medicina)</p> | <p><i>unos 60 pares, que conocen los seis países, eso es extraordinario... En el mundo académico hay 60 pares que saben que esas carreras son compatibles entre si. Y de pronto esos pares algunos son decanos de facultades, son señores que influyen en los ministerios de salud... Es crear confianza, eso es previo... se requiere que creamos que somos semejantes. El MEXA es eso, no? ... Lo político es extraordinario, es el más importante, porque crea un piso para que el aspecto legal esté totalmente resuelto.”</i> (CONEAU)</p> |
|---|---|

Fonte: Elaboração pela autora, 2007/2008.

Estas citações expressam lógicas que pertencem a diferentes campos, são médicos que falam a partir das universidades, das entidades médicas e do governo. A existência de uma estrutura relacional entre os campos e os agentes neles inseridos orienta suas práticas e é justamente a esta estrutura relacional que se associa uma “filosofia disposicional da ação” que permite compreender em que direção se constrói o habitus.

Portanto, a contextualização histórica e teórica do processo de integração educacional possibilitou compreender como se constituíram as instâncias, na educação e na saúde, no âmbito do Mercosul e quem são os agentes inseridos nestes campos na discussão, formulação e implementação das políticas de educação em saúde.

Para tanto, no capítulo a seguir, pretende-se descrever e explicar as condições contextuais e os condicionamentos exteriores nos quais se desenvolve a formação dos médicos a partir do estudo das políticas de educação superior no Brasil e na Argentina, e verificar avanços e dificuldades de outras experiências de integração educacional como as da Europa e da América Latina.

2. ABORDAGEM COMPARATIVA DAS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL E NA ARGENTINA E AS EXPERIÊNCIAS EUROPEIA E DA AMÉRICA LATINA

2.1 As políticas de educação superior: autonomia, avaliação e qualidade do ensino

O parentesco histórico das reformas político-econômicas, as singularidades culturais dos povos e os distintos desenhos dos sistemas e das políticas de educação e de saúde que caracterizam os países do Mercosul, em particular o Brasil e a Argentina, aliados às diferenças existentes na formação de recursos humanos em saúde – especificamente, na Medicina – são questões relevantes quando se trata de pensar a integração regional como um processo que objetiva efetivar uma agenda social conjunta. O desenvolvimento dessa agenda pressupõe, por um lado, que os países compartilhem a premissa de que a educação e a saúde sejam de responsabilidade pública, e por outro lado, a existência de uma articulação das políticas econômicas e das políticas sociais. É onde aparece o “novo” papel do Estado e sua tarefa para a construção de um espaço social unificado/compartilhado.

Refletir sobre o novo papel do Estado, apoiando-se na análise de Rosanvallon (1991), é repensar a relação entre o Estado e a sociedade atual em que aumentam os interesses e as tensões entre grupos e regiões e onde aparecem incertezas políticas e econômicas. O Estado estaria diante de uma nova tarefa a fim de responder a esses problemas.

Nesse contexto, Rosanvallon (1991) atribui ao Estado o papel de instituidor do social onde os interesses dos diversos grupos sociais seriam defendidos. Os estados se comportariam como advogados e super-representantes das sociedades civis que veem sua demanda se multiplicar e que necessitariam de coexistência pacífica entre seus membros e, portanto, da atuação do Estado nas questões econômicas e sociais. Segundo o autor, os problemas atuais não estão no gerenciamento do risco da doença, do risco do desemprego ou de uma classe em risco, mas estão em gerir a inserção, ou seja, “promover a reentrada dos indivíduos permanentemente na interação social” (1991, p.13). A relação que Rosanvallon estabelece entre a questão social e o papel do Estado, assim como a sua proposta de recriar a noção de solidariedade e de coesão social são

relevantes para o tema estudado: é o Estado instituidor do social, possibilitando a integração social de sociedades diferenciadas. Se na década de 1980 foi celebrado o declínio do Estado na Europa, na década seguinte se redescobrirá que ele continua uma ideia nova, que segundo Rosanvallon, reencontra um novo vigor. Como o Estado no Brasil e na Argentina tem possibilitado essa integração social na educação em saúde? Através de suas políticas, especificamente na questão aqui tratada, por meio de suas políticas de educação superior.

Ao Ministério da Educação, tanto no Brasil como na Argentina, cabe a definição das políticas de formação na educação superior, regular as condições de sua oferta, supervisionar a implementação dos projetos pedagógicos recomendados e avaliar a qualidade desta formação no sistema federal (que abrange as instituições federais e privadas). O exame das políticas de ensino superior nos dois países e a legislação na área da Medicina, em particular, destacam o papel do Estado em alguns temas como a autonomia, a avaliação e a qualidade de ensino, e como estes temas se tornaram prioritários na década de 1990.

O objetivo é entender as características dos sistemas de ensino superior no Brasil e na Argentina, suas especificidades, sobretudo aquelas relacionadas à formação médica, como também compreender a relação existente entre o Estado, as universidades e as entidades representativas dos médicos no processo de formação.

No estudo das políticas de ensino superior no Brasil e na Argentina três temas chamam a atenção na década de 1990: a autonomia, a qualidade da formação e a experiência de avaliação. Esses temas são comuns aos dois países e aparecem nas políticas de ensino superior, através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional no Brasil⁴⁶ e da Lei de Educação Superior na Argentina⁴⁷. Por outro lado esses temas estariam relacionados às tendências e ao desenvolvimento internacional de ensino superior, conforme as orientações da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, de 1998.

A questão da demanda crescente desse nível de ensino estaria sendo atendida pela democratização do acesso pelo processo de diferenciação acadêmica, cuja maior problemática é a qualidade desse ensino oferecido. Ademais, relacionar as questões do acesso, entendido como medida de inserção social, e da qualidade do ensino superior

⁴⁶ Lei nº 9.394/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

⁴⁷ Lei nº 24.521 /1995 – Lei de Educação Superior.

nos países à questão da mobilidade de estudantes e profissionais entre os países se torna um problema complexo quando pensado no âmbito dos objetivos do Mercosul, voltados para a promoção da livre circulação das pessoas e do conhecimento, e para a “harmonização” da legislação em áreas de interesse aos países.

2.1.1 As políticas de educação superior no Brasil

No estudo de Sobral (2000) sobre a educação na sociedade brasileira e as políticas de educação superior na década de 1990, a autora mostra que as concepções de educação estão relacionadas a certas transformações da sociedade, nas quais se incluem o processo de globalização e a consolidação da democracia. Identifica os temas que orientam as políticas de ensino superior, como a diversificação; a redefinição da autonomia e a avaliação de desempenho. A proposta de diversificação do ensino superior está baseada no questionamento do modelo único de universidade, implantado em 1968, e na possibilidade de oferta de formação científica, associando ensino e pesquisa, como também na oferta de formação profissional, tecnológica e formação docente por instituições de ensino superior.

Sobral se refere à autonomia universitária plena como a

“intenção de diminuir os controles burocráticos e normativos, garantir liberdade de organização dos serviços e execução de tarefas, estabelecendo um controle baseado na avaliação do desempenho. Essa avaliação se aplica ao setor público, influenciando na distribuição de recursos, e ao setor privado, implicando o processo de acreditação e reacreditação de cursos.” (2000, p.9)

Aos três eixos que constituem a agenda de discussão da política de ensino superior, estudados por Sobral, agrega-se o novo modo de produção do conhecimento dentro da concepção de educação para a competitividade, na qual a universidade, juntamente com outras instituições como as empresas, o governo e as organizações não-governamentais, estaria desenvolvendo nas suas atividades de pesquisa. Dessa forma, segundo Sobral, “as análises recentes sobre a universidade inclinam-se para contextualizá-la dentro de uma "economia do saber", no sentido de vincular a produção e a transmissão do conhecimento às necessidades do mercado e da sociedade em geral”

(2000, p.10). Essa ideia é reforçada pela maior participação da sociedade no processo de conhecimento em um contexto de consolidação democrática. Os pesquisadores seriam levados a atender demandas socioeconômicas e a opinião pública tende a cobrar mais responsabilidade social da pesquisa científica e tecnológica.

Eunice Durham mostra duas características relacionadas ao desenvolvimento do ensino superior no Brasil, na sua análise sobre a educação superior pública e privada (2005). A primeira é seu caráter tardio⁴⁸ e a segunda é o surgimento precoce, a partir do final do século XIX, de um forte sistema de ensino privado paralelo ao ensino público. Questões como a autonomia, a experiência de avaliação e de acreditação são estudadas pela autora no período recente da história do ensino superior público. Os problemas e eventuais conflitos enfrentados pelos distintos agentes (Estado, universidade, sociedade) no desenvolvimento destas questões poderiam ajudar também no entendimento das concepções e propostas das políticas de educação em saúde no âmbito de Mercosul.

No final da década de 1970, o sistema de ensino superior brasileiro, segundo Durham (2005), foi marcado por transformações profundas como a ampliação das matrículas, o estímulo para a titulação e pesquisa no setor público, o desenvolvimento de um setor privado empresarial lucrativo sem grandes compromissos com a pesquisa ou com a qualidade do ensino, coexistindo com um setor não lucrativo. Alguns fatos caracterizaram o processo gradual de redemocratização do Brasil, em 1985, dentre eles a Constituição de 1988, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, e o enfraquecimento dos valores acadêmicos simultâneo à expansão das universidades públicas federais.

No mesmo período, agências de fomento, tais como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Conselho Nacional de Pesquisa Científica e Tecnológica (CNPq)⁴⁹, desenvolviam suas atividades em apoio à formação e à pesquisa, tendo produzido um sistema paralelo à estrutura universitária, mas que para a autora fortaleceu os valores acadêmicos em função da qualidade da produção científica e da competência dos pesquisadores apoiados. "Mas o fez

⁴⁸ Segundo Durham (2005), as primeiras instituições de ensino superior foram criadas apenas em 1808 e as primeiras universidades datam de 1930.

⁴⁹ Criadas na década de 1950, as duas instituições são voltadas para a formação de pesquisadores. A Capes, através de um amplo programa de bolsas, financiou a criação e a expansão da pós-graduação e o CNPq financiou com programas de bolsas de mestrado e doutorado a formação de pesquisadores no Brasil e no exterior.

dissociando o lugar do reconhecimento desses valores da gestão da universidade em seu conjunto" (Durham, 2005, p.224).

A crise econômica e o agravamento das desigualdades sociais seriam uma das explicações do período de estagnação do ensino superior público e privado pelo qual passou a década de oitenta, onde obstáculos estruturais do próprio sistema de educação impediam a ampliação deste nível de ensino. A taxa de matrícula nos anos de 1980 e boa parte de 1990 decresceu para 11% e 10% e somente em 2000 voltou a atingir os níveis anteriores, de 12%⁵⁰. O quadro de escassez de candidatos nessas duas décadas promoveu um acirramento da competição entre os estabelecimentos do setor privado. Nessa competição, as universidades respondiam de modo mais ágil às demandas, uma vez que possuíam autonomia para criar e extinguir cursos e vagas.

Em paralelo, múltiplas mudanças no setor privado se iniciaram a partir de 1985, caracterizadas pela expansão das universidades particulares e pela pressão do setor empresarial voltado para o ensino de massa, com finalidades lucrativas sem interesse no desenvolvimento das atividades de pesquisa e de qualificação do corpo docente⁵¹. Para Durham, esta expansão tem como explicação os critérios de reconhecimento de universidades adotados pelo Conselho Federal de Educação, que não contemplavam exigências como a qualidade de ensino, a qualificação de docentes e o desenvolvimento de pesquisa.

Transformações substanciais ocorreram no setor público de ensino superior, como a emergência do movimento dos docentes⁵² que lutava pela autonomia e pela democratização⁵³ com forte apoio de setores de esquerda da universidade e da sociedade civil; a organização da vertente sindical no movimento das associações de docentes; a luta pela eleição direta tripartidária dos dirigentes universitários (pelo voto de docentes, alunos e funcionários) e o início de discussões sobre a reforma universitária⁵⁴. O

⁵⁰ Segundo Durham, mesmo no auge de seu crescimento, a taxa bruta de matrícula no ensino superior, em relação à população de 20 a 24 anos, não foi maior que 12%. (p.218)

⁵¹ Até meados da década de oitenta, as universidades privadas eram predominantemente confessionais ou comunitárias, sem fins lucrativos, e tendiam a se assemelhar às universidades públicas. (p.221)

⁵² Associação Nacional dos Docentes Universitários (Andes), entidade que se restringe praticamente ao setor público.

⁵³ A democratização foi concebida como ampliação da participação docente e estudantil na gestão da universidade, e foi reinterpretada no sentido de uma participação igualitária de toda a "comunidade universitária" (Durham, 2005, p.226).

⁵⁴ A discussão sobre a reforma universitária se concentrou nas questões referentes à ampliação de recursos públicos, à carreira, à remuneração e à forma de gestão, deixando para o segundo plano alguns dos problemas mais gerais do ensino superior (Durham, p.228).

aparecimento de um novo ator formado por um grupo de pesquisadores universitários, técnicos do Ministério da Educação, reitores das universidades estaduais paulistas, voltado para a análise do sistema de ensino superior, introduziu temas como avaliação e autonomia⁵⁵.

Esta última correspondia à descentralização da responsabilidade administrativa e estaria necessariamente associada ao controle pelo poder público através de mecanismos de avaliação; os recursos alocados às universidades deveriam estar associados a critérios de desempenho das instituições no cumprimento de suas funções de ensino e pesquisa. Diante dessas mudanças, a questão subjacente que se colocava é a do novo papel do Estado, que passa de executor para regulador e avaliador (Durham, 2005, p.28).

Durante os dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso ocorreram mudanças políticas, econômicas e sociais e reformas na área educacional. Dentre essas mudanças no ensino superior, observa-se um declínio do peso do setor público⁵⁶, avanços na temática de avaliação e a consolidação do sistema de controle da qualidade do ensino, identificado pelo aumento do percentual de docentes com titulação de mestre ou doutor,⁵⁷ como consequência das políticas empreendidas nas décadas de 1960 e 1970.

Mudanças e inovações introduzidas pela nova LDB, de 1996, concorreram para melhorar a qualidade do ensino superior. É relevante destacar, em primeiro lugar, a definição da posição das universidades no sistema de ensino superior, exigindo a associação entre ensino e pesquisa, com produção científica comprovada como condição necessária para sua acreditação e reacreditação. A exigência de reacreditação das instituições de ensino superior de forma periódica, precedida de um processo de avaliação, como também a renovação periódica do reconhecimento dos cursos superiores foram outras medidas importantes assumidas pelo poder público.

A LDB reconheceu a heterogeneidade do sistema que engloba tanto o sistema universitário – onde se realizam pesquisas – como o sistema de instituições de ensino

⁵⁵ A autonomia para a Andes significava, para docentes e funcionários, eleições diretas para as posições de direção e o fim de exigências acadêmicas para exercê-las (Durham, p.228).

⁵⁶ Durham associa este declínio à não incorporação, pela política de ensino superior, de propostas formuladas no próprio ministério – Secretaria de Políticas Educacionais – que defendiam a criação de um sistema público de ensino de massa de qualidade que contrabalançasse o elitismo inerente à exclusiva concentração em universidades de pesquisa.

⁵⁷ Entre 1987 e 1996, no Mestrado, o número de alunos passou de 9.853 para 16.255; no Doutorado, o número de alunos passou de 1.976 para 5.102 (Fonte: Capes/MEC, 1997).

superior – voltadas para o ensino; ambos os sistemas estão sob o controle do Ministério da Educação. Segundo Durham, se o ministério conseguiu implantar os instrumentos de avaliação dos cursos de graduação, ele praticamente ignorou a avaliação institucional, essencial para a implantação da LDB.

Permanece a questão da autonomia que apesar de ter sido assegurada às universidades pela Constituição de 1988 – a autonomia didática, científica, administrativa e financeira –, a submissão por parte das universidades às rígidas regras do funcionalismo público ainda existe, no que tange à admissão, demissão e remuneração do pessoal e aos complexos controles orçamentários vigentes no setor governamental. O controle da abertura de vagas para novas contratações continuou a ser exercido diretamente pelos órgãos governamentais centralizados, assim como a regulamentação da carreira (Durham, 2005).

Iniciativas tomadas pelo Estado no Brasil a partir de 1975 expressaram-se através de políticas voltadas para o fortalecimento da pós-graduação. A implementação dos Planos Nacionais de Pós-Graduação (PNPG) visa ao planejamento da pós-graduação rumo à sua consolidação e expansão. Com base no texto de Sobral (2001), que analisa os três PNPG (1975-1980), (1982-1985) e (1986-1989), serão vistas as questões priorizadas.

No I PNPG aparecem a prioridade à capacitação de docentes das universidades e a necessidade de integração das atividades da pós-graduação dentro da própria universidade nas modalidades de *stricto sensu*, *lato sensu* e curso de especialização *lato sensu*, com destaque para as áreas científicas básicas: humanas, exatas e biológicas.

No II PNPG foi enfatizada a questão da qualidade do ensino superior, especificamente da pós-graduação, com vistas a fortalecer a avaliação e a participação da comunidade científica nos processos de decisão sobre a estrutura e o funcionamento da pós-graduação. A qualidade do ensino superior estaria associada à eficiência e à confiabilidade nos sistemas de informação e na avaliação do desempenho dos programas de pós-graduação, como também no estabelecimento de critérios e de mecanismos de avaliação conhecidos e aceitos pela comunidade científica. O II PNPG concebe a universidade como *locus* da produção de conhecimentos e busca estabelecer o vínculo do sistema com a questão tecnológica e com o setor produtivo.

Para Sobral (2001), “Existem dois paradigmas na estrutura universitária brasileira: o da universidade voltada à formação de profissionais para o setor produtivo

e o da universidade que a isso acresce uma vocação para a pesquisa básica e para a formação de pesquisadores”. Em função destes dois paradigmas, a autora sugere uma ampliação das opções de formação pós-graduada voltada para qualificar profissionais e atualizar docentes visando à elevação da qualidade de ensino de graduação.

O III PNPG (1986–1989) destaca a necessidade de institucionalização da pesquisa como elemento indissociável da pós-graduação e de integração da pós-graduação ao sistema nacional de ciência e tecnologia. Para tanto, foram elaboradas diretrizes e recomendações gerais para a pós-graduação e pesquisa, assim como medidas específicas para a institucionalização da pesquisa.

No que se refere ao último PNPG (2005-2010), existe ao mesmo tempo “*uma maior preocupação com o impacto econômico da produção científica e tecnológica da universidade e com a dimensão social*”. A questão da qualidade acadêmica na educação superior associada à relevância social e econômica na sociedade contemporânea são estudadas por Sobral (2009). Em seu texto, a autora analisa aspectos da política de educação superior, como a avaliação da graduação e da pós-graduação e a política de ciência, tecnologia e inovação, referente aos seus principais programas, em vários documentos do atual governo. Sobral mostra que o Anteprojeto de Lei da reforma da educação superior, de 2005, evidencia a necessidade de articular a produção de conhecimento pela universidade com as demandas sociais e que a concepção avaliativa do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior - Sinaes para a qualidade das instituições de ensino superior busca incluir diferentes atores institucionais acadêmicos e sociais, além de critérios científicos de avaliação.

Ao longo de sua análise das condições sociocognitivas que influenciam as políticas governamentais e a produção científica e tecnológica, Sobral destaca o processo de globalização, a democratização da sociedade e as tecnologias da informação e comunicação e constata que estas condições influenciam as práticas de pesquisa na universidade e a definição de sua qualidade complexa, atribuindo ao campo da educação, ciência, tecnologia e inovação a característica de “misto ou híbrido”⁵⁸.

Ou seja,

⁵⁸ Consiste “num conjunto de organizações de produção e aplicação de conhecimento, cumprindo uma dupla função, a de prover serviços específicos relacionados ao conhecimento, e, também, a de contribuir, progressivamente, para a compreensão científica.” (Groenewegen 2002, citado por Sobral, 2009)

“Ao mesmo tempo excelente e real, pois a lógica da ciência continua avançando ao mesmo tempo em que o processo de globalização e a democratização da sociedade passam a exigir, cada vez mais, uma ciência e tecnologia comprometidas também com a responsabilidade social e a competitividade econômica.” (Sobral, 2009, p.14)

2.1.2 As políticas de educação superior na Argentina

Nas duas últimas décadas, o sistema de educação superior na Argentina vem experimentando um processo de ampla transformação. Mundet (2003) sugere que o grande problema do setor era o processo de transição de uma universidade organizada por um governo militar (1966-1983) para uma universidade autônoma e democrática, a partir de 1983. O contexto sociopolítico prévio às transformações experimentadas com o advento do processo democrático teve grande impacto nas relações entre o Estado e a sociedade relativas às políticas de ensino superior.

Em 1973, durante um breve governo constitucional, foram criadas 19 universidades públicas, ampliando a cobertura nas províncias e no âmbito nacional. Contudo, o regime autoritário estendeu a perseguição e o controle ideológico às universidades e aos programas de estudo. Neste período, a política universitária ficou subordinada aos objetivos da ditadura e o restabelecimento da ordem constituiu o pré-requisito fundamental para qualquer inovação pedagógica. *“El mejor clima educativo se sostiene en un clima de respeto, orden y silencio”* (Ministro de Cultura y Educación, 1980 in Chiroleu, 1996, p.104). A Lei nº 22.207/80, destinada a reger a vida universitária, proibiu qualquer tipo de atividade político-partidária ou gremial dentro da universidade, assim como a difusão ou adesão a concepções políticas totalitárias ou subversivas (art. 4º).

Por outro lado, estabeleceu o direito de ingressar às universidades todas as pessoas que satisfazem as condições de ingresso, ou seja, que tenham capacidade “suficiente”. Este sistema de ingresso careceu de legitimidade dentro da comunidade universitária apesar de reconhecer a necessidade de elaborar propostas alternativas diante dos problemas que o ingresso direto às universidades havia gerado. O governo militar estabeleceu um mecanismo de acesso unificado para as universidades nacionais

que não somente incluiu provas de acesso como também um sistema de cotas (Chiroleu, 1996, p.105).

O estudo de Chiroleu⁵⁹ ilustra a complexa relação entre Estado e sociedade através do papel que teve o número de alunos nas instituições de ensino superior – os ingressos – nas gestões de Raúl Alfonsín (1983-1988)⁶⁰ e Carlos Menem (1989-1999)⁶¹.

“Focalizando en el acceso, su expansión – número de alumnos - será interpretada como un signo de democratización para el gobierno radical; en cambio, centrándose en el egreso, el justicialismo concluirá que es una muestra de ineficiencia e inequidad.” (Chiroleu, 1996, p.162)

No âmbito universitário, o discurso do governo radical de Alfonsín assumiu como eixos articuladores da política setorial a autonomia e a democratização externa e interna nas instituições. Esta seria alcançada através do processo de *normalización* das universidades que procurava obter uma ampla participação dos claustros⁶² no governo universitário. A ênfase nos discursos de Menem sobre alguns aspectos que a universidade não conseguiu resolver, ligados ao funcionamento e à sua escassa correlação com as necessidades sociais, justificaram os fundamentos da política universitária adotada, que foram a eficiência e a equidade. A eficiência estaria relacionada à gestão, com o ingresso, no mercado, de certas áreas centrais da política estatal e a equidade faz referência de forma difusa a princípios como igualdade de oportunidades ou democratização, por oposição à exclusão de certos setores sociais.

O modelo de universidade proposto se orientou para uma associação entre universidade, Estado e empresas para abordar projetos de inovação tecnológica, de modernização, de consultoria ou de produção.

⁵⁹ Adriana Rosa Chiroleu. Sistemas de Educação Superior Universitários – O Caso das Políticas de Admissão à Universidade em Argentina e Brasil. Tese de doutorado, 1996. UnB – Ceppac.

⁶⁰ Após eleições livres, o candidato Raúl Alfonsín, da União Cívica Radical (UCR), vence o candidato peronista. Restauração das regras de instituições democráticas, em 1983.

⁶¹ O candidato peronista Carlos Menem vence as eleições para presidente. Alfonsín deixa o governo poucos meses antes de completar o mandato no meio a uma grave crise econômica marcada pela hiperinflação, em 1989.

⁶² Os claustros se referem aos grupos de representantes dentro dos conselhos, aos corpos colegiados que representam os três estamentos para tomar as decisões: claustros de professores, estudantes e graduados. Segundo Mundet, no período de normalização das universidades nacionais, foram concursados 50% dos cargos docentes, o que permitiu a eleição das autoridades pelos claustros representativos.

“Una universidad que funcione como una verdadera empresa con unidades de producción y con unidades de servicio para satisfacer necesidades de toda la sociedad... una universidad eficaz. Una universidad que no se convierta en una perversa máquina de fabricar profesionales frustrados. Una universidad libre autenticamente popular, genuinamente nacional.” (*Menem, 1989 apud Chiroleu, 1996, p.141*)

Nas diferenças que Chiroleu mostra entre as gestões de Alfonsín e Menem quanto à concepção de universidade e sua inserção na sociedade, interessa-nos igualmente a discussão sobre a qualidade e a avaliação do ensino como temas decorrentes das políticas de ingresso às universidades, que foram adotadas em ambos os governos. A explosão de participação social e política durante a gestão radical se explica pelo estabelecimento do ingresso direto⁶³, medida política que responde à demanda e pressão sociais. Contudo, a eliminação das cotas e das provas de ingresso se deu em um contexto em que as universidades não podiam absorver o crescimento da matrícula sem pôr em jogo a qualidade acadêmica.

No governo Menem, a articulação dos conhecimentos ao mundo do trabalho baseando-se na eficiência e na equidade teve como propostas a flexibilização e a ampliação da oferta educativa⁶⁴; o melhoramento da qualidade da educação; e a realização de avaliação de qualidade e do rendimento em todo o sistema, tanto nos aspectos administrativos e financeiros, como nos pedagógicos e acadêmicos (Menem, 1991, p.21; *apud Chiroleu, 1996, p.142*). Quanto à política de financiamento da educação superior, ela esteve desde o início do governo Menem orientada ao estímulo do crescimento dos aportes privados para as universidades. A concepção da educação superior se relacionava à ideia de que “a educação é um bem misto e semi-público. Portanto, se bem que o Estado deve financiá-la, é o mercado que regulará seu funcionamento” (Chiroleu, 1996, p.147).

⁶³ A matrícula nas universidades nacionais, que em 1983 era ao redor de 338 mil alunos, aumenta para cerca de 525 mil em 1985. A taxa de crescimento anual da matrícula, entre 1983 e 1984, foi de 31,2% e, entre 1984 e 1985, foi de 10,9% (Chiroleu, 1996, p.155).

⁶⁴ A partir de 1989, foram criadas cinco universidades nacionais e 17 universidades privadas foram autorizadas a funcionar.

Verifica-se que, entre 1989 e 1993, destacaram-se ações voltadas para a educação não universitária, dentre elas, a política de descentralização da educação média e superior não universitária, sob a qual todas as instituições que dependiam do governo federal passaram para a jurisdição das províncias e do governo da cidade de Buenos Aires.

Em 1993, a criação da Secretaria de Políticas Universitárias (SPU)⁶⁵, no âmbito do Ministério da Educação argentino, foi um marco importante na condução, formulação e geração de mudanças nas políticas e no sistema de educação superior. Até o início de década de 1990, o Ministério de Educação contava apenas com uma Dirección Nacional, destinada ao controle e acompanhamento das universidades privadas, e carecia de uma estrutura importante que se encarregasse da política universitária (Mundet, 2003, p.12).

A partir de 1995, no segundo mandato de Menem, com a Lei nº 24.521 (Ley de Educación Superior – LES), se inicia na Argentina uma política ativa de educação superior que praticamente era inexistente. A LES dotou o setor de um marco institucional que regulou o funcionamento e a organização da educação superior em seu conjunto.

“En alguna medida tiene que ver con la fuerte presión de la demanda de las clases medias que hicieron de la universidad argentina una universidad básicamente profesionalista, es decir orientada a las profesiones liberales y el Estado en general tuvo poca capacidad para conformar el sistema.” (CONEAU)

A LES tem sido um dos principais instrumentos na introdução de mudanças na estrutura do sistema, na mobilização dos setores universitários, assim como motivo para gerar resistências e controvérsias. Segundo Mundet,

“Dos aspectos fueron especialmente conflictivos: la constitucionalidad de la propia ley que fue reiteradamente cuestionada ante los Tribunales de todo el país y la adecuación de los estatutos de cada universidad a las disposiciones del nuevo marco legal.” (Mundet, 2003, p.13)

⁶⁵ A Secretaria de Políticas Universitárias foi criada com duas Subsecretarias e três Direções Nacionais dentro do Ministério da Educação, em 1993.

Ainda constituiu um marco importante, não menos conflitivo, a criação e o funcionamento da *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria* (CONEAU)⁶⁶.

Algumas características da LES mostram que a garantia da qualidade de ensino, a avaliação e a acreditação ocuparam espaços importantes, permitindo “resguardar a fé pública que a sociedade deposita nas instituições públicas” (Marquis, 2000, p.284). A LES constituiu um corpo normativo, orientado a dar forma ao conjunto do sistema de educação superior universitário e não universitário, público e privado⁶⁷, contando com os seguintes organismos: a Secretaria de Políticas Universitárias (SPU), o Conselho de Universidades, o Conselho Interuniversitário Nacional (CIN)⁶⁸, o Conselho de Reitores de Universidades Privadas (Crup) e os Conselhos Regionais de Planejamento da Educação Superior (Crepes)⁶⁹.

Referindo-se ao Conselho de Universidades, Mundet (2003) lhe atribui caráter inovador, pois nele coexistem, pela primeira vez na história do sistema de educação argentino, universidades nacionais e privadas com todos os interesses e objetivos educacionais que os distinguem. São atribuições do Conselho Universitário propor políticas e estratégias de desenvolvimento universitário e promover a cooperação entre as instituições universitárias. A lei delegou ao Conselho Universitário a importante função de participar na definição de padrões de acreditação de cursos de pós-graduação, como também de alguns cursos de graduação conforme determinado no art. 43 da LES⁷⁰.

⁶⁶ LES - *Artículo 44, Sección 3. Evaluación y Acreditación.*

⁶⁷ “*La Educación Superior está constituida por instituciones de educación superior no universitaria, sean de formación docente, humanística, social, técnico-profesional o artística, y por instituciones de educación universitaria, que comprende universidades e institutos universitarios.*” (Cap. 2 – *De la estructura y articulación - Artículo 5*)

⁶⁸ O Conselho Interuniversitário Nacional - CIN é integrado por todos os reitores e presidentes das instituições universitárias nacionais e provinciais, cuja tarefa é a coordenação do subsistema de instituições universitárias públicas. O CIN tem um papel central pois tanto as políticas da CONEAU como as da Secretaria de Políticas Universitárias passam primeiro pelos reitores das universidades públicas (CONEAU).

⁶⁹ Os *Consejos Regionales de Planificación de la Educación Superior* (Crepes) são integrados por representantes das universidades de uma mesma região e dos governos provinciais, como também de representantes dos setores produtivos locais.

⁷⁰ “*Cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos: a) los planes de estudio*

Assim, o sistema universitário permanece sob a regulação da Nação e o setor terciário não universitário sob a administração e regulação da cada jurisdição provincial. A coordenação e a articulação regional das instituições públicas e privadas são da responsabilidade dos *Consejos Regionales de Planificación de la Educación Superior* (Crepes).

Dentre os grandes eixos temáticos, vistos como os mais importantes da LES, estão a autonomia universitária e os processos de avaliação e de acreditação. A LES reconhece e amplia a autonomia das instituições universitárias, consagrada pela Constituição Nacional em 1994. Reduz os controles estatais sobre o outorgamento da maioria dos títulos, concentrando a atenção do Estado nos cursos vinculados ao interesse público, como por exemplo os da área de ciências da saúde. A relevância desta medida se apresenta na estratégia que o Estado adotou para regulamentar alguns aspectos desta autonomia.

Segundo Mundet (2003), existia na Argentina o sistema que admitia que os títulos expedidos pelas universidades habilitavam, não somente do ponto de vista acadêmico, como também para o exercício profissional. O projeto da LES estabeleceu que a habilitação profissional estaria a cargo do Estado, o que introduziu mudanças na tradição universitária argentina, produzindo uma forte e unânime reação dos setores universitários, levando a que se repensasse o mecanismo, resultando em um modelo misto. As universidades têm plena autonomia, em geral, para definir todos os aspectos relacionados aos títulos expedidos, mas respeitando a carga horária mínima definida pelo Ministério de Cultura e Educação de comum acordo com o Conselho de Universidades (LES, art. 42). Porém, o art. 43 da mesma lei fixa uma exceção ao estabelecer um mecanismo particular para certos títulos com a finalidade de proteger o interesse público e determina a acreditação periódica dos cursos pela CONEAU.

É no art. 43 que aparecem as “controvérsias” com relação à autonomia das universidades, uma vez que a regra é a plena autonomia. Para Mundet, o propósito da LES é o “de assegurar à sociedade um exercício profissional responsável” frente ao

deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades; b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. El Ministerio de Cultura y Educación determinará con criterio restrictivo, en acuerdo con el Consejo de Universidades, la nómina de tales títulos, así como las actividades profesionales reservadas exclusivamente para ellos. (LES - Sección 2. Régimen de títulos, Artículo 43).

risco direto à saúde, e que a autonomia “deve ceder a outros valores ou interesses de maior hierarquia”. Portanto, o Estado se vê legitimado em garantir a saúde e a educação da população ao regular certas profissões, como também criar os mecanismos necessários para o controle e o melhoramento da qualidade da formação e a modernização das instituições.

É com esse mesmo objetivo que a LES institucionaliza a avaliação interna e externa das instituições, assim como a acreditação de cursos, ao criar a Comissão Nacional de Avaliação e Acreditação Universitária. A LES impõe obrigatoriamente a todas as instituições universitárias, sejam públicas ou privadas, o dever de assegurar o funcionamento de instâncias internas de avaliação institucional. A autoavaliação se complementará com avaliação externa à cargo da CONEAU, a cada seis anos.

QUADRO 5
LEGISLAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NA ARGENTINA

| | |
|-----------------------|--|
| Lei nº 22.207 de 1980 | Lei orgânica das Universidades Nacionais. |
| Decreto 154 de 1983 | Decreto para intervir em todas as instituições universitárias nacionais. <i>“Art. 1º – Interviénense las Universidades Nacionales a cuyo fin se designarán rectores normalizadores.”</i> |
| Lei nº 23.068 de 1984 | Constitui um <i>“regimen provisorio de normalización de las universidades nacionales, hasta tanto se dictara la correspondiente ley de fondo”</i> . Conhecida como <i>“Ley de Normalización”</i> , destinada a regular a transição para a universidade democrática, prevendo a constituição de órgãos de governo provisórios até a eleição democrática das autoridades mediante concurso público e a constituição de claustro docente regular e representativo, ou seja, universidades normalizadas, fato que ocorreu em 1986. |
| Lei nº 23.569 de 1988 | Lei transitória - regulamentou o regime financeiro das universidades nacionais impondo uma série de limitações...(Mundet, 2003, p.11). |
| Lei nº 24.061 de 1992 | Lei Geral do Orçamento / <i>Ley General de Presupuesto</i> . |
| Lei nº 24.195 de 1993 | Lei Federal de Educação (LFE). A Lei reconhece dentro da estrutura do sistema educativo a Educação Superior não universitária (art.10, inc. d) caracterizando-a como etapa profissional de grau não universitário que requer a conclusão da educação polimodal/média e que se realiza em institutos de formação docente ou equivalentes e em |

| | |
|---|--|
| | institutos de formação técnica (art. 18, LFE). |
| Lei nº 24.521 de 1995 | Lei de Educação Superior (LES). “ <i>Esta ley logra ser sancionada a pesar de la oposición de los principales partidos de oposición, del gremio docente y del movimiento estudiantil.</i> ” (Mundet, 2003, p.146) |
| Decreto nº 173/96 que logo foi parcialmente modificado pelo Decreto nº 705/97 | Contém as normas regulatórias do funcionamento da Comissão Nacional de Avaliação e Acreditação Universitária (CONEAU). |
| 1) Acordo nº 3 de 18/12/96 2) Acordo nº 6 de 1/7/97 3) Acordo nº 7 de 31/12/98 4) Acordo nº 9 de 24/6/99 | O Conselho Universitário tem produzido acordos fundamentais para o sistema de Educação Superior <u>relacionados também ao título Médico.</u> 1) Sobre definição da carga horária mínima dos cursos de graduação. 2) Sobre padrões de acreditação dos cursos de pós-graduação. 3) Sobre a inclusão de título de Médico no regime do artigo 43 da LES. 4) Sobre conteúdos curriculares básicos, critérios de intensidade da formação prática, padrões de acreditação e atividades reservadas ao título. |
| Lei nº 26.206 de 2006 | Ley de Educación Nacional. |

Fonte: REPÚBLICA ARGENTINA. OPS / Ministerio de Salud, Secretaría de Atención Sanitaria: Digesto de Recursos Humanos en Salud, 2001.

Na Argentina, os cursos de pós-graduação surgem na década de 1950 e, durante a década de 1970, a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso) implantou cursos de mestrado em ciências sociais. Diferentemente do Brasil, as iniciativas de desenvolvimento e manutenção dos programas de pós-graduação, na Argentina, estiveram, quase que exclusivamente, a cargo das universidades e dos grupos de pesquisa (Carvalho, 2000, p.72).

Para Oteiza (1991), citado por Barreto, no caso argentino a inexistência de uma estratégia nacional clara para a pós-graduação, aliada ao retrocesso na educação universitária, resultado das políticas dos últimos regimes autoritários, incidiram negativamente na qualidade dos “velhos doutorados”.

As políticas voltadas para o fortalecimento da pós-graduação na Argentina, a partir de em 1995, situam-se, basicamente, em dois níveis: a avaliação e o

financiamento. A LES condicionou o reconhecimento oficial dos cursos de pós-graduação à obrigatoriedade de sua avaliação e acreditação pela CONEAU, que, em parte, já estava funcionando como *Comisión de Acreditación de Postgrados (CAP)* dentro do Ministério da Educação. Outra medida adotada foi o financiamento dos programas de pós-graduação.

Cabe se deter mais sobre este tema que acompanhou continuamente os debates nas universidades argentinas durante os últimos anos. Marquis⁷¹ lhe atribui um lugar estratégico no aprimoramento da qualidade de ensino superior junto ao processo de avaliação. *El Fondo para el Mejoramiento de la Calidad Universitaria* (Fomec), criado no âmbito do Ministério de Educação, é um dos mecanismos destinados a financiar os planos de reforma e melhoramento da qualidade das universidades nacionais e conta, em parte, com recursos provenientes do Banco Mundial.

“É um mecanismo transparente e participativo através do qual se impulsiona uma nova relação entre o Estado e as universidades, baseada na avaliação e no financiamento orientado para lograr os objetivos compartilhados.” (*Marquis, 2000, p.288*)

A partir de 1993, foram criados outros mecanismos para fortalecer o financiamento do sistema de educação superior, fomentar a autarquia financeira das universidades e maximizar o uso dos recursos públicos. *El Nuevo Sistema de Asignación Presupuestaria*, por exemplo, leva em conta o desempenho das instituições frente a indicadores de eficiência e equidade na distribuição de recursos. Segundo Marquis, os contínuos problemas da escassa equidade e acesso dos estudantes ao sistema têm a ver, também, com as modificações na LES. Se por um lado a LES estabelece que ao Estado cabe a responsabilidade indelegável na prestação de serviços de educação superior de caráter público (art. 2º), como também assegurar o financiamento e a manutenção das instituições universitárias nacionais (art. 58), por outro lado levanta a proibição que existia de cobrança de taxas para os estudos de graduação, que ficou a cargo de cada universidade. Ao cobrar a taxa, as universidades estatais deveriam direcionar os recursos à oferta de bolsas de estudo e ao apoio didático de estudantes de menores recursos, cumprindo, desta forma, com os princípios de

⁷¹ *La Universidad Latinoamericana: promesas cumplidas y desafíos pendientes - el caso argentino, 2000:288.* In Entre Escombros e Alternativas.

gratuidade e equidade determinados na Constituição do país e na Lei Federal de Educação (Marquis, 2000, p.289).

A despeito de diferenças entre o sistema de educação superior no Brasil e na Argentina, no desenvolvimento da pós-graduação, no processo de avaliação e acreditação, na modalidade de financiamento da educação superior, os dois países compartilham a problemática da expansão das instituições de educação superior, a necessidade de atender demandas diversificadas e crescentes da sociedade e garantir a qualidade de ensino mediante a implantação e fortalecimento do sistema de avaliação da educação superior.

2.2 O processo de institucionalização da avaliação

Na América Latina, a avaliação do ensino superior tem ocupado um espaço relevante nas políticas de educação. Na Medicina, sistemas de avaliação da qualidade de formação começaram a ser instituídos na medida em que foi verificada uma expansão de instituições educativas pelo mundo. Nos últimos anos, foram definidos padrões internacionais pela World Federation for Medical Education⁷².

Nos países que compõem o Mercosul, a expansão do sistema universitário foi igualmente constatada, o que levou estes países a refletir e desenvolver parâmetros de qualidade nos cursos de graduação e de pós-graduação em Medicina. Neste sentido, a avaliação tem o duplo propósito de melhorar a oferta universitária e de controlar a formação de cursos que apresentam risco público, como os da área da saúde.

A criação do Mercosul educacional tornou a avaliação tema incontornável nas políticas de compatibilização da legislação de educação em saúde entre os países membros. Na problemática da integração educacional estudada, os temas da avaliação e da acreditação estão diretamente relacionados com a questão da qualidade de ensino.

A pergunta que se coloca é em que medida o Mercosul propicia, com suas instâncias de avaliação da educação na área de saúde, a possibilidade de acordar normas e mecanismos de controle de qualidade que levem a um habitus integrador a fim de dar créditos a diplomas outorgados por universidades de diferentes países ou a um habitus

⁷² *World Federation for Medical Education –WFME – International standards in basic medical education. Report of Working Party, Copenhagen 1999; In Calidad en Medicina, 2004 – Consejo Internacional de Acreditación de Facultades de Medicina (CIDAFAM).*

diferenciador. A tentativa de uma resposta se guia por dois caminhos complementares. O primeiro é a necessidade de conhecer a trajetória do processo de avaliação no Brasil e na Argentina e como o Estado e as universidades pensam e organizam a avaliação da Educação Superior na Medicina em cada país; o segundo será visto no capítulo III, no qual serão analisadas as atas do Setor Educacional do Mercosul (SEM) e estudadas as políticas de avaliação em Medicina propostas pelos países.

No Brasil, foi criada, em 1951, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior no âmbito do Ministério da Educação, voltada para o desenvolvimento da pós-graduação e para a formação de pessoal qualificado no Brasil e no exterior. A Capes subsidia o Ministério da Educação na formulação de políticas nacionais para a área de pós-graduação⁷³ e é responsável pela avaliação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), dentre outras funções. Portanto, cabe à Capes o papel de assegurar a validade nacional dos diplomas de todos os programas e cursos de pós-graduação *stricto sensu*, em consonância com as normas e diretrizes estabelecidas pela União e com as diretrizes e metas do Plano Nacional de Educação.

Para a graduação, foi criado o Exame Nacional de Cursos (ENC-Provão), exame de avaliação aplicado aos formandos no período de 1996 a 2003. Em 2003, participaram do ENC-Provão um total de 423.946 alunos, oriundos de 5.897 cursos⁷⁴, de 26 áreas do conhecimento, dentre elas a Medicina. O número de participantes representa a grande maioria dos concluintes (cerca de 70%); contudo, segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep⁷⁵, este número tende a ser maior a cada ano. Segundo dados do Inep, a população universitária brasileira é de aproximadamente 3,5 milhões de alunos (dados de 2003).

⁷³ A Capes atua em quatro grandes linhas: avaliação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado), formação de recursos humanos de alto nível, promoção de cooperação internacional e acesso e divulgação da produção científica. As atividades de fomento de bolsas de estudos e auxílio à pós-graduação em diferentes áreas do conhecimento objetivam formar recursos humanos para a docência de nível superior, a pesquisa e o atendimento da demanda do setor público e privado (www.mec.gov.br).

⁷⁴ Foram avaliados somente 5.897 cursos de um total de 14.000 cursos presenciais, aproximadamente, nos quais não foram incluídos as habilitações, os cursos sequenciais e os cursos a distância.

⁷⁵ O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - Inep é uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Educação, tendo sido criado pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, que reestruturou o então Ministério da Educação e Saúde Pública. A entidade conduz todo o sistema de avaliação de cursos superiores no País, produzindo indicadores e um sistema de informações que subsidia tanto o processo de regulamentação, exercido pelo MEC, como garante transparência dos dados sobre qualidade da educação superior a toda sociedade; promove estudos, pesquisas e avaliações sobre o Sistema Educacional Brasileiro com o objetivo de subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas para a área educacional a partir de parâmetros de qualidade e equidade; e produz informações aos gestores, pesquisadores, educadores e público em geral (www.inep.gov.br).

A previsão de alunos matriculados na educação superior é de 9.256.939, até 2010⁷⁶, o que significa um número potencial de cerca de 2,3 milhões de concluintes, representando um número quase seis vezes maior, comparado com o número de participantes do ENC-Provão, em 2003. Com o objetivo de esclarecer a relação entre a qualidade do desempenho dos alunos concluintes em uma prova e a qualidade de um curso, a Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior (Deaes) do Inep enfatiza que são necessários diversificados instrumentos de avaliação e de informação, além da aplicação da prova, como, por exemplo, uma avaliação das condições de ensino e uma avaliação orientada para as instituições formadoras.

Em 2004, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes)⁷⁷ substituiu o ENC-Provão. O Sinaes é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e do desempenho acadêmico dos estudantes sob a coordenação e supervisão da Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes), avaliando todos os aspectos que giram em torno desses três eixos: o ensino, a pesquisa, a extensão, a responsabilidade social, o desempenho dos alunos, a gestão da instituição, o corpo docente, as instalações e vários outros aspectos (www.inep.gov.br).

Ao promover a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes, o Sinaes assegura a avaliação institucional, interna e externa, contemplando a análise global e integrada das dimensões, estruturas, relações, compromisso social, atividades, finalidades e responsabilidades sociais das instituições de educação superior e de seus cursos (art. 2º).

Para a avaliação institucional são utilizadas duas modalidades - a autoavaliação e a avaliação externa. A primeira é coordenada pela Comissão Própria de Avaliação (CPA) de cada instituição e orientada pelas diretrizes e pelo roteiro da autoavaliação institucional da Conaes. Já a avaliação externa é realizada por comissões designadas pelo Inep e tem como referência os padrões de qualidade para a educação superior, expressos nos instrumentos de avaliação, e os relatórios das autoavaliações.

⁷⁶ Fonte: Censo da Educação Superior 2002, Deaes/Inep/MEC.

⁷⁷ Portaria MEC nº 2.051, de 09 de julho de 2004. Regulamenta os procedimentos de avaliação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), instituído na Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004. (www.inep.gov.br).

A avaliação dos cursos de graduação identifica as condições oferecidas aos estudantes, em especial relativas ao perfil do corpo docente, as instalações físicas e a organização didático-pedagógica. E quanto à avaliação do desempenho dos estudantes dos cursos de graduação, ela é feita mediante aplicação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – Enade que leva em consideração os conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares do respectivo curso de graduação, como também outras habilidades e competências. Os resultados destas avaliações constituem referencial básico dos processos de regulação da educação superior, como também para a acreditação e a renovação da acreditação de instituições de educação superior, a autorização, o reconhecimento e a renovação de reconhecimento de cursos de graduação (Lei nº 10.861, de 14 de abril de 2004).

Na Argentina, no processo de institucionalização da avaliação não houve consenso da maioria das organizações representativas das universidades⁷⁸. Contudo a Lei de Educação Superior foi sancionada e foi implementado o processo de avaliação e acreditação dos cursos de pós-graduação em 1995. Até então, não existia nenhum órgão controlador nem avaliador das universidades. A Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria⁷⁹ foi autorizada por lei a realizar avaliações externas de todas as instituições universitárias, no marco dos objetivos definidos por cada instituição. A avaliação abarcará as funções de docência, pesquisa e extensão; no caso das instituições universitárias nacionais, realiza também a avaliação da gestão institucional. A CONEAU acredita cursos de graduação e de pós-graduação conforme os parâmetros estabelecidos pelo Ministerio de Cultura y Educación em consulta com o Conselho de Universidades. A LES determinou ainda que a CONEAU deve se pronunciar sobre a consistência e viabilidade de projetos institucionais para a criação de novas instituições universitárias nacionais ou provinciais, e avaliar o desenvolvimento dos projetos para o posterior reconhecimento de instituições universitárias particulares pelo Ministério de Cultura e Educação (art. 46).

⁷⁸ Decreto nº 173/96 que logo foi parcialmente modificado pelo Decreto nº 705/97 que contem as normas regulatórias do funcionamento da CONEAU.

⁷⁹ A CONEAU é um órgão autônomo, independente e descentralizado, ligado ao Ministério da Cultura e Educação, composta por representantes do Conselho Interuniversitário Nacional, Conselho de Reitores das Universidades Privadas, Ministério da Cultura e Educação, Academia Nacional da Educação e Congresso Nacional, nomeados pelo Governo Federal (art. 46-47).

A acreditação é uma tarefa complexa e se torna mais complexa quando se trata de acreditar o curso de Medicina. A Lei de 1995 estabelece que alguns cursos devem ser acreditados pela CONEAU, incluindo o curso de Medicina nos níveis de graduação e de pós-graduação. Alguns dos primeiros problemas que a CONEAU teve que resolver quando foi criada, em 1995, foi o reconhecimento das universidades privadas que estavam com pendências legais, e enfrentar o problema de proliferação de universidades de nível de qualidade questionável e a sua contenção.

“Lo que hace la CONEAU es cumplir con la ley... Es un tema con mucha presión pública, es todo un proceso de difícil reconocimiento, quiere decir que de 89 propuestas, solo 9 reconocimientos de creación, eso es un freno muy grande.” (CONEAU)

O processo de avaliação e acreditação da CONEAU é desenvolvido através da lógica de controle de pares. Há critérios fixos que são critérios de acreditação, formulados pelo Conselho de Universidades que reúne os reitores e os representantes do Ministério da Educação, executado pela CONEAU e que se distinguem da avaliação institucional que utiliza outras metodologias, e que cada universidade acredita conveniente.

“Muchas carreras que en un principio se opusieron a esta política de evaluación pero ahora todos quieren adquirir prestigio a través de su proceso de acreditación... y la UBA es una institución que tiene que ver con las fuerzas internas ligadas a los sindicatos, a los estudiantes tiene una distancia prudencial de la CONEAU, que fue muy fuerte con el enfrentamiento con la CONEAU, porque en el fondo de todo había un problema político, había un juego complejo, con los peronistas. Que sucedió? La institución no reconocía a la CONEAU, pero las carreras de postgrado participaban para ser legitimadas por la CONEAU.” (CONEAU)

O reconhecimento da importância do processo de avaliação para a educação superior não impediu a manifesta oposição contra a implantação de qualquer mecanismo de avaliação no sistema universitário. “Sustentou-se que a avaliação se

transformaria em um instrumento político para justificar prêmios e castigos na base de metodologias pouco claras” (Mundet, 2003, p.61).

A primeira experiência de avaliação institucional começou entre 1992 e 1993, da qual participaram três universidades nacionais de forma voluntária. Posteriormente, mais 18 instituições aderiram. Gradativamente a avaliação se legitimou como instrumento apto para a concessão de fundos do Fomec e para aquisição de incentivos pelos docentes pesquisadores. Contudo, a Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires, até 2006, não havia aderido ao programa de avaliação da CONEAU em função de disputas político-ideológicas: “A disputa política se transforma em disputa político-partidária a partir de 1983, quando se constata uma clara hegemonia do partido político UCR (União Cívica Radical) nos órgãos de governo da UBA” (Koifman, 2003, p.38). A UBA sempre discordou da proposta estabelecida pela LES⁸⁰, com relação aos mecanismos de avaliação e acreditação universitários.

2.3 As políticas de educação em Medicina

2.3.1 Os dilemas da constituição do marco legal da Medicina no Brasil

O estudo do processo de formação dos médicos está relacionado às dimensões políticas e econômicas, às demandas e necessidades de saúde e às políticas públicas de educação em saúde, dentre outros aspectos. No Brasil, as possibilidades de transformação no processo de educação em saúde necessitariam de entrosamento e articulação de propostas entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, historicamente ausentes entre ambos, no cumprimento dos dispositivos constitucionais de formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. Uma das questões que chama a atenção no processo em curso é a “divisão de tarefas” entre os dois ministérios ao longo da elaboração de estratégias e de políticas em Medicina que se delineou pela parceria formal instituída entre os dois ministérios, em 2005⁸¹.

⁸⁰ À exceção das duas gestões do decano dr. Luis Nicolas Ferreira, na Faculdade de Medicina da UBA, entre 1990 e 1998.

⁸¹ Portaria Interministerial nº 2.118, de 03 de novembro de 2005.

A aprovação da nova LDB, em 1996, levou à elaboração de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área de saúde em geral, e, em particular, dos cursos de graduação em Medicina⁸², baseadas em competências e habilidades voltadas para contemplar as necessidades do Sistema Único de Saúde, avançar na superação do modelo flexneriano⁸³ na formação de profissionais e construir o novo padrão da integralidade. A definição das diretrizes pode ser considerada como parte do processo de transformação das relações entre o Estado e a sociedade⁸⁴, uma vez que estabelece um novo pacto entre as escolas médicas e a sociedade a partir da significativa mobilização da comunidade acadêmica da área.

Foi igualmente um sinal de aproximação entre os ministérios da Educação e da Saúde, pois a elaboração das diretrizes curriculares conseguiu ainda mobilizar setores do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

Os aspectos que as diretrizes curriculares trouxeram a fim de induzir mudanças no campo da formação dos cursos de Medicina⁸⁵, expressos na Resolução nº 4, de 2001, definiram o perfil do formando como profissional “*com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capaz de atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos problemas de saúde na perspectiva da integralidade da assistência*”. As competências a serem demonstradas por estes profissionais incluem a sua atuação como agente de transformação social, a posse de conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicosocioambiental subjacentes à prática médica.

Para tanto, os conteúdos sugeridos pelas diretrizes contemplaram “*a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos,*

⁸² Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

⁸³ Ou Modelo Médico Hegemônico – refere-se ao seu criador, Abraham Flexner, educador e acadêmico, realizador de um estudo que permitiu fazer uma reforma radical da educação médica norte-americana que, por sua vez, repercutiu décadas mais tarde na educação médica latino-americana, ao apresentar, em 1910, o conhecido “Informe Flexner”, baseado no estudo de 155 escolas de Medicina, cujas conclusões refletem os problemas da educação médica. O modelo colocou como fundamental a dimensão biológica da doença e a atenção ao indivíduo baseada na “departamentalização” do conhecimento e a especialização da prática médica. (Borrell, 2004, p.20).

⁸⁴ O Ministério da Educação encaminhou ao Conselho Nacional de Educação diretrizes curriculares para a educação médica elaboradas por consenso em fóruns de discussões realizados pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem), a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica (Cinaem), e a Rede Unida, alunos, docentes e gestores.

⁸⁵ A LDB acabou com o currículo mínimo. O Conselho Nacional de Educação, por meio da Câmara de Educação Superior, deliberou sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação.

ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença” (art. 6), tendo como *“eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde”* (art. 12).

No processo de ensino-aprendizagem, as diretrizes estabelecem *“a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão”*, contribuindo para reconstruir conexões entre conhecimentos provenientes das ciências básicas, clínicas e humanas (Aguilar, 2001, p.162). Os formandos são ainda orientados a utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem, o que lhes permite conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização, da prática e do trabalho em equipe multiprofissional.

Quanto às avaliações dos alunos, estas *“deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares”*, realizadas pelo Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior, operacionalizado pelo Inep, e coordenadas e supervisionadas pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior.

O processo de avaliação dos cursos de graduação em Medicina permite a análise do nível de aderência dos cursos de graduação às diretrizes curriculares, como também é o referencial básico no processo de regulação e supervisão (autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos) (MS, 2006, p.14). Ou seja, as diretrizes servem como base para orientar a implantação e o desenvolvimento curriculares de curso de graduação em Medicina, a elaboração de projetos pedagógicos e seus currículos pelas Instituições de Educação Superior, dentro de uma perspectiva que assegure a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes.

Segundo Maranhão⁸⁶, a legislação trouxe a avaliação como instrumento de aprimoramento da qualidade na educação médica brasileira e a sua periodicidade é garantia de que nada mais será autorizado/reconhecido ou credenciado/recredenciado *ad eternum*; portanto, a avaliação deve considerar não somente o desempenho do aluno, como ocorre no Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), mas incluir

⁸⁶ Éfrem Maranhão, médico e professor da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), foi relator das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área de saúde.

igualmente o projeto pedagógico, a infraestrutura e a capacitação dos docentes (Revista de Ensino Superior, Edição 117-2008).

QUADRO 6
LEGISLAÇÃO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO BRASIL

| | |
|--------------------------------|--|
| Lei nº 4.024/1961 | Fixou as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e atribuiu ao Conselho Federal de Educação (CFE) a competência de definir o currículo mínimo. |
| Resolução CFE nº 9/1983 | Distribuiu as matérias do curso de graduação em Medicina entre básicas e profissionais, alterada pelas Resoluções CFE nº 5/1984 e nº 1/1989, revogadas pela Resolução CFE nº 4/2001. |
| Resolução CFE nº 12/83 | Dispõe sobre as condições da validade dos certificados de Cursos de Aperfeiçoamento e Especialização para o Magistério Superior no Sistema Federal, fixa a carga horária mínima de 360 horas, das quais 60 horas devem ser dedicadas à formação didático-pedagógica, não excedendo de dois anos a duração dos cursos. |
| Lei nº 9.131/1995 | Criou o atual Conselho Nacional de Educação (CNE), definindo sua competência e por meio de sua Câmara de Educação Superior (CES) para deliberar sobre as Diretrizes. |
| Lei nº 9.394/1996 | É a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que acabou com o currículo mínimo, cabendo ao CNE, por meio de sua CES, definir as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação, propostas pelo Ministério da Educação. |
| Resolução nº 4/2001 do CNE/CES | Instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Medicina. Art. 7º - A formação do médico incluirá, como etapa integrante da graduação, estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço, em regime de internato, em serviços próprios ou conveniados, e sob supervisão direta dos docentes da própria Escola/Faculdade. A carga horária mínima do estágio curricular deverá atingir 35% (trinta e cinco por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Medicina proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. |

| | |
|--------------------------|--|
| Decreto nº 3.860 de 2001 | Dispõe sobre a organização do ensino superior, a avaliação de cursos e instituições, e dá outras providências. |
| Lei nº 10.172/2001 | É o Plano Nacional de Educação que vincula o sistema de reacreditação periódico das instituições e o reconhecimento dos cursos superiores ao sistema nacional de avaliação e reforça a necessidade do estabelecimento, em nível nacional, das DCN. |
| Lei nº 10.861/2004 | Cria o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e estabelece que o atendimento às Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Médica (DCNEM) é imprescindível. |

Fontes: Ministério da Educação e Ministério da Saúde – Brasília 2006; CFM: www.cfm.org.br.

De seu lado, o Ministério da Saúde busca incentivar a implementação das DCN, discutir programas e formular políticas de saúde visando a qualificação da gestão do trabalho e da educação na saúde e o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

O art. 200 da Constituição Federal, em seus incisos III e IV, estabelece que *“compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área de saúde, bem como o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico”*. Ademais, consta nas diretrizes do curso de graduação em Medicina a proposição de *“vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS”* (art. 12, § 8).

Contudo, uma política de educação na saúde que organize a formação dos trabalhadores do setor foi implementada somente a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), que tem como um de seus eixos estruturantes de trabalho a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde. Seu trabalho tem se mostrado relevante em, pelo menos, dois aspectos, quais sejam, o de estimular uma maior aproximação e possibilitar a articulação dos trabalhos entre os Ministérios da Educação e da Saúde e institucionalizar, por meio de seu Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, o trabalho da

Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional no Mercosul⁸⁷, e a criação do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

A articulação dos ministérios da Educação e da Saúde é fundamental para as políticas públicas de educação em saúde nos âmbitos nacional e internacional. Internamente, para o MS, a qualidade da atenção à saúde da população necessita de um novo perfil profissional, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Externamente, os ministérios da Educação e da Saúde, no Brasil e na Argentina, estão discutindo a compatibilização das legislações e das políticas de educação em saúde no Mercosul.

Ao Ministério da Educação cabe o papel de avaliação, regulação e supervisão da formação para garantir a qualidade do processo de formação com qualidade, e ao Ministério da Saúde cabe o papel de ordenar esta formação (Ministério da Saúde, 2006, p.14). A articulação das propostas é ainda determinante, malgrado as divergências e os conflitos, sobretudo na criação de cursos de Medicina e nos temas relativos à pós-graduação, notadamente na sua modalidade de residência médica.

Assim, a manifestação do Conselho Nacional de Saúde⁸⁸ sobre a criação de cursos de Medicina é assegurada no art. 27 do Decreto nº 3.860/2001⁸⁹, e dependerá de deliberação da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo Ministro da Educação. Porém, pareceres contrários do Conselho Nacional de Saúde⁹⁰ não impedem a criação desses cursos uma vez que a legislação não exige a aprovação, mas apenas a manifestação do CNS.

⁸⁷ Como veremos no cap. IV, o Brasil se diferencia dos demais países do Mercosul por dispor na estrutura do MS de uma instância que discute as questões de formação e de exercício profissional em saúde do Mercosul.

⁸⁸ Instituído em 1937 e regulamentado em 1954, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi criado em 1990 pelo Decreto 99.438 com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É um órgão do Ministério da Saúde, de instância colegiada, deliberativa, de natureza permanente e congrega vários segmentos da sociedade. Tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (www.portal.saude.gov.br).

⁸⁹ “A criação de cursos de graduação em medicina, em odontologia e em psicologia, por universidades e demais instituições de ensino superior, deverá ser submetida à manifestação do Conselho Nacional de Saúde” (art. 27).

⁹⁰ O CNS suspendeu a emissão de pareceres e recomendou ao CNE a suspensão das autorizações para criação de cursos na área da saúde, por um período de 180 dias (Res. CNS nº 324/03, de 15 de julho de 2003), prorrogados por mais 60 dias em janeiro de 2004 (Res. CNS nº 336/04). Em março de 2004, o Ministro da Educação anunciou a prorrogação da suspensão destas autorizações por mais 60 dias, o que totalizou cerca de dez meses.

Ao concluir o curso de graduação de seis anos, o médico recém-formado se registra no Conselho Regional de Medicina e está apto para o exercício profissional. Oficialmente, o médico pode exercer em diversas áreas da Medicina⁹¹. Na atenção primária (exercida, por exemplo, em postos de saúde, prontos-socorros, serviços de triagem, plantões, ambulatórios, consultórios, programas de saúde da família, etc.) é comum o exercício profissional de médicos não-especialistas (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Cremesp, 2008). Para obter o título de especialista, existem duas modalidades, seja pela residência médica ou por meio de concurso de título⁹² da respectiva Sociedade de Especialidade Médica⁹³.

Com relação à pós-graduação em Medicina, na sua modalidade de residência médica⁹⁴, e conforme mostra o quadro da legislação, a sua institucionalização se deu de forma tardia sob controle dos Ministérios da Educação e da Saúde. Desde o surgimento da residência médica no Brasil, na década de 1940, e ao longo de seu desenvolvimento que ocorreu na década de 1950, com a ampliação gradual do número de programas existentes, ela adquiriu papel fundamental como instrumento de prestação de serviços de saúde. Os residentes, como profissionais, tornaram-se atores relevantes no mundo dos serviços públicos e privados, o que teria sido a tônica principal do processo de institucionalização “no interior das políticas de saúde” (Elias, 1987, *apud* Feuerwerker, 1998, p.61).

A residência médica se viu desde o seu início confrontada a duas lógicas: a da residência médica como projeto educacional e a da residência médica como prestadora de serviços, uma vez que a organização dos estágios obedeceria mais às necessidades dos serviços do que às de aprendizagem. Contudo, segundo Elias, citado por Feuerwerker, a articulação da residência médica às transformações ocorridas na sua prática e no mercado de trabalho caracterizariam o momento de sua regulamentação e a

⁹¹ São incentivados os Programas de Áreas Básicas que incluem as grandes áreas do conhecimento médico como a clínica geral, cirurgia geral/médica, obstetrícia e ginecologia, pediatria, medicina da família e comunidade, e medicina preventiva e social.

⁹² O Concurso de Título consiste em prova elaborada pela Sociedade após o profissional ter realizado curso de especialização, estágio ou outra forma de capacitação.

⁹³ A Associação Médica Brasileira congrega as sociedades nacionais de especialidades médicas.

⁹⁴ De acordo com dados fornecidos pela Secretaria-Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM, 459 instituições de saúde oferecem mais de 7 mil programas de Residência Médica em 53 especialidades reconhecidas no Brasil, com aproximadamente 27 mil vagas distribuídas nos diversos anos de treinamento. Destas instituições, 53% pertencem à rede pública e 47% à particular. A formação do médico especialista é financiada quase que totalmente com recursos públicos, independentemente da localização (capital ou interior) ou área do programa (Dados de 2004).

existência de consenso por parte do Estado na definição da residência como projeto educacional a partir da qual buscava-se articulá-la às políticas de saúde. “Na operacionalização da regulamentação, no entanto, haveria algumas divergências que teriam levado, por exemplo, ao abrandamento das relações da residência médica com a pós-graduação” (Feuerwerker, 1998, p.62).

O Decreto 80.281/77, que regulamentou a residência médica, criou a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)⁹⁵ no âmbito do Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura. A residência é uma “*modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização*”⁹⁶, caracterizada por treinamento em serviço em regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional” (art. 1º).

No âmbito da regulamentação, a CNRM estabeleceu os requisitos e condições mínimas para o processo pedagógico e de trabalho da Residência Médica e reconheceu o residente como trabalhador. Foi determinado um piso salarial na forma de uma bolsa de estudos e assegurados outros direitos trabalhistas como férias e licença-maternidade. Ao médico residente confere-se o título de especialista reconhecido pelo MEC, mediante o cumprimento integral do Programa de residência médica em uma determinada especialidade para trabalhar.

A Lei 6.932/81 estabeleceu que o título de residência médica é documento legal junto ao Sistema Federal de Ensino e ao Conselho Federal de Medicina. Observe-se que o título de especialista⁹⁷ não é obrigatório para o exercício da Medicina.

Atualmente são 53 as especialidades médicas oficialmente reconhecidas, conjuntamente, pela Associação Médica Brasileira (AMB)⁹⁸, Conselho Federal de

⁹⁵ A CNRM é ligada à Divisão de Hospitais de Ensino e Residência Médica da SESu/MEC.

⁹⁶ Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos, preferencialmente, em uma das seguintes áreas: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; Medicina Preventiva e Social (art. 1º, § 1º).

⁹⁷ Estudo sobre as especialidades médicas no Estado de São Paulo mostra que 53% dentre 92.580 registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo têm um ou mais títulos de especialista. Os outros 47% – ou quase a metade do contingente de médicos paulistas – não têm título de especialista, apesar de, na prática, muitos deles exercerem uma ou mais especialidades médicas (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Cremsp, 2008).

⁹⁸ A Associação Médica Brasileira (AMB) é uma entidade civil, fundada em 1951; tem personalidade jurídica e forma federativa que congrega médicos e suas entidades representativas de todo o Brasil. Possui 27 Associações Médicas Estaduais e 396 Associações Regionais. Compõem o seu Conselho Científico 53

Medicina (CFM) e Comissão Nacional de Residência Médica⁹⁹. Este reconhecimento conjunto foi possibilitado pela criação, em 2002, da Comissão Mista de Especialidades (CME), composta pelo CFM, a AMB e a CNRM. A CME estabelece os critérios para o reconhecimento e denominação de especialidades médicas e áreas de atuação na Medicina¹⁰⁰, decide sobre a forma de concessão e os registros de títulos de especialista, como também determina o tempo de formação do especialista, que varia de 2 a 5 anos. A CME só analisa propostas de criação de novas especialidades e áreas de atuação mediante solicitação da Sociedade de Especialidade, via Associação Médica Brasileira.

Com objetivo de estimular a atualização permanente do médico, todos os títulos de especialista e de áreas de atuação devem ser revalidados a cada cinco anos¹⁰¹; a revalidação está a cargo das sociedades de especialidades médicas feita por um sistema de acumulação de créditos (Cremesp, 2008).

QUADRO 7 LEGISLAÇÃO EM MEDICINA NO BRASIL

| | |
|--|---|
| Resolução CFE nº 8/69, baseada na Lei nº 5.540/61 e no Parecer CFE nº 506/69 | Fixou os mínimos de conteúdo e a duração de seis anos letivos do curso médico (mínimo de cinco anos e máximo de nove anos). |
| Decreto nº 80.281/77 | Criou a Comissão Nacional de Residência Médica e regulamentou a residência médica. |
| Resolução CNRM nº 04/78 | Estabelece normas gerais e requisitos mínimos para que uma Instituição possa ter seu Programa de Residência Médica credenciado. |
| Lei 6.932/81 | Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências: |

Sociedades Médicas que representam as especialidades reconhecidas no Brasil (www.amb.org.br). São cerca de 250 mil médicos sócios em todo o Brasil, em 2008.

⁹⁹ Até 1996, a AMB reconhecia 53 Sociedades de Especialistas, o CFM reconhecia 66 especialidades médicas e a CNRM reconhecia Programas de Residência Médica em 48 áreas ou especialidades (Seixas, 1996, p.14).

¹⁰⁰ A área de atuação – subespecialidade – é definida como a “modalidade de organização do trabalho médico, exercida por profissionais capacitados para exercer ações médicas específicas, sendo derivada e relacionada com uma ou mais especialidades médicas”. A CME reconhece 54 áreas de atuação. (Cremesp, 2008).

¹⁰¹ A medida foi determinada pela Resolução 1.755/04 do Conselho Federal de Medicina. Contam como créditos a participação em congressos, cursos e a publicação de trabalhos, entre outros.

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| | | Determinou que apenas as instituições cujos programas fossem reconhecidos pela CNRM poderiam utilizar a expressão residência médica para o tipo de especialização oferecido. Fixou, ainda, o valor da bolsa de estudos e da contribuição previdenciária, além da carga horária máxima de 60 horas semanais (art. 5º). Reconheceu que os programas de Residência Médica credenciados na forma desta lei conferirão títulos de especialistas em favor dos médicos residentes nele habilitados, os quais constituirão comprovantes para fins legais junto ao sistema federal de ensino e ao Conselho Federal de Medicina (art. 6º). |
| Resoluções CNRM 5/79, 1/81 e 17/81 | | Regulamenta a carga horária da residência médica (Curso de Especialização) em 5.600 a 11.200 horas, distribuídas em dois a quatro anos. O aprendizado teórico é limitado em 10 a 20% do total do Programa (Resolução 5/79, art. 4º; Lei 6.932/81, art. 5º, § 2; Resolução 4/83, art. 3º). |
| Resolução CFM 1.082/82 | | Dispõe sobre normas de registro de certificados de conclusão dos Cursos de Especialização, fixa a carga horária em 1.800 horas, distribuída em quatro semestres, bem como estabelece a duração do ensino teórico em 50% do total. |
| Resolução 11/82 | | Estabelece as condições para acreditação de Programas de Residência Médica: número de médicos residentes previstos com o programa do curso; qualificação e cargas horárias de Supervisores e Preceptores; condições físicas e número de pacientes. |
| Resolução CFE nº 9/83 | | Distribui as matérias do curso de graduação em Medicina entre básicas e profissionais, alterada pelas Resoluções nº 5/84 e nº 01/89, revogadas pela Resolução nº 4/01. |
| Resolução 3/83 | | Estabelece as condições para reacreditação de Programas a cada cinco anos. |
| Resolução 4/83 | | Qualifica os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica das especialidades. |
| Resolução 1/87 | | Cria as Comissões Estaduais de Residência Médica constituídas por representantes do Conselho Regional de Medicina, Associação Médica Estadual, Sindicato Médico Estadual, Associação Estadual dos Médicos Residentes, Secretaria Estadual de Saúde, Inamps e Universidades públicas com Programa de Residência Médica. Cada |

| | |
|---------------------------|---|
| | instituição com residência médica tem dois representantes, sendo, um, dos residentes, e o outro, dos preceptores. Objetivou a descentralização do acompanhamento das residências que era restrito ao nível federal. |
| Lei nº 7.601/87 | Revoga o art. 4º da Lei nº 6.932/81, passando a assegurar ao residente uma bolsa no valor de 70% do salário do professor auxiliar, nível 1, em dedicação exclusiva. |
| Decreto nº 91.364/85 | Altera a redação do § 1º, do art. 2º do Decreto nº 80.281/77, que dispõe sobre a constituição da Comissão Nacional de Residência Médica. |
| Resolução CFM nº 1.785/06 | Lista as especialidades médicas e áreas de atuação em Medicina. |
| Lei nº 11.381/06 | Altera a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente, e revoga dispositivos da Lei nº 10.405, de 9 de janeiro de 2002. Art. 1º. O art. 4º da Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 4º. Ao médico residente será assegurada bolsa no valor correspondente a R\$ 1.916,45 (mil, novecentos e dezesseis reais e quarenta e cinco centavos), em regime especial de treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais.” |
| Resolução CNRM nº 02/06 | Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Os Programas de Residência Médica credenciáveis pela Comissão Nacional de Residência Médica poderão ser de acesso direto ou com pré-requisito (art.1º). Art. 9º.: Os programas de Residência Médica serão desenvolvidos com 80 a 90% da carga horária, sob a forma de treinamento em serviço, destinando-se 10 a 20% para atividades teórico-complementares. |

Fonte: www.mec.gov.br; www.cfm.org.br

2.3.2 Aspectos legais da Medicina na Argentina e o papel da Acreditação

A formação médica na Argentina foi marcada por tensões e conflitos referentes a temas vinculados à história da educação médica, tais como a questão do ingresso dos alunos, a qualidade do ensino – aprendizagem, o perfil da formação, o papel das pesquisas e a organização das avaliações internas e as creditações externas das escolas médicas (Borrell, 2004, p.55).

Até 1990, existiam na Argentina sete cursos de Medicina nas universidades nacionais¹⁰². Nos últimos anos, muitos grupos com experiência docente e com uma larga inserção acadêmica em universidades tradicionais se constituíram como Institutos Universitários. Em sua tese sobre educação médica, Borrell mostrou que de 1992 a 2002 triplicou o número de escolas privadas de medicina, instaladas nos grandes centros urbanos e orientadas para a formação de um número reduzido de profissionais.

A estrutura dos planos de estudo da formação médica nas universidades indica a existência de um ciclo básico e um ciclo clínico, com escassa articulação entre ciclos e na integração de conteúdos. Tentativas de modificar esses planos, na década de 1990, têm como finalidade seguir as orientações internacionais e as recomendações de organismos da área da saúde. Elas incluem a reformulação curricular, o aumento e a diversificação dos âmbitos de prática médica, a orientação do ensino para a formação de médico generalista com capacidade de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), mantendo a estrutura de ciclos e a realização de uma instância de formação para a prática profissional ao término do curso de graduação de seis anos, em geral.¹⁰³

Alguns cursos exigem uma avaliação final integrada que definem como prova de Clínica Médica. Na V Conferência da Educação Médica, realizada em 2003, foram observados avanços na implementação do Internato Rotatório, revisão de seu conteúdo e discussões sobre as formas de definir competências a partir de trabalhos apresentados

¹⁰² Na UBA (1822), Córdoba (1877), Rosario (1920), La Plata (1934), Tucumán (1949), Cuyo (1950) e Universidad del Nordeste (1953). As duas universidades privadas são a Universidad Católica de Córdoba e a Universidad del Salvador em Buenos Aires desde 1956.

¹⁰³ A instância de formação para a prática profissional recebe distintos nomes: Internato Rotatório (IR), Prática Final Obrigatória, Curso de Síntese, Estágio Rural ou Serviço à Comunidade, nas áreas de Pediatria, Medicina Geral, Tocoginecologia, Saúde Pública e Atenção Primária em Saúde.

pela Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina / AFACIMERA¹⁰⁴.

Ainda na década de 1990, a regulação dos ingressos de alunos e o crescimento de inscrição nas faculdades e escolas de Medicina foram temas relevantes. Múltiplos problemas se associam a este crescimento no que diz respeito aos recursos econômicos e humanos para afrontar a exigência de ensinar com bom nível de qualidade a todos os estudantes; outro problema verificado foram os altos níveis de abandono nos primeiros anos do curso, e, conseqüentemente, as baixas taxas de graduados. Na Faculdade de Medicina da Universidade de Buenos Aires graduam-se ao redor de 25% dos alunos que ingressam.

Como parte das reformas curriculares requeridas pelos parâmetros, os cursos têm modificado as condições, requisitos e modalidades do sistema de ingresso, introduzindo mecanismos de seleção, procurando reduzir o número de matrículas e melhorar a qualidade de seu ensino¹⁰⁵. A definição do número máximo de ingressos leva em consideração a capacidade educativa dos cursos em acordo com os Colégios médicos ou com as políticas da universidade.

Em 1995, a Lei da Educação Superior estabelece a obrigatoriedade de se avaliar e acreditar cursos cujo exercício profissional de seus egressos ponha em risco a saúde de pessoas. Ou seja, os processos de acreditação se impõem aos dois níveis de graduação e de pós-graduação na Medicina. A Resolução 535/99 do Ministério da Cultura e Educação define os padrões e parâmetros para a obrigatoriedade da autoavaliação e acreditação das escolas de Medicina: contexto institucional, missão institucional e objetivos, gestão, formação, pesquisa e extensão, recursos humanos docentes, serviços assistenciais e outros aspectos do ensino.

Neste processo, as atribuições e responsabilidades da CONEAU “se limitam” à acreditação dos cursos a partir dos parâmetros propostos pela AFACIMERA¹⁰⁶, e

¹⁰⁴ A AFACIMERA é uma Associação civil sem fins lucrativos, criada em 1961, em Buenos Aires, com a finalidade de desenvolver e melhorar a educação médica na Argentina. Entre 2000 e 2001, convocou docentes de distintas faculdades para discutir as características que deveriam ter este período de prática final e foi elaborada uma lista de competências profissionais que os alunos devem alcançar ao término de seus estudos de Medicina. Este processo teve como marco de referência o "ensino baseado em resultados" (*outcome-based education*), as orientações da OMS, da WFME e de outros organismos internacionais.

¹⁰⁵ A exemplo das Universidades de Cuyo e Tucumán, observando que as duas participaram do Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário, conhecido como MEXA - Medicina.

¹⁰⁶ A AFACIMERA organiza anualmente a Conferência Argentina de Educação Médica.

aprovados pelo Ministério de Educação em acordo com o Conselho de Universidades. A AFACIMERA firmou convênio com o Ministério da Educação para institucionalizar o processo avaliativo. A acreditação tem objetivos exclusivamente acadêmicos e não jurídicos, ou seja, não outorga legitimidade aos títulos e nem autoriza o exercício profissional (Bonetto, J. H; Jaramillo, E. R., 2004, p.241).

Tendo como principal foco a ideia da qualidade, os 126 parâmetros, aprovados pela Resolução nº 535/99, expressam o modelo que os integrantes do sistema universitário argentino consideram como o marco de referência de qualidade em um curso de Medicina.

Esses parâmetros foram agrupados pela CONEAU em cinco dimensões, quais sejam, contexto institucional, plano de estudo e formação, corpo acadêmico, alunos e graduados, infraestrutura e equipamento. O processo de acreditação contempla uma etapa de autoavaliação onde cada curso produz um informe baseando-se no guia de autoavaliação elaborado pela CONEAU a fim de possibilitar um tratamento similar dos pares avaliadores. A autoavaliação permite fazer um diagnóstico da situação atual do curso de Medicina e dos planos futuros da instituição.

Ademais, estes parâmetros de qualidade para formação de médicos só teriam pertinência quando atendem às necessidades de saúde e a uma política nacional de saúde bem definida. Consta no relatório do Consejo Internacional de Acreditación de Facultades de Medicina - CIDAFAM que há uma carência sobre o tema, deixando a cargo da universidade as decisões sobre a orientação da formação do médico (Marull, A. M., Fernandez. C. R., Caillon, A., *apud* Bonetto, J. H; Jaramillo, E. R (org), 2004, p.157).

Na Argentina, é o Ministério da Saúde que organiza e legisla sobre as especialidades médicas. A sua Subsecretaria de Atención Primária se encarrega da execução de normativos e programas de desenvolvimento de recursos humanos em saúde, desde a formação e capacitação até o exercício profissional, mediante prévia inscrição dos títulos habilitantes, nos termos da Lei nº 17.132/67.

QUADRO 8
LEGISLAÇÃO EM MEDICINA NA ARGENTINA

| | |
|---|--|
| Res. nº 1.778/60 – R.M. | <i>Adoptase en los establecimientos asistenciales el sistema de Residencia Médica Hospitalaria / Su reglamentación</i> <i>1. Definición: La residencia es un sistema de educación profesional para graduados en escuelas médicas, con capacitación en servicio, a tiempo completo y en un plazo determinado, a fin de prepararlos para la práctica integral, científica, técnica y social de una especialidad, mediante contrato formal entre el hospital y el residente.</i> |
| Res. nº 224/61 - R.M.. | <i>Normas para el Establecimiento de la Residencia Médica Hospitalaria.</i> |
| Ley 17.132/67 | <i>Normas para el Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración Ley del Ejercicio Profesional). Esta lei establece que o exercício das profissões mencionadas acima será sob o controle da Secretaria de Estado de Saúde Pública.</i> |
| Res. nº 622/67 Res. nº 683/67 | <i>Consejo Nacional de Residencias Médicas/Conareme – Creación</i> <i>Consejo Nacional de Residencias Médicas/Conareme – Reglamento.</i> |
| Ley nº 19.740/72 – P.E.N. | <i>Crease el Registro Nacional de Profesionales del Arte del Curar.</i> |
| Ley nº 22.127/79 | <i>Establece o Sistema Nacional de Residências e cria o Consejo Nacional de Residencias de la Salud (CO.NA.RE.SA).</i> |
| Res. nº 479/87, Res. nº 516/87 e Res. nº 454/88 – Ministerio de Salud y Acción Social (M.S. y A.S.) | <i>Articulación de Residencias Médicas (ingreso articulado: modalidad de ingreso às especialidades médicas consideradas como correlativas das correspondentes especialidades básicas).</i> |
| Res. nº 478/87 – M.S. y A.S. | <i>Aprobación - Método de Evaluación y Control del Sistema de Residencias de la Salud, que se desarrollan en servicios de Establecimientos Sanitario, dependiente de la Secretaría de estado de Salud del M.S. y A.S.</i> |
| Res. nº 174/88, modificada pela Res. nº 596/91 – M.S. y A.S. | <i>Creación del Comité de Evaluación de Residencias de Salud, a fim de analisar a estrutura docente, programas e resultado das residências de saúde que solicitem o reconhecimento da Secretaria de Saúde do M.S. y A.S. No art. 3º establece ainda que as sociedades profissionais reconhecidas da especialidade poderão acreditar a qualidade das</i> |

| | |
|--|--|
| | residências de saúde mediante firma de convênios com a autoridade reguladora. |
| Res. nº 389/89 - M.S. y A.S. | Instaura um novo Regulamento Básico de Residência de Saúde como uma maneira de sistematizar tanto os aspectos comuns como os específicos de todas as residências nacionais e convida as demais jurisdições a aderir ao novo regulamento. |
| Ley 23.873/90 | Modifica arts. 21 e 31 da <i>Ley 17.132/67 (Ley del Ejercicio Profesional)</i> . Estabelece que para obter a autorização do Ministério da Saúde e Ação Social para empregar o título ou certificar a condição de especialista, deve-se acreditar, entre outras condições, a posse de um certificado de aprovação de residência profissional completo por uma instituição pública ou privada reconhecida. |
| Res. nº 5065/92-5 - M.S. y A.S. | Cria a <i>Comisión Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos Médicos</i> . |
| Res. nº 535/99 - Ministerio de Educación | Estabelece os conteúdos curriculares básicos e os parâmetros para a acreditação de cursos de Medicina. Fixa um período mínimo de “prática final obrigatória” de 1.600 horas. |
| Res. nº 1105/06 | Cria a <i>Comisión Nacional Asesora del Ejercicio de las Profesiones de Grado Universitario en Salud</i> . |

Fonte: Digesto de Recursos Humanos en Salud – Leyes y Normativas Nacionales sobre Especialidades, Residências Médicas y Profesiones de la Salud. Ministerio de Salud. Tomo II, Publicación nº 52, 2001.

Ao longo da história da residência médica na Argentina, Borrell identificou “descontinuidades e legislações realizadas de maneira esporádica” que contribuíram para seu debilitamento. A autora cita como exemplo a Lei 22.127/79 que estabeleceu o sistema nacional de residência médica e legalizou um sistema educacional que já funcionava há mais de vinte anos. Contudo, esta lei não foi regulamentada. Mas para aplicá-la foram definidas “*de manera coyuntural resoluciones puntuales*” (Borrell, 2004, p.105).

Dos 3.900 médicos que egressam anualmente das universidades públicas e privadas na Argentina, aproximadamente a metade deles entra na pós-graduação através dos programas de residência médica¹⁰⁷ e os demais se capacitam através das “concurrências”, modalidade paralela às Residências Médicas ainda que *ad honorem*.

¹⁰⁷ O Ministerio de Salud y Acción Social financia parte da formação dos recursos humanos especializados pela modalidade residência médica.

Até 1988 não havia sido institucionalizado um mecanismo regular para avaliação dos programas públicos e privados de residências de saúde, quando então foi criado o Comité de Evaluación de Residencias, com o propósito de avaliar os aspectos educacionais, pedagógicos e assistenciais. A partir de 2000, as reformas da estrutura do Ministério da Saúde causaram impacto nos processos de acreditação e avaliação das residências, que a partir de 2002 ficaram a cargo da Direção Nacional de Políticas de Recursos Humanos em Saúde.

De sua parte, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos Médicos do Ministerio de Salud y Acción Social realizou um diagnóstico sobre os maiores problemas relacionados com as especialidades médicas, dentre os quais, (i) extensa lista de especialidades médicas (240); (ii) diversas formas de adquirir uma especialidade, o que gera diferenças na qualidade da formação; (iii) diversidade de denominações na formação de um mesmo campo de conhecimento; (iv)- os especialistas não são aceitos por todas as jurisdições devido às terminologias distintas para especialidades iguais; (v) necessidade de atualizar e homologar normas de acreditação e certificação¹⁰⁸; e (vi) necessidade de atualizar os mecanismos para definir os processos de certificação e recertificação que facilitem o reconhecimento pelo Ministério das instituições capacitadas. Diante desses problemas, a Comissão Nacional para o Desenvolvimento de Recursos Humanos traçou vários objetivos, destacando-se o estabelecimento de normativa nacional que contempla a aproximação da Lei nº 23.873/90 (Lei do Exercício Profissional) com a Lei da Educação Superior, visando maior integração dos trabalhos entre os Ministérios da Saúde e da Educação (Borrell, 2004, p.96-97).

¹⁰⁸ Médico certificado em uma especialidade é o profissional que já tem o título de médico, realizou uma pós-graduação em uma determinada especialidade na modalidade de Residência Médica e se submeteu voluntariamente a um exame para avaliar seus conhecimentos e condições ético-morais para um período determinado e que precisa ser recertificado.

2.4 Formação, regulação e regulamentação profissional

2.4.1 Do modelo flexneriano ao modelo crítico

A relação das questões de formação, regulação e regulamentação profissional na área da Medicina é mostrada a partir dos paradigmas adotados na formação dos médicos e dos mecanismos adotados para regular a profissão médica a partir das disputas para definir o especialista, a tentativa de homogeneização da nomenclatura das especialidades entre os distintos grupos médicos, como é o caso no Brasil antes de 2002 e posteriormente na Argentina.

No âmbito acadêmico da área de Medicina, distinguem-se dois modelos ou enfoques que representam dois paradigmas diferenciados: o enfoque “flexneriano” e o “crítico”. Em essência, o Modelo Flexneriano ou o Modelo Médico Hegemônico colocou como fundamental a dimensão biológica da doença e a atenção ao indivíduo baseada na “departamentalização” do conhecimento e a especialização da prática médica. O biologismo como característica estrutural dominante que garante a cientificidade do modelo é parte constitutiva da formação médica profissional. A aprendizagem dos médicos, tanto na graduação como na pós-graduação, é feita a partir de conteúdos biológicos, onde os conteúdos sociais, culturais e psicológicos constituem uma parte ínfima dentro dos programas educativos.

Borrell se refere a autores como Maria Izabel Rodriguez, que estudou a influência de Flexner nos programas de formação de médicos em escolas latino-americanas a partir de 1950. Segundo Rodriguez, citada por Borrell, a inclusão do modelo flexneriano representou, para a maior parte dessas escolas, uma oportunidade para a incorporação e modernização das ciências básicas pré-clínicas, contribuiu para a formação de docentes especializados e promoveu o desenvolvimento de uma infraestrutura biomédica e a criação e o fortalecimento de unidades de apoio para todo o processo de ensino, a exemplo de criação das bibliotecas médicas. Porém, o modelo flexneriano não favoreceu uma visão integral do homem.

Toda a proposta de Flexner gira em torno do papel do médico no tratamento das doenças, sendo categórica a sua afirmação quanto à qualidade de uma escola, que se mede pela qualidade dos clínicos que produz – ideia que perdura dentro da educação médica contemporânea. O paradigma “flexneriano” continua tendo seus adeptos na

atualidade pelas mudanças incorporadas na Educação Médica da América Latina e, sobretudo, pelos temas introduzidos na reforma da educação médica relacionados à busca da qualidade, aos sistemas de avaliação e acreditação, à superprodução de médicos e ao excesso de escolas médicas.

Em contraposição ao modelo de Flexner, o modelo “crítico” reconhece os fatores econômicos e políticos como determinantes no processo de saúde-doença. O objetivo era criar um marco teórico alternativo que formulasse a base de fundamentos científicos a fim de possibilitar a problematização dos conhecimentos dados. Na América Latina, segundo Borrell, várias tentativas de inovações nos programas de educação médica¹⁰⁹ foram implementadas, algumas com enfoques em aspectos de Medicina Preventiva, de Medicina Integral e de Medicina Comunitária. Estas propostas visavam a uma Medicina que fosse ao encontro das comunidades urbanas e rurais, que rompesse com a ideia de que o hospital era o único centro de assistência e de aprendizagem e que a Medicina comunitária estaria baseada no trabalho em equipe, a incorporação da comunidade e em uma nova forma de aprender a aprender.

O modelo “crítico” tem como base as mudanças substanciais da concepção de Medicina, de saúde e o avanço das ciências sociais na problemática do binômio saúde-doença, que gerou uma corrente de Medicina social a partir dos anos de 1970. Ou seja, o eixo de reflexão é um novo conceito biológico e social do processo saúde-doença que está estreitamente relacionado com a sociedade na qual se apresenta e o melhoramento das condições da saúde da população requer, além da intervenção médica, a necessidade de mudanças sociais. Os processos educativos, naquela década, adotaram no âmbito mundial a meta de Saúde para Todos 2000 com sua estratégia básica de Atenção Primária. Atualmente, há duas correntes consideradas como inovadoras que encabeçam as mudanças na educação médica, quais sejam, a dos programas cujos currículos se orientam para a comunidade e a daqueles orientados para a solução de problemas, adotados no Brasil e na Argentina.

¹⁰⁹ A literatura sobre educação médica com programas inovadores faz referência a algumas experiências brasileiras: Universidade de Brasília (1966); o programa experimental de Medicina da Universidade de São Paulo (1966); e o novo currículo da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (1965) (Borrell, 2004, p.23).

2.4.2 A regulação e a regulamentação profissional

A função pública reguladora das práticas profissionais e assistenciais se traduziu, tanto no Brasil como na Argentina, pela regulação de profissões de risco para terceiros, a exemplo da Medicina. O Estado, assim como as entidades médicas, são responsáveis pela regulação profissional. No Brasil, a formação de especialistas, no nível de pós-graduação, para o exercício de especialidade em determinada carreira profissional, tem sido regulamentada, historicamente, pelos Conselhos Federais das respectivas profissões.

Até 2000¹¹⁰, não existia no Brasil nem um órgão e nem um conceito ou mecanismo claramente estabelecidos para o reconhecimento das especialidades médicas (Seixas, 2000, p.12). O Conselho Federal de Medicina, criado em 1951, e suas representações regionais, os Conselhos Regionais de Medicina, são os órgãos¹¹¹ legalmente responsáveis pela supervisão, fiscalização e normatização da prática profissional em todo o território nacional. Efetuam o registro profissional dos médicos de acordo com os critérios estabelecidos por lei¹¹², aplicam as sanções do Código de Ética Médica, definem e identificam as práticas profissionais lícitas e ilícitas, deliberam e julgam matéria de natureza ético-profissional¹¹³.

Aos Conselhos Regionais de Medicina cabe ainda zelar por adequadas condições de trabalho, pela valorização do profissional médico e pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente (Resolução CFM nº 1.541/98). As atribuições iniciais do CFM se ampliaram e atualmente exercem um papel político na sociedade, atuam na defesa da saúde da população e dos interesses corporativos dos médicos (www.portalmedico.org.br). Com o esforço organizacional do Conselho, este adquiriu uma posição na estrutura do campo profissional, legítima e legitimada como instância

¹¹⁰ Em 2002, foi criada a Comissão Mista de Especialidades (CME) composta pelos Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica para o reconhecimento e denominação de especialidades médicas e áreas de atuação em Medicina.

¹¹¹ Os Conselhos são dotados de personalidade jurídica de direito privado, desenvolvendo serviço de interesse público, por delegação do Poder Público, sem qualquer vínculo funcional ou hierárquico com os órgãos da administração pública.

¹¹² Em 1958, o Decreto nº 44.045, que aprovou o regulamento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Medicina, estabeleceu em seu art. 1º a obrigatoriedade de inscrição dos diplomas nos Conselhos Regionais de Medicina para o exercício legal da profissão médica.

¹¹³ Resolução CFM nº 1.541/98, Art. 36 - Os atos relativos ao processo e julgamento dos Conselhos de Medicina serão definidos pelo Código de Processo Ético-Profissional dos Conselhos Regionais de Medicina. (Título VI – Do Processo Disciplinar).

que reconhece as especialidades médicas, seja por ser o responsável pelo registro dos profissionais, seja por ser o legislador sobre as práticas médicas.

Este reconhecimento se assenta em bases científicas de determinadas práticas, sua segurança, respeito à ética profissional e os critérios estabelecidos para a formação e capacitação dos especialistas e pelo uso desses elementos – das dimensões cognitivas e normativas – para delimitar as fronteiras de seu campo específico de práticas.

O reconhecimento das especialidades médicas é atribuição de dois outros organismos: a Associação Médica Brasileira e a Comissão Nacional de Residência Médica. Desde 1958, a AMB concede títulos de especialista aos médicos aprovados em avaliações teóricas e práticas. Mediante a criação, em 2005, da Comissão Nacional de Acreditação, a AMB também trabalha na atualização desses títulos. (www.amb.org.br). A AMB¹¹⁴ tem como principal objetivo a defesa da categoria médica, sobretudo no seu aspecto científico. Conta com um Conselho Científico, órgão consultivo, formado pelos presidentes das associações médicas nacionais de especialidades, responsável por (i) regulamentar e coordenar as atividades do exercício das especialidades médicas em todo o território nacional; (ii) estudar e sugerir medidas visando ao aperfeiçoamento da formação dos médicos; e (iii) estudar e sugerir medidas destinadas à perfeita execução da atribuição do Título de Especialista e sua valorização (AMB, Estatuto Social – art. 77).

Os títulos de especialista são emitidos após avaliação de conhecimento e desempenho do profissional, feita pelas Sociedades Brasileiras de Especialidade, conforme normas estabelecidas pela AMB e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina¹¹⁵. Para que uma sociedade científica seja reconhecida como Sociedade de Especialidade, a AMB exige das Sociedades a apresentação de critérios mínimos, a comprovação de atividades científicas periódicas e a sua capacidade de definir e controlar o processo de formação de seus membros.

O estudo de Seixas identificou, dentre outros aspectos, a dificuldade de relacionamento das Sociedades de Especialidades com a CNRM, que consideram como

¹¹⁴ Os médicos só podem filiar-se à AMB através de suas entidades federadas nos Estados e no Distrito Federal. São 27 Associações Médicas Estaduais.

¹¹⁵ A AMB concederá títulos de especialista aos profissionais médicos que preencherem todos os requisitos estabelecidos em convênios celebrados com as associações de especialidades médicas e Conselho Federal de Medicina. Parágrafo único. A concessão de Título de Especialista submete-se a regulamento próprio. Cap. V - Do Título De Especialista, art. 87.

“inadequado o reconhecimento do especialista apenas com a aprovação na residência médica, sem a necessidade de realização da Prova de Título pela Sociedade” (Seixas, 2000, p.22).

Além das divergências no seio das Sociedades¹¹⁶, o autor mostrou que, diante das diversidades de responsabilidades e competências na regulação das especialidades médicas assumidas por distintas entidades médicas e que envolvem igualmente a disputa pelo mercado de trabalho, a AMB buscou consolidar seu papel nesse processo. No II Fórum Nacional de Especialidades Médicas, em 1996, foi reconhecida a importância da revalidação do título de especialista como instrumento de garantia da qualidade da prática médica, como também foi enfatizada a necessidade de articulação entre a AMB, o CFM e a CNRM a fim de homogeneizar a nomenclatura das especialidades médicas, ou seja, os critérios para o reconhecimento e reorganização das especialidades médicas e as Sociedades de Especialidades.

Como já mencionado, em 1977 a CNRM regulamentou a residência médica (RM). Desta forma ficou sob sua responsabilidade o reconhecimento, a autorização de funcionamento e a supervisão das residências médicas, o que significa credenciar os programas de residência médica, definir as normas gerais que devem ser observadas por estes programas, estabelecer os requisitos mínimos necessários¹¹⁷ a que devem atender as instituições onde serão realizados os Programas de Residência Médica¹¹⁸, assim como os critérios e a sistemática de acreditação destes programas. Ademais, a CNRM avalia periodicamente os programas e sugere modificações ou suspende a acreditação daqueles que não estiverem de acordo com as suas normas e determinações.

¹¹⁶ Segundo Seixas, 70% das Sociedades entrevistadas informaram ter critérios próprios, além daqueles estabelecidos pela CNRM, para o reconhecimento de cursos ou estágios práticos/teóricos; 30% das Sociedades informaram não ter critérios próprios para reconhecimento dos mecanismos de formação de especialistas ou não ter processos de formação de especialistas distintos daqueles reconhecidos pela CNRM.

¹¹⁷ São a estrutura do serviço, suporte educacional e científico, carga horária, capacitação dos preceptores, relações de residentes por leito, preceptores por residentes. O acompanhamento das residências médicas apenas no âmbito federal tem limitações operacionais e buscou-se a descentralização deste controle através da Resolução 1/87 que cria Comissões Estaduais de Residência Médica.

¹¹⁸ Art. 3º. Para que a Instituição de saúde não vinculada ao sistema de ensino seja credenciada a oferecer programa de Residência, será indispensável o estabelecimento de convênio específico entre esta e a Escola Médica ou Universidade, visando mútua colaboração no desenvolvimento de programas de treinamento médico (Decreto nº 80.281/77).

Por outro lado, a inspeção e a reavaliação quinquenal das residências médicas pela Comissão Nacional de Residência Médica¹¹⁹ são motivos de disputas entre os grupos médicos:

“O estabelecimento de critérios mínimos de avaliação de Residência de diferentes áreas só se dará pela eliminação de divergências entre órgãos como o Conselho Federal de Medicina, o Conselho Federal de Educação, a CNRM e a Associação Médica Brasileira. As Sociedades Médicas de cada especialidade devem ter voz nestas entidades, por suas condições mais objetivas de avaliação das Residências Médicas e Cursos de Especialização de cada área. Muitas delas têm comissão própria para, através de provas teórico-práticas, conceder o Título de Especialista, que é a forma avaliadora dos alunos produto destes cursos.” (Patrus, 1990, p.3)

A história da regulação da profissão de Medicina mostra divergências e conflitos entre os distintos grupos, pela organização e definição de quem é o especialista, quem possui mais legitimidade para falar em nome do especialista. O exemplo do estabelecimento da carga horária é bem ilustrativo das disputas entre os agentes. A Resolução 1.082/82 do Conselho Federal de Medicina fixa a carga horária em 1.800 horas, distribuída em quatro semestres, bem como estabelece a duração do ensino teórico em 50% do total.

A Comissão Nacional de Residência Médica regulamenta a carga horária da residência médica (curso de especialização) em 5.600 a 11.200 horas distribuídas em dois a quatro anos, e o aprendizado teórico é limitado em 10 a 20% do total do Programa. As lutas entre os grupos profissionais fica evidenciada no caso do registro dos médicos como especialistas pelo CFM. A Resolução nº 1.286/89 do CFM reconhece para fins de registro nos Conselhos Regionais de Medicina a validade dos títulos conferidos pelas Sociedades Científicas e de Especialidades com base em um convênio entre a CFM e a AMB. Posteriormente, o CFM incluiu o registro dos títulos conferidos pelas residências médicas credenciadas pela CNRM e reconhecidas pelo

¹¹⁹ Art. 4º. *Os programas de residência serão credenciados por um prazo de cinco anos, ao final do qual o credenciamento será renovado a critério da Comissão Nacional de Residência Médica (Decreto nº 80.281/77).*

Ministério da Educação, apesar de lei federal de 1981, que reconhecia este direito (ver quadro da legislação médica no Brasil).

Segundo Seixas, o movimento de regulamentação das especialidades médicas, sob o ponto de vista da AMB em particular e da corporação médica em geral, representa uma reação à fragmentação da prática profissional para a qual contribuiu a disseminação de Sociedades de Especialidades que, apesar do esforço legítimo das diferentes especialidades em definir um espaço e um *locus* no mercado, levaram à pulverização da categoria médica. Esse movimento reflete ainda uma disputa maior: a questão da regulação do surgimento das especialidades percebida pela preocupação da categoria médica em não perder definitivamente para agentes externos (como por exemplo a indústria farmacêutica e a de equipamentos médicos) o controle sobre a definição das novas especialidades e dos campos de trabalho médico.

A outra disputa tem a ver com os mecanismos que regulam a formação e a entrada dos especialistas no mercado “A criação da Comissão Nacional de Residência Médica, principalmente face às pressões dos médicos residentes em sua luta para contar com um acesso menos fechado e corporativo ao mercado, ao passar a normatizar e fiscalizar este processo de formação-titulação, traz para o âmbito do Estado esta responsabilidade, retirando-a do controle exclusivo das Sociedades, o que explica a relação historicamente conflituosa entre AMB e CNRM” (Seixas, 2000, p.40).

O que está em jogo na complexidade das relações entre os grupos médicos não se restringe às nomenclaturas; são definições conceituais e a delimitação da competência dos diferentes órgãos envolvidos na questão da organização e do controle profissional.

2.5 O Estado, as universidades e as entidades médicas

O triângulo relacional que se pretende compreender na problemática da integração via formação educacional em saúde se encontra em permanente tensão entre suas três forças que são o Estado, as Universidades e as entidades médicas com maior ou menor grau, em um contexto de pressões por homogeneidade das políticas em educação.

Para mostrar a complexidade da relação do Estado com as universidades, Koifman analisa o processo de reformulação curricular do curso de Medicina da Universidade de Buenos Aires (1986-2002)¹²⁰, o contexto que lhe serve como pano de fundo e que conforma a estrutura da instituição.

Segundo a autora, um dos eixos que permite compreender a realidade estudada é a mudança de um Estado de Bem-Estar para um Estado avaliador, seus reflexos na Lei de Educação Superior de 1995. Koifman relaciona a reestruturação dos sistemas de educação na América Latina à política neoliberal adotada pelos governos através de uma série de medidas como o “ajuste da oferta” (redução do investimento público na educação); “reestruturação jurídica do sistema” (novas leis de educação); e “profunda redefinição do papel do Estado do ponto de vista educacional” (saindo da função social de educar e assumindo o papel de fiscalizador e avaliador). “Políticas de descentralização e transferência, reformas curriculares,(...) implementadas pelos governos neoliberais latino-americanos com apoio de alguns organismos internacionais”.

As reformas do sistema educacional na Argentina se situam em um contexto moldado por uma agenda internacional promovida pelo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), igualmente adotada por vários países da América Latina. Alguns exemplos ilustrativos, como vimos na sessão anterior, são a diversificação de fontes de financiamento (cobrança de taxas e mensalidades nas universidades) e a rápida expansão de universidades particulares. Na área médica, foram várias propostas de modificação no currículo e de reformulação curricular que estiveram vinculadas às modificações do panorama mundial (mundialização). Koifman mostra o exemplo da promulgação da Lei de Educação Superior (Lei nº 24.521/95) com a introdução de “mecanismos centralizados” de avaliação e acreditação universitários através da CONEAU e da Secretaria de Políticas Universitárias e seu efeito na autonomia universitária.

Outro exemplo do impacto da citada lei e suas conexões com a administração do decano da faculdade de medicina da época foi a aprovação do art. 50, que estabelece

¹²⁰ Não será detalhado esse processo; apenas mencionamos que “desde 1983, com a volta à democracia, a faculdade passou por diversos movimentos de reformulação curricular. O mais recente processo de reformulação curricular tem dois momentos: o primeiro, durante os anos de 1999 e 2000, e o segundo, a partir de dezembro de 2000 até a presente data. Cada momento se relaciona com a gestão de dois diferentes decanos” (Koifman, 2003, p.41).

que “nas universidades com mais de cinquenta mil (50.000) estudantes, o regime de admissão, permanência e promoção dos estudantes será definido ao nível de cada faculdade ou unidade acadêmica equivalente”. Isso significou uma mudança fundamental em um dos princípios da Reforma de 1918, característico das universidades argentinas: o ingresso democrático, direto e sem limite de vagas para as universidades públicas.

Estes princípios, segundo Koifman, guiam a dinâmica interna própria das universidades públicas argentinas e, em um período recente, essa dinâmica foi afetada pelas disputas políticas partidárias a partir de 1983.

A Universidade de Buenos Aires, assim como a maioria das universidades nacionais argentinas, seguindo os delineamentos da Reforma de 1918, tem organização acadêmica em forma de cátedras e faculdades. Os Conselhos Diretivos das Faculdades são eleitos por votação direta dos diferentes “claustrós”, onde estão representados os professores, os graduados e os estudantes. Os conselhos, por sua vez, elegem os decanos das faculdades. Os membros dos órgãos colegiados superiores da universidade também são resultado de eleições dos diferentes “claustrós”. O Conselho Superior — integrado pelo reitor, decanos e representantes dos professores, graduados e estudantes — compõe, junto com os membros dos conselhos diretivos, a assembleia universitária, que elege, por sua vez, o reitor.

As intervenções pelas quais as universidades públicas passaram nas décadas 60 e 70 do século passado, ao suprimir os corpos colegiados e assumir suas faculdades, modificando os estatutos e demais corpos normativos das respectivas universidades, representaram o fim da autonomia universitária¹²¹. A partir de 1983, foi necessário um período de normalização que restabelecesse o funcionamento das faculdades, abrisse concursos para professores e restaurasse as condições acadêmicas e de administração das universidades argentinas.

Na dimensão pedagógica, Koifman atribui aos profissionais da área de educação na Faculdade de Medicina da UBA um grande prestígio que lhes permite indicar os caminhos a seguir nos processos de reformulação curricular da Medicina. Entre 1990 e

¹²¹ “Os interventores, com atribuições para colocar à disposição, aleatoriamente, os cargos universitários, praticaram a remoção de autoridades e deixaram fora das universidades um número significativo de docentes, funcionários e estudantes. Foram suprimidas unidades acadêmicas, cursos e disciplinas nas universidades públicas, e modificados planos e programas de estudo” (Koifman, 2003, p.43).

1998, na administração do decano Luis Nicolas Ferreira na Faculdade de Medicina da UBA, foi adotada a limitação de ingresso de alunos na universidade, tema central e polêmico na própria Universidade de Buenos Aires e nas universidades públicas argentinas em geral.

Nesse período, o mesmo decano acumulou seu cargo com o de presidente da Associação de Faculdades de Ciências Médicas da República Argentina e da Federação Panamericana de Faculdades e Escolas de Medicina (Fepafem). Durante a sua presidência, foram realizados estudos e elaborados documentos com a Secretaria de Políticas Universitárias, do Ministério de Cultura e Educação, definindo o curso de Medicina como um “curso de risco” e, por esse motivo, propunham a criação de parâmetros para o acreditação de todos os cursos de Medicina do país. Um grupo de trabalho foi composto pela Secretaria de Políticas Universitárias, a AFACIMERA e a Federação Panamericana de Faculdades e Escolas de Medicina para elaborar os parâmetros de acreditação.

A necessidade de reformular o currículo da Faculdade de Medicina dentro dos parâmetros estabelecidos pela AFACIMERA (presidida pelo Prof. Ferreira), CONEAU, Lei de Educação Superior e Mercosul, levou o decano Schächter¹²² a declarar:

“(…) Para poder ser credenciado de acordo com os critérios definidos pelo Ministério de Cultura e Educação em consulta com o Conselho de Universidades com base em um perfil mínimo de acreditação. Para obter uma categorização digna de acordo com os perfis definidos pela CONEAU (A, B ou C) (...). Para fortalecer a posição de nosso país em toda futura negociação no reconhecimento de equivalências para o exercício de nossa profissão no Mercosul.”

E, ainda na proposta de reforma curricular no curso de Medicina, aparecem as forças em jogo:

“As Faculdades de Medicina da Argentina que compõem a AFACIMERA fizeram recentemente uma proposta sobre o perfil profissional, incumbências do título de médico e conteúdos mínimos do ensino. Este documento foi aprovado em forma geral pelo

¹²² Discurso do decano Schächter, em 1999.

Conselho de Universidades e, considerando que será aplicado pela CONEAU como base para a avaliação das Faculdades de Medicina prevista pela Lei de Educação vigente, deve ser tomado como base absolutamente necessária para qualquer modificação curricular que se tente realizar.” (Faculdade de Medicina — UBA. Documento preparado pelo grupo de trabalho sobre reformulação curricular do curso de Medicina. Buenos Aires: Faculdade de Medicina, Universidade de Buenos Aires; 1999b, apud, Koifman, 2003, p.13)

Forças políticas em jogo mudaram o rumo e a liderança da reformulação curricular e o decano Ferreira, aliado político do governo Menem, que havia se posicionado a favor do estabelecimento de um número restrito de vagas por ano para o curso de Medicina, causou uma grande polêmica no âmbito político-universitário e renunciou ao cargo. Um novo processo de reformulação curricular reiniciou-se com o candidato da Aliança (Partido Radical) que foi eleito. Entre 2000 e 2001, várias reuniões e “*jornadas para el Cambio Curricular*” foram realizadas com a participação de professores, estudantes da Faculdade de Medicina, da reitoria da UBA e de professores externos à UBA.

A proposta de reformulação focalizou-se na criação do Departamento de Avaliação Permanente e Reformulação Curricular, no qual serão geradas ações de mudanças. Koifman observa que tal criação está vinculada à possibilidade de receber recursos do BID, através do Programa de Reforma da Atenção Primária em Saúde (Proaps)¹²³.

Ao ilustrar as relações complexas entre o Estado, as universidades e as entidades médicas, percebe-se as distintas lógicas que compõem a estrutura da universidade argentina e as disputas pelo estabelecimento do currículo legítimo para a Faculdade de

¹²³O Ministério da Saúde argentino, através da Subsecretaria de Atenção Primária e juntamente com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), lançou o Programa de Reforma da Atenção Primária em Saúde (Proaps), a ser desenvolvido em cinco anos, período durante o qual o organismo de crédito internacional prevê um empréstimo de 120 milhões de pesos. O Proaps incorpora a construção de novos centros de saúde e seu equipamento, assim como o equipamento dos consultórios dos médicos de “cabeceira”. Nas palavras do então ministro da Saúde argentino, “se apoiará economicamente essas casas de altos estudos com o fim de ampliar e melhorar seus currículos e orientá-los para a formação de médicos de 1º nível de atenção.”

Medicina da UBA, mas não somente para esta última. A Universidade de Buenos Aires seria o modelo que serviria para quase todos os cursos de Medicina do país.¹²⁴

Nesta estrutura, a coexistência de lógicas opostas, por vezes contraditórias, elas mesmas construídas nas relações sociais e nas relações de poder, são constituintes da vida institucional. As discussões no âmbito do Mercosul educacional que envolvem culturas e organizações universitárias caracterizadas por *habitus* diferenciadores tendem a gerar e reproduzir tensões e até conflitos que poderiam determinar o grau de entendimento na construção de uma agenda política e ações conjuntas, que caracterizam um *habitus* integrador. Os agentes, com seu sistema de disposições, com sua competência, seu capital e seus interesses, se enfrentam no interior do jogo em uma luta para fazer reconhecer uma maneira de conhecer, contribuindo assim a conservar ou a transformar o campo de forças (Bourdieu, 2001, p.123).

Assim, conhecer as características das políticas da educação superior neste capítulo foram esclarecedoras de aspectos centrais que ocuparam espaço importante no desenvolvimento das políticas do Mercosul educacional, tais como a avaliação e a qualidade da educação.

Na Argentina foi observado, a partir da década de 1990, crescimento da matrícula na educação superior acompanhado pelo aumento no número de novas instituições universitárias, tendência também observada no Brasil. Em 2006, o número de Instituições de Educação Superior (IES), no Brasil era de 2.547 e, na Argentina, chegou a 604. Na Argentina, à diferença do Brasil, apesar do aumento de universidades privadas, a matrícula nas Instituições de Educação Superior públicas, com relação à matrícula total é de 75%. No Brasil constata-se o inverso, pois naquele ano somente 27% dos alunos estavam matriculados em instituições públicas (Iesalc/UNESCO, 2006).

Com relação à pós-graduação, especificamente no Brasil o crescimento deste nível de ensino, aliado ao planejamento e forte financiamento estatal, ocorreu a partir da década de 1960, enquanto que na Argentina se deu no final dos anos oitenta, início dos noventa. Dados da pós-graduação no Brasil indicam que quase todas as áreas do conhecimento apresentaram crescimento expressivo ao longo do período. Contudo,

¹²⁴ Há mais de duas décadas o Ministério da Saúde organiza concurso de residência médica em conjunto com a UBA, segundo consta no *Digesto de Recursos Humanos en Salud – Leyes y Normativas Nacionales sobre Especialidades, Residências Médicas y Profesiones de la Salud. Ministerio de Salud. Tomo II, Publicación n° 52, 2001.*

constata-se também a necessidade de formação de quadros docentes para atuar nos diferentes níveis de ensino e uma maior articulação entre a graduação e a pós-graduação. Entre 1976 e 2004 o número de cursos recomendados pela Capes passou de 673 para 2.993, com destaque para o crescimento dos cursos de doutorado no período de 1996 a 2004, que saltou de 183 para 1.034 (Capes/MEC, 2004). Dados de 2006 mostram que no Brasil os titulados nos programas de doutorado de 2005/2006 foram 9.366, ao passo que na Argentina esse número foi de 685 (Fontes: Iesalc/Mesalc; Gil Antón, M. y García Pérez, M.J., 2006. Proyecto Informe de la Educación Superior Iberoamericana 2006 – México. Cinda. Santiago, Chile).

Estes dados são reveladores de questões fundamentais ligados à qualidade do ensino superior e à avaliação que ambos os países incluíram nas suas políticas, sendo que na Argentina a criação da *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria*, voltada para os níveis de graduação e de pós-graduação, constituiu-se em uma das principais inovações da Lei de Educação Superior.

Para um melhor entendimento das propostas e das discussões dos países no seu processo de negociação, foram descritas ao longo do capítulo as características e as condições de implantação das políticas de educação superior na Medicina no âmbito de cada país.

Ademais, este entendimento será aprofundado mediante a apreensão do contexto externo, no qual se inserem os países do Mercosul. Bem especificamente, serão abordadas as políticas internacionais de educação superior e seus possíveis reflexos nos discursos e nas medidas tomadas pelo Mercosul educacional. Para alguns autores, como Koifman, a reformulação curricular do curso de Medicina da Universidade de Buenos Aires e parte das políticas de reforma em algumas universidades públicas na Argentina respondem às “pressões externas” do Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, e sugerem que estes organismos internacionais vêm influenciando a construção das políticas educacionais do Mercosul.

2.6 As políticas de educação superior na União Europeia e o Tratado de Bolonha

Pode-se dizer que a experiência europeia de integração em educação iniciou-se centrada na universidade e no seu papel nas sociedades contemporâneas. Na perspectiva

de uma colaboração ampliada entre os povos e os Estados da Europa, os reitores das universidades europeias assinaram em Bolonha, em 1998, a Magna Carta das Universidades.

Seus princípios estabelecem que a universidade é uma instituição autônoma, independente dos poderes político, econômico e ideológico, reiteram seu papel na produção e transmissão de cultura através da indissociabilidade da pesquisa e do ensino, tendo como princípio fundamental a liberdade de pesquisa, de ensino e de formação que os poderes públicos e a universidade devem garantir. Para cumprir sua missão e atender às necessidades do mundo contemporâneo, a universidade deve abolir as fronteiras geográficas ou políticas e velar pelo conhecimento recíproco e interação das culturas.

A partir desses princípios, os reitores das universidades europeias estabeleceram meios para alcançá-los. Dentre eles, o intercâmbio de informações e a multiplicação de iniciativas científicas comuns, considerados como instrumentos fundamentais para o progresso contínuo do conhecimento. As universidades estimulariam a mobilidade dos docentes-pesquisadores e dos estudantes e adotariam uma política geral de equivalências (títulos, provas) e oferta de bolsas como garantias de exercício de sua missão contemporânea.

Cinco anos após a Conferência Mundial sobre o Ensino Superior (1998) e por iniciativa da UNESCO, em 2003, o Centro Europeu de Ensino Superior (CEPES) preparou um documento¹²⁵ avaliativo dos progressos atingidos, reconhecendo que a situação da universidade como instrumento de dominação cultural, econômica e política europeia se transformou, necessitando, portanto, de ampla reforma.

Resumidamente, os pontos do debate que de certa forma encontramos no centro das preocupações do Mercosul educacional são: (i) a busca de equilíbrio entre as aspirações acadêmicas e institucionais das instituições tradicionais de ensino superior da Europa, as necessidades de cooperação internacional e os desafios colocados pelos novos tipos de “prestadores de ensino superior”; e (ii) a reforma das estruturas das instituições de ensino superior na Europa, que inclui, dentre outros aspectos, a diversificação das instituições e dos programas, o reconhecimento dos diplomas, a qualidade do ensino, a acreditação e a concorrência das novas instituições formadoras, a mobilidade de docentes e estudantes, a necessidade de diversificar as fontes de

¹²⁵ “As tendências e os desenvolvimentos do ensino superior na Europa” UNESCO-CEPES, 2003.

financiamento, tendo que preservar a responsabilidade dos governos para prover um ensino superior enquanto “bem público”.

Por amplo consenso, a Europa do século 21 fala da “nova economia” ou de sociedades organizadas em torno da economia baseada no conhecimento (“*savoir*”), evoluindo de organização societária para “sociedades do conhecimento”. Seria a diferenciação da sociedade que se expressa pela diversificação da população de estudantes no ensino superior, diversificação das instituições e de programas de estudos, pela demanda diversificada e dos meios usados¹²⁶ no ensino superior, onde a União Europeia¹²⁷ coloca como seu objetivo estratégico: “Tornar-se, no mundo, a mais competitiva e a mais dinâmica economia baseada no conhecimento, capaz de uma crescente economia sustentável com mais e melhores empregos e uma coesão social maior” (Documento CEPES, 2003, p.13).

As políticas e ações existentes na União Europeia relativas à educação superior foram estudadas por Morosini (1998). Na sua abordagem, a autora descreve e analisa as características do processo de integração da Comunidade (Comissão das Comunidades Europeias, 1993) onde é reconhecido que:

“O futuro da Europa depende principalmente da criatividade, do talento e da vontade de seus cidadãos. O desenvolvimento dos recursos humanos comunitários assenta essencialmente nos esforços da educação e formação de Estados-membros, completados e encorajados pela ação da Comunidade Europeia. Trata-se de valorizar a riqueza e a diversidade dos sistemas e práticas da Comunidade com vista a melhorar a qualidade da educação, da formação, através de uma cooperação ativa e de permitir às instituições e aos indivíduos dos Estados-membros conceber o seu futuro numa perspectiva europeia.” (Morosini, 1998, p.48)

¹²⁶ A demanda inclui “*Formation tout le long de la vie*” e os meios se referem em particular ao uso de tecnologias de informação e de comunicação que fazem parte das abordagens inovadoras do ensino superior.

¹²⁷ Os 27 países membros da União Europeia são de tamanhos diferentes e apresentam modos de organização institucionais variados. Juntos, eles formam a União Europeia, um espaço de 500 milhões de habitantes e de 4.280 mil km². A instância decisória mais elevada é o Conselho Europeu, integrado pelos Chefes dos Estados Membros e pelo presidente da Comissão Europeia, o seu órgão executivo.

Os inúmeros programas e ações¹²⁸, de maior ou menor abrangência, que foram implementados, segundo Morosini, estão em consonância com os princípios básicos contidos no processo de globalização/regionalização da construção da trans-nação: *reforço de sua competitividade econômica e de sua coesão social*. Especificamente para o ensino superior e universitário citamos alguns programas que promovem a mobilidade, considerada como condição para o desenvolvimento da educação superior e para a formação da identidade europeia.

O carro-chefe desses programas é o Erasmus (*European Community Action Scheme for the Mobility of University Students*), de 1987-1995. Dentre as principais ações, aparecem o estabelecimento de uma rede de cooperação universitária; desenvolvimento de currículos e ciclos de estudos comuns; projeto piloto ECTS - *European Credit Transfer System* - Sistema de Transferência de Créditos Acadêmicos da Comunidade Europeia que são unidades de valor acadêmico capitalizáveis; reconhecimento dos estudos efetuados no estrangeiro; e objetiva ainda contribuir para o conceito *Povo da Europa*.

O Programa de Mobilidade Transeuropeia para Estudos Universitários/Tempus, de 1990, é voltado para o desenvolvimento estrutural do ensino superior, organização de programas de mobilidade de docentes e estudantes. O Programa Sócrates, proposto pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Europeia, absorveu o Programa Erasmus. Destina-se a contribuir para o desenvolvimento de uma educação e de uma formação de qualidade acessíveis a todos, e visa criar um espaço europeu aberto de educação. Abarca políticas e ações desde o jardim de infância até cursos de pós-graduação. É formado por três domínios de ação comunitária: o ensino superior, o ensino escolar e atividades transversais.

O Tratado ou Processo de Bolonha¹²⁹ visa à “harmonização” dos sistemas de ensino superior dos países participantes (hoje são 46, dentre eles os 27 Estados membros da União Europeia). São três objetivos principais até 2010: (i) facilitar a

¹²⁸ Programa de Cooperação Universidade-Empresa para a Formação das Tecnologias (Comett - 1987); Programa Língua (1989); *National Academic Recognition Information Centres* (Naric); Programas Eurydice (1976), Arion (1976) e Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional – Cedefop (1975) voltados para o intercâmbio de informação e de experiência sobre sistemas educacionais.

¹²⁹ A *Déclaration commune des ministres européens de l'éducation - 19 juin 1999, Bologne - Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche*, conhecida como o Processo de Bolonha, foi assinada um ano após a Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, cujo documento de referência é a *Convention Culturelle Européenne du 19 décembre 1954 - Conseil de l'Europe*.

circulação no seio do espaço europeu de ensino superior para estudar ou trabalhar; (ii) consolidar o ensino superior europeu a fim de atrair um grande número de pessoas não europeias para estudar ou trabalhar na Europa; e (iii) desenvolver conhecimentos de ponta e de grande qualidade e velar para que a Europa seja uma comunidade pacífica e tolerante (www.touteleurope.fr).

Trata-se, em primeiro lugar, de um compromisso político dos ministros de educação dos países europeus a fim de empreender reformas de seus próprios sistemas de educação na busca de uma “harmonização/convergência”¹³⁰ no nível europeu. A importância desse Tratado está nas condições geradas¹³¹, institucionais e orçamentárias, para a formação de um “Espaço Europeu de Ensino Superior” até 2010, como também pelo seu impacto no contexto da globalização do ensino. Um dos objetivos das várias ações implementadas foi a reorganização do processo formativo em torno de novos valores como a competência, a aprendizagem e a participação de todos os agentes implicados no processo.

Assim como a formação e a mobilidade de docentes e estudantes, o exercício profissional e o emprego fazem parte das políticas sociais do Tratado de Bolonha¹³², que recomenda uma maior articulação entre o ensino superior e o mundo do trabalho. Isso significa, segundo as instituições europeias de ensino superior, uma diversificação dos programas de ensino a fim de adequar os diplomas ao mercado europeu.

É um debate complexo que envolve, além das instituições de ensino superior, os governos, os estudantes e os representantes do mundo de trabalho, gerando tensões e conflitos. A proliferação de novos tipos de diplomas voltados para o mercado de trabalho e menos próximos à divisão acadêmica clássica do saber é um dos principais

¹³⁰ No âmbito das políticas de harmonização, o ensino superior francês se organiza doravante segundo três diplomas: la licence, le master et le doctorat. Esta nova organização, conhecida como "L.M.D.", permite aumentar a mobilidade dos estudantes europeus, a mobilidade entre disciplinas e entre formações profissionais e gerais (www.education.gouv.fr).

¹³¹ Os seminários de Bolonha são reuniões entre os diferentes países para tratar de temas importantes, realizadas em Praga (2001), Berlim (2003), Bergen (2005) e Londres (2007). No seminário de Berlim, os países chamaram para uma mobilização maior dos estabelecimentos para o aumento de cooperação nos níveis de doutorado, pós-doutorado e de formação de jovens pesquisadores.

¹³² “Les objectifs de la politique sociale définis par le traité CE sont la promotion de l'emploi, l'amélioration des conditions de travail, une protection sociale adéquate, le dialogue social, la formation des ressources humaines permettant un niveau d'emploi élevé et durable et la lutte contre les exclusions. Ils sont inspirés de la charte sociale européenne de 1961 et de la charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989.” (www.europa.eu)

problemas para o reconhecimento acadêmico das qualificações e no sistema tradicional dos valores acadêmicos.

Ainda segundo o Documento da CEPES, um dos grandes desafios atuais na Europa tem a ver com a acreditação e a garantia da qualidade acadêmica no ensino superior alcançada pelo desenvolvimento de parâmetros de qualidade regionais e nacionais, levando em conta a diversidade dos sistemas de educação europeia superior.¹³³

A criação de uma rede europeia de agências para assegurar a qualidade (*European Network of Agencies for Quality Assurance - ENQA*) é vista como um passo importante rumo ao quadro pan-europeu de gestão da qualidade. Aparece nessa questão uma diferença com relação ao Mercosul, que adota uma estratégia distinta no processo de acreditação:

“Nós só temos uma agência acreditadora, que faz avaliação – e essa está na dependência do MEC, que é o Inep, e ela centraliza todos os processos de autorização, de reconhecimento, etc. Na Europa você tem alguns países, por exemplo, a Áustria, que tem inclusive agências diferentes, dependendo das disciplinas. Por exemplo, para a Medicina é um grupo que acredita os cursos de Medicina; para a área de engenharia é outro grupo completamente diferente. Não é a mesma agência que acredita todos os cursos. Então veja que nós temos uma visão muito mais de unificação de processo e trabalhamos com instrumento único para todos os países.” (Médico – par avaliador)

Com relação ao reconhecimento da formação profissional, em particular as profissões liberais e regulamentadas, como a Medicina, foram adotadas diretivas setoriais¹³⁴ que instituem um sistema de reconhecimento automático dos diplomas no âmbito do “Espaço Europeu de Ensino Superior”. A Diretiva 89/48 baseia-se no princípio de *confiança mútua*, isto é, os diplomas são reconhecidos sem que exista

¹³³ O projeto da UNESCO-CEPES de 2003 sobre os Indicadores Estratégicos do Ensino Superior do século 21 é uma referência no desenvolvimento dos parâmetros pretendidos (www.cepes.ro).

¹³⁴ O Conselho da Comunidade Europeia aprovou a Diretiva que institui um sistema geral de reconhecimento de diplomas de ensino superior que sanciona formações com uma duração mínima de três anos: Diretiva 89/48/CEE, complementada pela Diretiva 92/51/CEE e modificadas pela Diretiva 2001/19/CE (www.toutteleurope.fr).

coordenação prévia das vias de ensino e das formações que preparam as diversas profissões em análise.

Contudo, este reconhecimento é obrigatório e automático nos Estados membros somente quando o diploma permite o exercício da Medicina Geral ou uma especialidade médica comum a todos os Estados membros e mencionada como tal na Diretiva. Para os diplomas de especialistas que são comuns entre alguns Estados membros, o reconhecimento é obrigatório e automático apenas nestes Estados membros. Para as demais especializações, não contempladas pela Diretiva, o reconhecimento é individual podendo exigir uma formação complementar e provas de aptidão.

Como se constata, as etapas de reconhecimento acadêmico são abolidas a partir do momento que acontece a integração ao sistema de acreditação. A revalidação do diploma está garantida automaticamente, desde que a instituição do formando tenha sido acreditada pela agência reconhecida pelo nível central europeu. Isso não impede o enfrentamento de problemas como o idioma, a oferta de emprego e a disputa do mercado de trabalho com os locais.

Ao comparar o envolvimento dos distintos agentes do processo de integração educacional da União Europeia e do Mercosul, emerge pelo menos uma diferença: tanto no Mercosul quanto na União Europeia, o processo de integração teve como iniciativa os governos dos países; contudo, a forte mobilização das instituições de ensino superior na União Europeia logo ocupou um espaço central na condução do processo.

Os representantes das instituições europeias do ensino superior se organizaram e elaboraram o *Salamanca Message 2001*, no qual acordaram um conjunto de objetivos e afirmaram o princípio de autonomia e de responsabilidade pública.

Delineia-se de forma clara que as políticas sociais discutidas e implementadas na União Europeia desenvolveram simultaneamente questões centrais para uma efetiva integração: a formação de recursos humanos, a mobilidade de docentes e estudantes, o exercício profissional, o emprego e os direitos e garantias de cidadania.

2.7 A cooperação educacional na América Latina

Ações e iniciativas de integração educacional existem no âmbito da América Latina, do Caribe e do Mercosul. O trabalho de Morosini (1998) serviu como principal

referência no desenvolvimento deste tema. As questões de mobilidade entre os membros da comunidade científica e acadêmica, o reconhecimento de diplomas, títulos e estudos fazem parte da agenda de integração universitária através da atuação da UNESCO/Cresalc – Centro Regional para a Educação Superior na América Latina e no Caribe.

As iniciativas do Cresalc buscaram criar redes institucionais, como a Rede de Integração e Mobilidade Acadêmica – Rima. Contribuíram ainda para a retomada das discussões dos países que haviam assinado, em 1974, a Convenção Regional sobre Reconhecimento de Estudos e Diplomas, que resultou em um documento sobre o *status* da educação superior e os pontos a serem aprofundados em uma perspectiva interdisciplinar, multisetorial e global.

Em 1991, no 1º Encontro de Secretários de Universidades da América Latina e do Caribe (Havana), participaram representantes acadêmicos de 58 universidades e Instituições de Educação Superior (IES), e foi reconhecida a importância do acordo de reconhecimento de estudos e diplomas, incentivada a participação dos representantes das universidades em comitês de negociação e entidades de avaliação e foi sugerida a criação de um centro regional de informação em educação (sobre o reconhecimento acadêmico e os acordos).

A Rima é uma iniciativa de cooperação e conexão entre as universidades do continente, que, em janeiro de 1996, desencadeou a segunda etapa do convênio entre o Cresalc/UNESCO, a Fundação Memorial da América Latina, o Parlamento da América Latina (Parlatino) e a PUC/SP. O objetivo do acordo é vincular todas as universidades da América Latina em projetos de pesquisa e compatibilizar os programas de estudo e outras características curriculares, de maneira a possibilitar o livre exercício da profissão em todos os países integrantes do Rima¹³⁵. O Cresalc apoiou ainda a criação de cinco cátedras, três das quais se encontram no Mercosul¹³⁶.

Existe também o Programa Mistral –Programa Ibero-Americano de Mobilidade Interuniversitário (1995), similar ao projeto Erasmus/Sócrates da União Europeia; Programa de Cooperação Regional Alfa¹³⁷ - América Latina Formação Acadêmica

¹³⁵ A primeira etapa desse convênio está voltada aos países que integram o Mercosul via Associação de Universidades Grupo Montevideu - AUGM.

¹³⁶ Ecologia e meio ambiente (AUGM/Universidade de la Plata, Argentina), Avaliação de impactos sobre a saúde ambiental na Amazônia (Unamaz, Brasil, Colômbia e Venezuela) e Política comparada e integração (AUGM/Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

(1994); o Programa Bolívar, que objetiva vincular os centros acadêmicos e de pesquisa e desenvolvimento com o setor produtivo e o Projeto Columbus de 1983, criado sob os auspícios de reitores de trinta universidades latino-americanas e europeias.

O Cefir – Centro de Formação para a Integração Regional foi criado em 1993 a partir de uma ação conjunta com a União Europeia. Alguns de seus objetivos são a criação de um foro permanente de intercâmbio de ideias e experiências em matéria de integração regional, trabalhando com responsáveis pela elaboração de políticas públicas, gerentes e executores, com vistas a desencadear efeito cascata.

No Mercosul, a cooperação universitária se desdobra em três planos: (i) cooperação esporádica e espontânea entre grupos e instituições; (ii) acordos interinstitucionais bilaterais; e (iii) acordos interinstitucionais multilaterais ou redes (Morosini, 1998, p.92). A cooperação esporádica e espontânea é própria do meio universitário que busca a cooperação e articulação entre grupos de docentes, pesquisadores e técnicos, trabalhando em campos comuns ou complementares.

A cooperação interuniversitária iniciou-se em 1991, por meio de acordos interinstitucionais, bilaterais ou multilaterais, e redes, cuja finalidade é estimular e fomentar a integração das instituições universitárias. Esta modalidade de cooperação é feita mediante convênios entre as universidades da Região, abrangendo quase todas as áreas de conhecimento. São intercâmbios de professores, de pesquisadores e de estudantes nas últimas fase de graduação e de pós-graduação. Segundo Morosini, há uma predominância de intercâmbio entre as instituições de ensino superior do Brasil com a Argentina¹³⁸.

No âmbito de formação de redes, a cooperação se iniciou com a Associação de Universidades Grupo Montevideu – AUGM, organização civil não-governamental, sem fins lucrativos, que tem por finalidade impulsionar o processo de integração através da criação de um espaço acadêmico comum ampliado, baseado na cooperação científica,

¹³⁷ O Programa Alfa é um programa de cooperação entre Instituições de Ensino Superior (IES) da União Europeia e da América Latina. Os países participantes são os Estados Membros da União Europeia e os seguintes 18 países da América Latina: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

¹³⁸ Programa Binacional Centros Associados de Pós-Graduação - Brasil/Argentina (CAPG/BA): Convênio de Cooperação Educativa assinado em 2000, tem como objetivo promover o intercâmbio acadêmico em áreas prioritárias entre Instituições de Ensino Superior, visando a formação de recursos humanos de alto nível no Brasil e na Argentina, nas diversas áreas do conhecimento. Pelo Brasil, a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, do Ministério da Educação. Pela Argentina, a Secretaria de Políticas Universitárias, do Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia.

tecnológica, educativa e cultural entre todos os seus membros (Morosini, 1998, p.92), composta por doze universidades públicas do Mercosul, autônomas, autogovernadas e com disponibilidade de recursos.¹³⁹ A AUGM objetiva contribuir para a consolidação do processo de integração, fortalecer a formação de recursos humanos, apoiar a pesquisa e a transferência de conhecimento e realizar atividades de educação continuada.

As ações da AUGM são apoiadas primordialmente pela UNESCO, no desenvolvimento de programas financiados que se renovam anualmente, como o da mobilidade acadêmica de docentes e pesquisadores entre as 12 universidades. Ainda entre as redes institucionais, há o Grupo das Universidades das Regiões de Fronteira do Mercosul, formado em março de 1994, inicialmente com 18 participantes, entre eles a Universidad Nacional de las Misiones (Argentina), a Universidad Católica del Uruguay, a Universidade Católica do Paraná e algumas universidades de Santa Catarina. Em 1992, algumas medidas tiveram como finalidade o desenvolvimento da cooperação interinstitucional entre a União Europeia e o Mercosul¹⁴⁰.

A Universidade Federal da Integração Latino-Americana – Unila, ainda na etapa de gestação, traz consigo distintos desafios: o da inovação, da criatividade no ensino superior, e até um novo paradigma. Como resposta ao “que fazer?”, Ingrid Sarti¹⁴¹ afirma que

“a segurança de que haverá recursos financeiros é condição necessária, mas não suficiente. É preciso que a coletividade acadêmica e aqueles que apostam na possibilidade de uma região integrada a partir de premissas de solidariedade, de criatividade e do bem-estar entre os povos, considerem este um projeto seu, aqui, nos vizinhos

¹³⁹ São elas, pela Argentina, a Universidade de Buenos Aires, Universidade Nacional de la Plata, Universidade Nacional del Litoral, Universidade Nacional de Rosário e Universidade Nacional de Entre Rios (Núcleo disciplinar: educação para a integração); pelo Brasil, Universidade Federal de Santa Maria, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de São Carlos e Universidade Federal do Paraná; pelo Paraguai, a Universidade Nacional de Assunção; e pelo Uruguai, a Universidade de la Republica. Em 2008, a USP se integrou à AUGM.

¹⁴⁰ O Acordo de Florença assegurou que as iniciativas de formação e de educação devem incluir a juventude, a formação profissional e a cooperação interuniversitária, mediante projetos que foram consagrados à Secretaria Administrativa do Mercosul, à Comissão Parlamentar Conjunta, ao Grupo Mercado Comum (GMC) e ao Foro Consultivo Econômico-Social.

¹⁴¹ A ousadia de um sonho – primeiros passos rumo à Universidade da Integração Latino-Americana. Ingrid Sarti é cientista política da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Conselheira da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. E-mail: ingrid.sarti@gmail.com. “Embora a responsabilidade do texto seja minha, ele reflete preocupações e esperanças que partilhamos, fraternalmente, todos os membros da Comissão de Implantação da Unila”, 2005.

mais próximos, nas fronteiras mais distantes da América Latina” (Sarti, 2008, p.4).

Dados do Instituto Internacional para a Educação Superior na América Latina e Caribe - Iesalc/UNESCO, de 2008, sobre a educação superior na Região mostram expansão da sociedade do conhecimento, expansão na demanda por educação superior, a existência de qualidades diferenciadas e segmentação entre países e no interior de cada um, demanda reprimida no acesso à educação superior (graduação e pós-graduação), a necessidade de ampliação dos sistemas de acreditação da qualidade na Região, baixa produção científica, concentração da produção em poucos países e permanência de altas taxas de analfabetismo.

Esse quadro coloca para os países da América Latina e Caribe muitos desafios para uma integração efetiva e solidária e reforça a necessidade de cooperação interuniversitária nos níveis nacional e regional para qualificar recursos humanos, formar pesquisadores e gerar novos conhecimentos.

Nos próximos capítulos será analisado o primeiro processo de integração regional no Mercosul via formação dos médicos a partir das políticas do Setor Educacional do Mercosul – SEM (capítulo III) e o Subgrupo de Trabalho nº11 “Saúde” - SGT Nº 11 “Saúde”.

3. AS POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO NO MERCOSUL

As políticas de educação no Mercosul são concepções, atos e práticas construídos em conjunto pelos países do Mercosul. As discussões e a obtenção de consenso condicionam a tomada de decisões sobre a formulação e a implementação destas políticas. Estas discussões são feitas no âmbito dos ministérios da educação dos países do Mercosul, das universidades e de grupos de trabalho diretamente envolvidos nos debates e apresentação de propostas de ações e de execução.

O documento que serviu de base para refletir sobre o processo de integração na educação regional é o Protocolo de Intenções que foi redigido pelos Ministros da Educação do Mercosul¹⁴², em 1991, levando em conta os objetivos do Tratado de Assunção que constam do capítulo intitulado “*Propósitos, princípios e instrumentos*”. É no primeiro artigo deste capítulo que aparece um dos atos integradores dos quatro países ao tomar a decisão de “*constituir um Mercado Comum*”.

A indicação de mais quatro objetivos¹⁴³ mostram-se relacionados, em geral, à concepção de mercado comum de caráter econômico comercial, à coordenação interna de suas políticas macroeconômicas e setoriais que não constituem o foco de análise deste trabalho. Porém, será examinado o entendimento dado aos objetivos que implicam “*a livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos*”, “*ao compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração*” a partir da tradução destes objetivos em políticas da educação em saúde no Mercosul.

Assim, verifica-se que a leitura do Tratado de Assunção feita pelo Protocolo de Intenções imprime tipos diferenciados de integração caracterizados pela sua dimensão

¹⁴² A Reunião de Ministros da Educação (RME) foi criada pelo Conselho do Mercado Comum, em dezembro de 1991, por intermédio da Decisão 07/91.

¹⁴³ Este mercado comum implica na livre circulação de bens, serviços e fatores produtivos entre os países, através, entre outros, da eliminação dos direitos alfandegários e restrições não-tarifárias à circulação de mercadorias e de qualquer outra medida de efeito equivalente; o estabelecimento de uma tarifa externa comum e a adoção de uma política comercial comum em relação a terceiros Estados ou agrupamentos de Estados e a coordenação de posições em foros econômico-comerciais regionais e internacionais; a coordenação de políticas macroeconômicas e setoriais entre os Estados Partes - de comércio exterior, agrícola, industrial, fiscal, monetária, cambial e de capitais, de serviços, alfandegária, de transportes e comunicações e outras que se acordem, a fim de assegurar condições adequadas de concorrência entre os Estados Partes; o compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração (art. 1º, Tratado de Assunção, 26/03/1991).

sociocultural ao reconhecer que a educação é um campo que gera e transmite valores, conhecimentos científicos e tecnológicos, um meio para modernizar os Estados Partes, conduzir ao bem-estar com justiça social e consolidar a integração regional, indo, desta forma, além de sua dimensão exclusivamente econômica. O Mercosul educacional atribui ao conhecimento um lugar importante no desenvolvimento social e econômico dos países. Foi a partir do Protocolo de Intenções, em julho de 1992, que o Conselho do Mercado Comum ratificou o primeiro Plano Trienal para o setor da educação no contexto do Mercosul e criou os instrumentos institucionais para a sua execução, como veremos adiante.

A análise das políticas de educação no Mercosul, de 1991 a 2006, será feita a partir de dois períodos distintos do ponto de vista histórico-político no Brasil e na Argentina e no âmbito das políticas educacionais no Mercosul. No primeiro período, de 1991 a 2000, foram implementados dois Planos Trienais de educação, que foram o Plano Trienal de 1992-1994, cuja vigência foi alterada para 1994 a 1998, e o segundo Plano Trienal, de 1998-2000. No período de 2002 a 2006 foram implementados os Planos Trienais de educação de 2001-2005 e de 2006-2010.

Serão analisadas, de forma particular, as políticas de educação em saúde, em Medicina, a partir destes planos trienais elaborados pelo Setor Educacional do Mercosul, buscando compreender o processo de “harmonização das legislações” e identificando os atos e práticas que vão na direção de um habitus integrador.

3.1 As políticas do Setor Educacional do Mercosul

Diferentemente do campo da saúde, que constitui-se em um subgrupo de trabalho vinculado ao Grupo Mercado Comum (GMC), a estrutura de educação no Mercosul, denominada Setor Educacional do Mercosul (SEM), vincula-se diretamente ao Conselho do Mercado Comum¹⁴⁴. Os membros do GMC estão hierarquicamente submetidos aos seus superiores do Conselho Mercado Comum (CMC). Este, como

¹⁴⁴ Consta no Protocolo de Intenções, de 1991, que os Ministros de Educação resolvem “Propor ao Conselho do Mercado Comum a criação de um subgrupo de trabalho de educação, ampliando o Anexo V do Tratado de Assunção”.

órgão superior do Mercosul, pode delegar suas funções ao Grupo Mercado Comum por mandato expresso (POP, Art. 4º), manifesta-se sobre propostas que lhe sejam elevadas pelo Grupo Mercado Comum e homologa o seu regimento interno.

A existência desta diferença na estrutura organizacional dos dois campos, da saúde e da educação, significa uma diferença de posição na estrutura objetiva do espaço social caracterizada pela desigualdade relativa à tomada de decisões e à força de representação institucional. A estes agentes Bourdieu se refere como membros da classe dominante caracterizados pela posse de diferentes tipos de capital e cujas estratégias dependem de sua posição no campo das forças, ou seja, na posição da estrutura de distribuição deste capital (Bourdieu, 2001). “...os ministros da educação vão direto para o Conselho... trabalham o Conselho ...e a decisão do Conselho é a maior norma que existe dentro do Mercosul” (SGT Nº 11 “Saúde”).

Além da Reunião de Ministros de Educação (RME), as estruturas que compõem o SEM, responsáveis pela definição, formulação, execução e implementação das políticas de educação no Mercosul, são o Comitê Coordenador Regional (CCR), três Comissões Regionais Coordenadoras de Área (CRC) encarregadas da Educação Básica (CRC-EB), Educação Tecnológica (CRC-ET) e Educação Superior (CRC-ES), o Sistema de Informação e Comunicação (SIC) e os Grupos Gestores de Projetos (GGP), conforme vimos no segundo capítulo.

Pretende-se, neste capítulo, analisar as atas dos distintos grupos que desenvolvem políticas e ações na educação superior, em particular na Medicina. São eles o CCR, a CRC-ES, o Grupo de Trabalho de Especialistas em Acreditação e Avaliação da Educação Superior, a Comissão Consultiva do Curso de Medicina (CCCM), além das atas das Reuniões das Agências Nacionais de Acreditação (RANA). Estes grupos são formados por representantes dos governos dos Estados Partes (ministérios da educação, ministérios das relações exteriores...), médicos profissionais, acadêmicos, pesquisadores e estudantes pertencentes a uma pluralidade de mundos sociais (Lahire, 2001, p.32) como as corporações médicas, as universidades e os governos. Ou seja, os médicos que discutem as políticas de educação no Mercosul – ou os médicos do Mercosul – pertencem a universos sociais diferenciados, nos quais estes agentes ocupam posições distintas na estrutura do campo de educação e na estrutura objetiva do campo da educação, e onde cada campo possui suas próprias regras do jogo e seus *enjeux* específicos. Estes campos são espaços de luta entre os agentes pelo capital

específico ao campo, seja para monopolizá-lo e/ou para redefini-lo. As estratégias que estes agentes usam são compreendidas ao relacioná-las às suas posições nos campos.

A coordenação do CCR foi ocupada pela assessoria para assuntos internacionais dos ministérios da educação e a CTR-ES pela coordenação da Secretaria de Educação Superior/MEC/Brasil. Na Argentina o CCR esteve sob a responsabilidade do Departamento de Cooperação Internacional Universitária do *Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología* e a coordenação da CTR-ES foi ocupada pela Secretaria de Políticas Universitárias (SPU). São membros participantes do Comitê Coordenador Regional, a Capes, o Inep e a CONEAU.

Na educação superior, a ação do SEM se expressa em duas dimensões: a dos protocolos de integração, através da implementação de políticas de cooperação entre as instituições e a organização de programas regionais de pesquisas e de pós-graduação de interesse para o Mercosul, e a de ações que propiciam a construção de espaços de diálogo acadêmico baseado em indicadores e critérios de qualidade. No período estudado, foram firmados três protocolos de integração no nível de educação superior¹⁴⁵ entre 1991 e 1998 e foram implementados quatro Planos Trienais de educação entre 1992 e 2006.

Ao longo deste período, o SEM reiterou a sua concepção de trabalho voltada para alcançar os objetivos do Mercosul, estimular a formação da consciência cidadã para a integração, promover a educação de qualidade para todos, desenvolver o processo de integração com justiça social e respeito à singularidade cultural de seus povos (Planos Trienais de 1992-1994, depois 1992-1998, 1998-2000, 2001-2005 e 2006-2010). Neste contexto foi que o SEM buscou o desenvolvimento e implementação de mecanismos que facilitem a mobilidade de estudantes, docentes e profissionais entre os países do Mercosul. Como se deu a construção deste processo a partir da harmonização dos sistemas educacionais quanto à definição de um sistema de reconhecimento de estudos e de habilitação de títulos para alcançar a mobilidade pretendida?

A busca de uma resposta será feita a partir da relação entre os níveis micro e macrossocial. São as propostas dos agentes de temas que consideram prioritários,

¹⁴⁵ Protocolo de Integração Educacional para a Formação de Recursos Humanos no Nível de Pós-Graduação entre os Países Membros do Mercosul (1995); Protocolo de Integração Educacional para Prosseguimento de Estudos de Pós-Graduação nas Universidades dos Países Membros do Mercosul (1995); Decisão Nº 03/97- Protocolo de Admissão de Títulos e Graus Universitários para o Exercício de Atividades Acadêmicas nos Estados Membros do Mercosul (1997).

levando em conta as especificidades dos países e suas forças internas (Estado nacional, regulador, corporações médicas), os interesses do Mercosul (Estados tendentes à supranacionalidade, reguladores, médicos do Mercosul), as universidades (a questão da autonomia), as tendências atuais na política educacional superior no mundo (Magna Charta Universitatum – Declaração Mundial sobre o Ensino Superior - 1998) e o mercado.

3.2 A harmonização e a compatibilização das legislações

3.2.1 Os Protocolos de integração educacional

Pode-se dizer que a primeira fase de trabalho do Setor Educacional do Mercosul, entre 1991 e 1998, foi marcada pelo desenvolvimento de políticas de cooperação entre as instituições de educação superior no nível da pós-graduação e em programas regionais de pesquisas, firmando-se três protocolos de integração educacional. Estes protocolos respondem à VII RME (1994), e à X RME (1996), nas quais foram recomendados o reconhecimento de títulos universitários de graduação para fins de realização de estudos de pós-graduação, e a aceitação de títulos e graus universitários para o exercício de atividades acadêmicas nas instituições universitárias da Região, respectivamente.

A análise dos protocolos permite identificar as primeiras ações no sentido de um habitus integrador através da implementação de políticas de cooperação entre Instituições de Ensino Superior dos países do Mercosul e pelo reconhecimento da importância do desenvolvimento científico e tecnológico por meio de intercâmbio de conhecimentos e pesquisa científica conjunta. Estas políticas conjugam o ensino, sob a forma de cursos de pós-graduação, e a pesquisa, estimulando desta forma a mobilidade de estudantes, docentes e pesquisadores entre os países do Mercosul, a exemplo do Protocolo de Integração Educacional para a Formação de Recursos Humanos no Nível de Pós-Graduação.

Este Protocolo tem como objetivos (i) “A formação e o aperfeiçoamento de docentes universitários e pesquisadores com o objetivo de consolidar e ampliar a pós-graduação na Região; (ii) A criação de um sistema de intercâmbio entre as instituições,

pelo qual os docentes e pesquisadores, trabalhando em áreas comuns de pesquisa, propiciem a formação de recursos humanos, no âmbito de projetos específicos; (iii) A troca de informações científicas e tecnológicas, de documentação especializada e de publicações; e (iv) O estabelecimento de critérios e padrões comuns de avaliação da pós-graduação” (art. 1º).

O conteúdo dos três protocolos de integração educacional não contempla alguns aspectos da profissão médica. Por exemplo, as definições dadas aos títulos de graduação e de pós-graduação não se adequam à definição dos cursos de graduação e de pós-graduação em Medicina, o que dificulta a sua aplicação nos termos estabelecidos: *“Para os fins previstos no presente Protocolo, considerar-se-ão títulos de graduação aqueles obtidos em cursos com duração mínima de quatro anos ou duas mil e setecentas horas cursadas e títulos de pós-graduação tanto os cursos de especialização com carga horária presencial não inferior a trezentas e sessenta horas, quanto os graus acadêmicos de mestrado e doutorado”* (Decisão nº 03/97). Isto contraria os critérios estabelecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica no Brasil e a Resolução nº 1.778/60 que regulamenta a Residência Médica Hospitalar na Argentina.

Ademais, os três protocolos deixam clara a sua finalidade acadêmica, não permitindo o exercício profissional *“Os títulos de graduação e de pós-graduação, regidos pelo presente Protocolo, serão reconhecidos, unicamente para fins acadêmicos, pelos organismos competentes de cada Estado Parte. Tais diplomas de per se não habilitam ao exercício da profissão”* (Decisão nº 03/97). A discussão sobre a relação entre o reconhecimento de estudos e títulos no ensino e o exercício profissional foi abordada pelos Planos Trienais.

Por outro lado, múltiplos esforços visam a consolidação de núcleos avançados de desenvolvimento científico e tecnológico, a adaptação de programas de pós-graduação já existentes para formação comparável ou mesmo equivalente e a implantação de cursos de especialização em áreas consideradas estratégicas para o desenvolvimento da Região. A coordenação, supervisão e a execução das ações no âmbito deste Protocolo estavam sob a responsabilidade da Secretaria de Políticas Universitárias do Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia pelo lado argentino e da Secretaria de Política Educativa e da Capes, ambas do Ministério da Educação, pelo lado brasileiro.

Nesta primeira fase, destacam-se os trabalhos e a atuação do Brasil e da Argentina. A Capes apresentou, em 1992, um Termo de Referência para o levantamento de dados referentes a grupos de pesquisa com a área de atuação de interesse para o processo de integração regional, que foi concluído em 1993 e incluiu instrumentos de cooperação regional no âmbito do Mercosul para a implementação conjunta de projetos de pesquisa. Internamente, o Brasil trabalhou com as esferas estaduais através do Fórum Nacional dos Conselhos Estaduais de Educação para subsidiar a elaboração de critérios para o reconhecimento e equiparação de estudos e a compatibilização de currículos para efeito de prosseguimento de estudos.

Na IV Reunião da Comissão Técnica Regional *Ad Hoc* de Pós-Graduação, em 1997, a Capes preparou um documento sobre indicadores e critérios de avaliação utilizados pela entidade, que serviria como documento base para a discussão de uma proposta sobre a elaboração de critérios gerais para acreditação de programas de pós-graduação nos países do Mercosul. Um dos objetivos da proposta era a criação de cursos de pós-graduação mediante reconhecimento adequado por parte dos países do Mercosul. Assim, inicia-se no SEM uma discussão concreta sobre a acreditação de títulos e de programas usando-se padrões e critérios¹⁴⁶ com o objetivo de assegurar e manter a melhoria da qualidade acadêmica de toda a educação superior. A Argentina participou por intermédio da Secretaria de Políticas Universitárias e a CONEAU era apenas instância observadora.

Contudo, no segundo período, a atuação da CONEAU foi importante. Cabe esclarecer que as propostas do Brasil respondiam ao cumprimento de tarefas divididas entre os países do Mercosul e que a aprovação de documentos, após a obtenção de consenso, no seio da CTR-ES, é tarefa da RME.

Os comentários e as intervenções dos distintos agentes nas reuniões expressam o *habitus* integrador e/ou diferenciador que não pode ser considerado isoladamente do campo no interior do qual este *habitus* evolui. A título de exemplo, aponta-se a intervenção brasileira feita, em 1993, no Paraguai, durante a VII Reunião do CCR, na qual se reafirma “*a necessidade da integração com destaques para a questão da*

¹⁴⁶ Os critérios se referem às variáveis e dimensões que são considerados para a avaliação dos programas de pós-graduação. Os padrões são valores mínimos que devem ser cumpridos pelos programas para cada um dos critérios estabelecidos. A definição de padrões é uma atividade própria da acreditação, que a diferencia de um processo de avaliação institucional ou de autoavaliação (Mercosur/RME/CCR/CPG/Acta N° 02/97).

soberania, do apoio mútuo, do papel estratégico da educação para o processo de integração, do esforço permanente do MEC/Brasil, em particular por entender que a união dos países em torno dos eixos de interesse comum reforça o posicionamento do bloco Mercosul no cenário mundial.”

À necessidade de se integrar e de se unir, opõe-se um habitus diferenciador centrado no Estado nacional soberano. Segundo Bourdieu, o habitus integrador “não é um mecanismo autossuficiente para a geração da ação” , uma vez que os diferentes Estados implicados no processo de integração regional se encontram dependentes de lógicas e de habitus de mundos sociais particulares. A ação integradora seria constituída pelas interferências na lógica e no habitus diferenciador para a construção de novas práticas e atitudes políticas através da constituição de um poder soberano tendente à supranacionalidade.

3.2.2 A construção de espaços de diálogo acadêmico: O que é harmonizar no processo de integração educacional do Mercosul?

Refletir sobre a integração na educação superior entre os países do Mercosul a partir da harmonização de seus sistemas educacionais é pensar sobre as condições político-institucionais e cognitivas para as quais os agentes contribuem para estruturar e nas quais estes agentes se estruturam ao partilhar “condições e condicionamentos sociais similares” (Bourdieu, 2001). Compreender esta relação permite identificar os habitus diferenciador e/ou integrador dos agentes.

Se o Tratado de Assunção não explicitou o significado do termo “harmonizar”, o Protocolo de Intenções, por sua vez, propôs “ações e programas” que visam à “harmonização dos sistemas educativos” dos países. São medidas de cunho jurídico, administrativo, dados sobre os sistemas educacionais obtidos pelo sistema de informação, rede institucional de cooperação que possibilitam a mobilidade, o intercâmbio de pessoas, bens e profissionais nas áreas científicas, técnicas e culturais, o acesso ao mercado e setores de atividades. Seguindo uma orientação similar, o primeiro Plano Trienal para o setor educacional (1992-1994) foi aprovado representando o início de formulação e implementação de políticas educacionais no Mercosul.

O Plano Trienal analisou o papel estratégico desempenhado pela Educação no processo de integração para atingir o desenvolvimento econômico, social, científico-tecnológico e cultural da Região, estabeleceu os mecanismos para “o reconhecimento e a equiparação dos estudos primários e médios não técnicos cursados em qualquer dos Estados Partes e nos Estados Associados, especificamente no que se refere à sua validade acadêmica”. Quanto ao ensino superior, o Plano buscou “incrementar o intercâmbio acadêmico-técnico-científico” com a finalidade de possibilitar “maior mobilidade de docentes, alunos, pesquisadores e profissionais” e propôs “a equivalência plena de todos os cursos e diplomas, do ensino fundamental ao superior”.

Portanto, três programas educativos compõem o Plano: I. Formação da consciência cidadã favorável ao processo de integração; II. Capacitação de recursos humanos para contribuir ao desenvolvimento; III. Compatibilização e harmonização dos sistemas educacionais. Para cada um dos programas, o Plano definiu os objetivos, as linhas de ação e as atividades a serem desenvolvidas.

Os dois primeiros programas buscam o conhecimento mútuo das realidades socioculturais dos povos, o ensino do espanhol e do português nos diferentes níveis e modalidades do sistema educativo. A qualificação ocupacional e profissional da força de trabalho objetiva a inserção no mercado e a desenvolver vínculos entre educação, trabalho e produção a partir de ações que abrangem o ensino básico e médio, técnico-profissional e superior.

Quanto ao terceiro programa do Plano, pretendia-se estabelecer mecanismos acadêmicos, jurídicos e administrativos que possibilitassem a compatibilização dos sistemas educacionais e criassem um sistema de informação em rede sobre a educação nos Estados Partes. As linhas de trabalho consistiam em (i) levantar informações sobre a organização dos sistemas educativos e seus currículos nos diferentes níveis de ensino; (ii) identificar convênios e acordos existentes com relação à formação e à capacitação; (iii) propor medidas que facilitassem a mobilidade de docentes e técnicos nos processos de capacitação de recursos humanos; e (iv) criar mecanismos, coordenados pelos Ministérios da Economia e do Trabalho, para o reconhecimento de estudos e homologação de títulos com a finalidade de facilitar a circulação de estudantes e profissionais na Região.

As atividades a serem desenvolvidas visavam à constituição de equipes para sistematizar as informações obtidas e efetuar uma análise comparativa; identificação das

dificuldades e dos obstáculos à mobilidade de docentes e técnicos na Região; criação de equipe interministerial de consulta constituída por representantes dos Ministérios da Educação, Economia e Trabalho para definir as ações prioritárias; formulação de propostas de flexibilização, acreditação e reconhecimento de estudos e títulos; criação de uma base de dados educacionais relevantes e implementação de uma rede de comunicação nos países.

O desenvolvimento dos programas do primeiro Plano Trienal, seus objetivos, linhas de ação e atividades se estenderam até 1998. Em dezembro de 1994 foi ratificada e prorrogada a vigência do Plano por um período adicional de três anos e, novamente, em dezembro de 1997, prorrogado até junho de 1998.

Assim, e de forma concomitante às questões relacionadas à integração educacional no nível de pós-graduação, iniciaram-se as discussões sobre o estabelecimento de “um regime de equivalências” de tratamento específico das áreas acadêmicas e das habilitações profissionais (VII CCR, 1993). É neste sentido que foi criada a Comissão Técnica Regional de Educação Superior (CTR-ES), em 1994, durante a XI reunião do CCR, atendendo às necessidades de ampliação da estrutura do SEM para uma discussão mais aprofundada dos diversos aspectos relacionados à integração educacional no ensino superior.

Observa-se que as referências no primeiro Plano Trienal à “compatibilização” dos sistemas educacionais de nível superior, à mobilidade de estudantes, docentes e pesquisadores e ao exercício profissional nos países do Mercosul, dentre outras questões, representam a concepção e/ou intenção inicial do Mercosul educacional condizente com a Diretiva 86/48/CEE do Conselho da União Europeia, de 21 de dezembro de 1989, na qual se fixa “o sistema geral de reconhecimento de títulos de ensino superior”, em que “a eliminação entre os estados membros dos obstáculos à livre circulação de pessoas e serviços constitui um dos objetivos da comunidade ...e a dita eliminação implica, para os nacionais dos estados membros, facultar o exercício de uma profissão..., em um estado membro que não seja aquele no qual tenha adquirido sua qualificação profissional”.

Contudo, a tarefa da CRT-ES de estudar e formular alternativas para “o reconhecimento de estudos e homologação de títulos com a finalidade de facilitar a circulação de estudantes e profissionais na Região” se torna mais complexa quando se trata de exercício profissional em saúde, a exemplo da profissão médica, e quando se

trata de uma profissão regulamentada, isto é, profissão cujo exercício se encontra regulado pelo Estado e restrito à posse de título acadêmico. Ademais, a Medicina é uma profissão estabelecida e consolidada que possui autoridade cultural e reconhecimento social.

A partir destes elementos, o tema da “harmonização das legislações” na Medicina para definir um sistema comum de homologação de títulos profissionais emitidos pelas universidades da Região, com o objetivo de facilitar a mobilidade visando à integração, estaria atrelado à criação de grupos de especialistas e à definição de temas formulados por diversos grupos de médicos.

Portanto, distintos interesses estariam em jogo: por um lado, o Estado que reafirma sua soberania, o respeito às legislações nacionais e o controle dos conhecimentos e a formação dos médicos – ao mesmo tempo que ele necessita criar as condições para uma integração regional efetiva.

Por outro lado, são criados grupos de trabalho para discutir estas questões. Primeiro, em 1997, o Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação da Educação Superior (GTEAC), cuja tarefa era elaborar proposta de organização de um sistema de acreditação de instituições e cursos com vistas ao reconhecimento dos títulos de graduação e, posteriormente, em 1999; a Comissão Consultiva do Curso de Medicina (CCCM). Há ainda as universidades e as demais instituições de ensino superior formadoras de médicos, públicas e privadas, que estão diante da preservação de sua autonomia e a submissão à avaliação institucional externa da qualidade da educação médica.

3.3 O debate sobre a avaliação da qualidade da educação médica no Mercosul

Nas primeiras reuniões do CCR, atas de 1992 e de 1993, cujo objetivo era “propor, apoiar e coordenar programas, projetos e atividades de cooperação e integração educacional no âmbito de Mercosul” (CCR - Ata fev/92), os temas discutidos eram relacionados com a qualidade dos respectivos sistemas educacionais dos países do Mercosul, as experiências europeias de integração no setor educação com o apoio da OEI, as estratégias comuns de implantação do Plano Trienal, a criação de uma base de

dados educacionais de todos os países¹⁴⁷, a formação de aliança entre o setor educativo e produtivo, e o tema do financiamento.

A importância dada à qualidade da educação culminou em uma Declaração de Intenções feita na XXI CCR, em 1996, pelos técnicos de educação dos países do Mercosul e do Chile: *“Unidos em uma reflexão conjunta sobre a qualidade da educação, eixo fundamental dos processos educacionais que transcende as fronteiras geográficas para converter-se num paradigma regional, em consenso de intenções, declaram: Que a qualidade da educação é um processo de construção social que, partindo das identidades nacionais, apresenta características comuns para a Região”*. Nesta declaração o reconhecimento das diferenças entre os sistemas educacionais, características das identidades nacionais, converte o ato diferenciador em ato integrador, “uma reflexão comum”, “um paradigma comum”.

Na Medicina, a qualidade ligada à avaliação da educação geral e profissional nos dois níveis de graduação e de pós-graduação, como também à acreditação de cursos e de instituições formadoras de médicos constituíram os principais temas na “compatibilização” dos sistemas educacionais. Além da criação de grupos de trabalho no âmbito do SEM com o objetivo de auxiliar na construção de sistema de reconhecimento de títulos e na definição de procedimentos e regras para o exercício profissional, foram organizadas várias iniciativas, seminários, encontros de trabalho e reuniões produzidos por associações ou grupos profissionais com graus variados de interesses e forças na disputa pela inclusão ou exclusão de questões relativas ao processo de integração educacional.

Tome-se o exemplo da União Europeia e a criação de um Espaço Europeu de Educação Superior (EEES) prevista para 2010. Para firmar o Processo de Bolonha (1999), e todas as iniciativas e os documentos a ele associados, foi essencial o impulso político dos países europeus e as distintas medidas político-institucionais. Como exemplo, o Comunicado de Praga 2001 que introduziu novos elementos ao processo: (i) a educação e a formação para toda a vida; e (ii) o envolvimento dos estabelecimentos de ensino superior e dos estudantes a fim de criar de forma construtiva o EEES.

O Processo de Bolonha que visa à harmonização dos sistemas de ensino superior dos países participantes se expressa como um engajamento político para alcançar “uma

¹⁴⁷ O Inep organizou um seminário sobre intercâmbio de experiência em inovações em gestão educativa (1992).

convergência” do processo no âmbito europeu, traduzida pelo estabelecimento de uma “maior compatibilidade e comparabilidade” entre os diferentes sistemas de ensino superior, definindo vários objetivos como: “adotar um sistema de graus acadêmicos de fácil comparabilidade, inclusive via “suplemento ao diploma”¹⁴⁸ para favorecer a integração dos cidadãos no mercado de trabalho e a competitividade do sistema de ensino superior; promover a circulação de estudantes, docentes, pesquisadores e o pessoal administrativo, superando os obstáculos à livre circulação e preservando seus direitos estatutários; e incentivar a cooperação europeia no domínio de avaliação de qualidade educacional a fim de elaborar critérios e metodologias comparáveis (*Déclaration commune des ministres européens de l'éducation, 19 juin 1999 - Bologne. www.education.gouv.fr*).

Esta convergência não implica que todos os países europeus tenham o mesmo sistema de ensino superior até 2010 e não deveria afetar a diversidade inerente ao ensino superior na Europa que se caracteriza pelo seu “equilíbrio entre a diversidade e a homogeneidade” (*Les tendances et les développements dans l'enseignement supérieur en Europe – UNESCO/CEPES, 2003*). Diante de sistemas educacionais diferenciados, de distintas e inúmeras instituições de ensino superior, vários são os obstáculos e os esforços para assegurar a qualidade e a avaliação da qualidade. Contudo, a iniciativa de criar uma rede europeia de agências cujo objetivo é garantir a qualidade representa um passo importante na direção de um quadro pan-europeu de gestão da qualidade (*Les tendances et les développements dans l'enseignement supérieur en Europe – UNESCO/CEPES, 2003*). A garantia da qualidade e a acreditação possuem um forte impacto no reconhecimento internacional das qualificações acadêmicas.

Nos países do Mercosul, a responsabilidade pela qualidade da formação médica é assunto interno das instituições de ensino superior, como também de órgãos que asseguram funções de avaliação externa. No Mercosul educacional, a construção de um espaço de diálogo acadêmico, que pretendia a criação de um mecanismo de reconhecimento/homologação de títulos a fim de exercer a profissão e que ao mesmo

¹⁴⁸ O suplemento ao diploma é um documento obrigatório, gratuito e bilingue. Complementa os dois documentos que habitualmente certificam uma formação: o diploma e o certificado de habilitações. O documento mostra a formação que foi adquirida em termos de nível de qualificação (grau acadêmico e/ou profissional), conteúdo (módulos, unidades curriculares, estágios, etc.), resultados obtidos (classificações, créditos, sistema de classificações, etc.), função da qualificação (acesso a outros estudos, acesso a profissão, etc.) e outras informações.

tempo outorgue ao Estado receptor a garantia da boa formação profissional, iniciou-se a partir da discussão sobre a acreditação institucional e de cursos.

Em um artigo sobre a educação superior na Argentina, Mundet¹⁴⁹ aborda a questão do Mercosul educacional dizendo que *“A sugerencia de la delegación argentina se decidió avanzar en la consideración de la acreditación de carreras como procedimiento facilitador de los procesos de homologación de títulos extranjeros”* (Mundet, 2003, p.66). Em 1997, foi criado então o Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação da Educação Superior, definindo o termo acreditação como *“o processo mediante o qual se outorga fé pública, de acordo com as normas legais nacionais, aos títulos universitários, garantindo que os cursos correspondentes cumpram com requisitos de qualidade previamente estabelecidos no nível regional”* (RME/CCR/GTEAC ES/Acta N° 02/97).

Ainda na segunda reunião do GTEAC, a intervenção do Uruguai merece ser destacada ao chamar a atenção sobre as diferenças nacionais entre os países do Mercosul nos diversos campos da vida social: *“Estamos aqui frente a um movimento comum que envolve a todos nós. Mas, em cada sistema político adquire um modo próprio, com articulação e itinerários com fases e resultados distintos. É por aí que tem que considerar o comportamento dos governos, dos atores sociais e dos agentes econômicos. Qualquer empreendimento de ordem regional, tem que mover-se obrigatoriamente entre estas dimensões: o parentesco histórico do movimento de reformas e as diferenças nacionais nas quais este movimento se deu... Além da universalidade de certas tendências e das uniformidades que a globalização pode gerar, é imprescindível dar conta desta equação, resgatando a especificidade dos países do Mercosul”* (RME/CCR/GTEAC ES/Acta N° 02/97).

3.4 Planos e ações do SEM: rumo ao processo de acreditação para o exercício profissional ?

A partir do segundo Plano Trienal 1998-2000, assinado pelos Ministros de Educação dos Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai) e dos Estados

¹⁴⁹ Membro do Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação/Subsecretaria de Desenvolvimento da Educação Superior/Ministério da Educação da Argentina.

Associados (Chile e Bolívia), reforçam-se alguns princípios orientadores e se definem – ou se redefinem – algumas metas e ações. Observa-se que pelo menos dois entre os três princípios orientadores das ações do segundo Plano (a integração regional e respeito à diversidade, o compromisso democrático e a educação de qualidade para todos) refletem o cenário do processo de consolidação democrática dos países e de discussões sobre os sistemas educacionais nacionais relativos à promoção de educação de qualidade – no Brasil, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), e, na Argentina, com a Lei de Educação Superior (1995).

Conforme o SEM, a elaboração do segundo Plano levou em consideração vários elementos, tais como: a história do Setor Educacional do Mercosul; os programas anteriores e as novas questões que surgiram após sete anos de funcionamento; o reconhecimento do valor intrínseco dos instrumentos de integração educacional para potencializar a integração econômica; a busca da qualidade dos recursos humanos, pelo conhecimento, ciência e a tecnologia aplicada aos métodos de produção; as responsabilidades e as “novas” funções do Estado e da sociedade neste processo.

Na definição das metas do Plano Trienal 1998-2000, percebe-se que estão direcionadas para a aquisição de novos hábitos e atitudes, a reconfiguração de competências visando a qualidade da formação, a mobilidade e a inserção da população no mercado de trabalho. As metas do Plano Trienal 1998-2000 foram as seguintes: 1. A definição de indicadores básicos de qualidade, comuns em todos os níveis e modalidades de ensino na região; 2. A constituição, nos países membros, da Agência Nacional de Acreditação, para avaliar, acreditar e acompanhar cursos ou programas de graduação no quadro do “Memorando de Entendimento sobre a Implementação de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile” (1998); 3. A conclusão do processo de acreditação, em caráter experimental, dos três cursos selecionados, de acordo com o “Memorando de Entendimento”, em pelo menos dois dos países signatários do Tratado de Assunção; 4. A implementação gradual em cada Estado Parte e Associado de uma comissão oficial de avaliação, acreditação e acompanhamento de cursos/programas de pós-graduação, pela adoção de princípios comuns para estas comissões quanto aos critérios e procedimentos.

Em consonância com as metas, as ações do segundo Plano foram desenvolvidas em duas áreas prioritárias. A primeira área foi o “desenvolvimento da identidade

regional, por meio do estímulo ao conhecimento mútuo e a uma cultura da integração”, mediante estabelecimento de programas e projetos que visavam à criação de condições que facilitem e promovam a mobilidade de estudantes e professores, ao estímulo à construção de redes e programas de cunho regional nos diversos níveis dos sistemas educacionais, ao aproveitamento do currículo escolar e à introdução da perspectiva regional na formação de docentes e de administradores educacionais.

Quanto à segunda área priorizada, relativa à “promoção de políticas regionais de capacitação de recursos humanos e melhoria da qualidade da educação” (Plano Trienal 1998-2000), as iniciativas tinham como finalidade facilitar a definição de políticas regionais através de estudos estratégicos para identificar as necessidades de formação profissional e técnica na região, segundo sua evolução política, social, econômica e cultural; fomentar a cooperação intrarregional com vistas a favorecer a transferência de conhecimentos e tecnologias e o intercâmbio de estudantes, docentes e pesquisadores, no quadro dos protocolos existentes; estimular o aproveitamento dos espaços de integração pelos diversos atores que compõem os sistemas educacionais; e promover a cultura da avaliação que inclui o intercâmbio de experiências e a implementação de indicadores comuns que possibilitam conhecer a evolução da educação no Mercosul. O SEM desenvolveu ainda vínculos com agências de cooperação técnica e financeira como OEA, OEI, UNESCO/Orealc, Iesalc, IPE, Preal, Convênio Andrés Bello e a Cooperação Francesa.

Dois acordos representam elementos concretos de uma integração acadêmica na educação superior: O desenvolvimento do projeto Sistema de Indicadores do Mercosul Educativo¹⁵⁰ que possibilitava a construção de informações comparáveis, confiáveis e atualizadas sobre os sistemas educacionais dos países, usando-se uma metodologia de padronização dos níveis educacionais e um conjunto de indicadores estatísticos; e a elaboração do Memorando de Entendimento sobre a Implementação de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitária nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile, em junho de 1998.

Contudo, ao mencionar a redefinição de metas, refiro-me à proposta inicial do Memorando de Entendimento que foi elevada à RME pelo Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação, na XIII RME, em 1997. Trata-se de um

¹⁵⁰ Foi realizado pelo Grupo Gestor de Projetos (GGP), criado para este fim, entre 1998 e 2003.

mecanismo de natureza experimental, uma experiência piloto que buscava o reconhecimento de títulos de grau universitário pela identificação de padrões regionais de qualidade, cujos resultados determinariam o sistema permanente de acreditação.

A partir de uma análise aprofundada das atas (RME, CCR, CRC-ES, GTEAC) e após consulta extensa de documentos relativos à questão da articulação da educação superior com o exercício profissional no Mercosul, Mundet relata que os ministros da educação aprovaram o documento do Memorando com poucas modificações, “*a excepción de una supresión fundamental. Se omitió en el documento suscripto todo lo relacionado con el efecto jurídico de validez regional de los títulos que se expidieran por carreras acreditadas Mercosur para el ejercicio profesional, reconociéndose, no obstante, la validez regional académica*” (Mundet, 2003, p.67).

Baseando-se na pesquisa efetuada, podemos afirmar que o reconhecimento de títulos universitários passou a ser desvinculado do exercício profissional em saúde no Mercosul, o que poderia ser interpretado como mudança no propósito inicial de integração educacional e no entendimento de livre circulação “restrito”, doravante, à mobilidade de estudantes e docentes. Tal decisão, segundo Mundet, “foi motivada por uma forte pressão exercida sobre os ministros de alguns países por associações de profissionais” (Mundet, 2003, p.67). A partir da aprovação do Memorando na sua versão definitiva, a referência à questão do exercício profissional extinguiu-se dos documentos e das atas consultadas até 2006. Por outro lado, a aplicação do mecanismo experimental se iniciaria pela Medicina, Agronomia e Engenharia, profissões que foram aprovadas na XV RME, em 1998, por atenderem aos critérios de (i) cursos que requerem título universitário como condição para o seu exercício; (ii) cursos de conteúdo universal; e (iii) existência de experiência de acreditação nacional e internacional. (Mercosul/RME/CCR/CTR-ES/GTEAC/Ata Nº 3/98).

O documento “Mercosul 2000: Desafios e Metas para o Setor Educacional” atribui à qualidade da educação um lugar relevante e confere à avaliação dos resultados alcançados no Plano Trienal 1998-2000 um papel central para orientar o estabelecimento e a implementação das metas do Plano Estratégico 2001-2005. Nesta avaliação, os ministros reconheceram como avanços nos sete anos de existência do Setor Educacional do Mercosul a criação e a coordenação de instâncias de trabalho intergovernamentais para a definição de marcos conceituais, normativos e operacionais, a constituição e funcionamento do Sistema de Informação e Comunicação (SIC), a

aprovação de protocolos e acordos de integração educativa nos diferentes níveis de ensino, o estabelecimento de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países membros do Mercosul, a contribuição para a formação da consciência de pertencer a um espaço ampliado e a elaboração e coordenação de projetos regionais articulados com organismos internacionais (XIX RME, 2000).

O Plano Estratégico para o período de 2001-2005 do Setor Educacional do Mercosul foi construído após a realização do diagnóstico da situação do Mercosul educacional ao longo da década, que concluiu-se pela necessidade de modificar a estrutura organizacional do SEM, de melhorar e dinamizar sua gestão e de gerar um sistema de financiamento para efetivar a implementação das ações pactuadas pelo Setor¹⁵¹. As mudanças propostas incluíram a redefinição dos objetivos estratégicos segundo os níveis de ensino e a identificação dos desafios e metas que devem orientar a definição de projetos a serem executados.

A constituição de espaço acadêmico comum de intercâmbio que promova o desenvolvimento educacional, cultural, científico e tecnológico, a necessidade de formação dos recursos humanos de qualidade para a modernização e o desenvolvimento integral das sociedades e a criação de mecanismos de avaliação constituem os principais desafios para a promoção do papel integrador da educação superior. Para esse nível educacional, as prioridades do Plano Estratégico foram (i) acreditação de cursos de graduação; (ii) programa Marca de mobilidade; e (iii) cooperação interinstitucional, para o desenvolvimento de trabalhos com pesquisadores do Mercosul em núcleos estratégicos que respondessem a necessidades regionais. No que se refere à acreditação de cursos de graduação, as metas definidas foram o início de funcionamento do Mecanismo Experimental de Acreditação para cursos de graduação – MEXA - na Medicina, Agronomia e Engenharia e a ampliação da aplicação do MEXA para outros cursos; a aprovação do acordo de acreditação de cursos de graduação.

Para as demais prioridades, as metas foram o funcionamento do programa de mobilidade de estudantes, docentes, pesquisadores e administradores, a eliminação das restrições legais que dificultavam a implementação do programa de mobilidade, a

¹⁵¹ Até 2000, os organismos internacionais de cooperação foram as principais fontes de recursos para as ações do Setor. Em 2003, foi criado o Fundo Educativo do Mercosul (FEM) para financiar os projetos do SEM pela decisão CMC/DEC, Nº 33/04. Foi o primeiro fundo de financiamento setorial do Mercosul.

operacionalização do banco de dados de programas de pós-graduação na Região e a consolidação dos programas de pós-graduação. Com a nova estrutura do SEM, a Comissão Regional Coordenadora da Educação Superior passou a desenvolver os temas relativos ao Grupo de Trabalho de Especialistas em Avaliação e Acreditação, além de incorporação de instâncias temporárias e *ad hoc* ao Grupo Gestor de Projetos (GGP). Até 2005, constata-se ainda o fraco envolvimento da sociedade civil, segundo a avaliação das ações do Setor, necessitando sua inclusão através da criação de vínculos institucionais e de intercâmbio dos distintos segmentos.

O atual Plano do Setor Educacional do Mercosul, para o período de 2006-2010, estabeleceu um conjunto de princípios orientadores das ações acordadas com base na confiança – fortalecimento dos vínculos intergovernamentais no interior do SEM –, o respeito e consenso, a solidariedade e a cooperação. Os objetivos estratégicos reafirmam a promoção de uma cidadania regional e de uma cultura da paz e respeito à democracia, aos direitos humanos e ao meio ambiente, enfatizam a centralidade de definição de focos de ação capazes de conferir direcionalidade às ações do Setor e reiteram a necessidade do diálogo e da interação com a rede de agentes envolvidos nos sistemas educativos: instâncias do Mercosul, governos e organizações da sociedade civil.

Nesse Plano, a promoção da educação de qualidade se vê associada ao fator de inclusão social, de desenvolvimento humano e produtivo; o intercâmbio e a cooperação, voltados para aprimorar os sistemas educativos, tornam-se espaços para a atuação solidária dos países; os programas de mobilidade e de intercâmbio de estudantes, docentes, pesquisadores, gestores e profissionais são considerados projetos prioritários para uma integração efetiva. A “concertação” de políticas que articulem a educação com o processo de integração do Mercosul, no caso da educação superior, deve gerar e buscar consenso de políticas com distintos atores em áreas de interesse estratégico.

Em novembro de 2006, durante a XXXI Reunião de Ministros de Educação, foi aprovado o plano de trabalho para a construção de um sistema regional permanente de acreditação de cursos de graduação, apresentado pela Comissão Regional Coordenadora da Educação Superior (CRC-ES). Esta aprovação significa que a aplicação do Mecanismo Experimental de Acreditação aos cursos de Medicina, Agronomia e Engenharia foi concluída e foi adotado pelos países do Mercosul o modelo deste sistema para a sua aplicação a outros cursos a serem acreditados.

Doravante, o MEXA deixa de ser mecanismo experimental e passa a ser sistema permanente, denominado “Sistema de Acreditação de Cursos Universitários para o Reconhecimento Regional da Qualidade Acadêmica das respectivas titulações no Mercosul e nos Estados Associados – Sistema Arcu - Sul”¹⁵², cuja organização e implementação são atribuições da Rede de Agências Nacionais de Acreditação – RANA. Segundo o Plano Operacional 2006-2010 do Setor Educacional do Mercosul - SEM, marco programático destas ações, o Sistema Arcu - Sul prevê o primeiro ciclo de acreditação começando pelos cursos de Agronomia (2006), Medicina e Arquitetura (2008).¹⁵³

3.4.1 Medicina no Mercosul: O Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile – MEXA

O Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário (MEXA) é um documento acordado pela Reunião de Ministros de Educação (RME) dos Estados Partes e Associados (Chile e Bolívia). O MEXA constitui-se uma política educacional de integração acadêmica, definida como prioritária para a educação superior no plano quinquenal (2001-2005). “*É um processo de validade regional e alcance internacional*” (Mercosur educativo, 2002, p.32).

O documento “Memorando de Entendimento sobre a Implementação de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile”, aprovado pela Reunião de Ministros de Educação, em junho de 1998, conforme já foi descrito, e revisado em junho de 2002, serviu de base para o desenvolvimento do MEXA (o documento se encontra disponível no site www.sic.inep.gov.br).

O Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos tem como objetivo validar os títulos de grau universitário no âmbito do Mercosul, o que contribui para

¹⁵² Durante a XXXV Reunião do Conselho Mercado Comum (Decisão Nº 17/08), em São Miguel de Tucumán, em 2008, foi acordada a criação e a implementação do Sistema Arcu - Sur.

¹⁵³ Rede de Agências Nacionais de Acreditação: Chamada para a Acreditação Regional de Cursos Universitários de Medicina e Arquitetura para o Sistema Arcu – Sul, 2008, na qual cada agência nacional estabelecerá os procedimentos de participação das universidades de seu país de acordo com o número máximo de cursos definidos em cada chamada.

facilitar a mobilidade de pessoas entre os países da Região e melhorar a qualidade da educação pela comparabilidade dos processos de formação em termos de qualidade acadêmica (Mercosur – Acta N° 1/2002 Anexo IV). Conforme os princípios gerais do Memorando de Entendimento, participam do MEXA somente as Instituições de Educação Superior reconhecidas pelo país de origem e habilitadas a outorgar títulos universitários ou equivalentes de acordo com a sua legislação interna. A adesão destas instituições ao processo de acreditação é voluntária, solicitada às Agências Nacionais de Acreditação que são a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior - Conaes, no Brasil, e a *Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria - CONEAU*, na Argentina.

No referido Memorando, os Ministros de Educação dos Estados Partes e Associados acordaram que, uma vez concluída a fase experimental, os cursos acreditados pelo MEXA serão reconhecidos por todos eles e, conseqüentemente, terão validade em todos estes Estados no âmbito do Mercosul. Foi estipulado que o reconhecimento acadêmico dos títulos de grau universitário outorgados em virtude do MEXA tem caráter unicamente acadêmico, não conferindo o direito ao exercício profissional.

Portanto, a sua sobrevivência foi condicionada à reafirmação do absoluto respeito à autonomia das instituições universitárias e à eliminação dos conflitos que poderia gerar o vínculo do reconhecimento dos títulos ao exercício profissional na Medicina, ou seja, o acesso ao mercado do trabalho:

“... el objetivo es la movilidad estudiantil, el conocimiento mutuo entre las carreras y nada más. Lo otro, lo que me preguntan vos, es un problema profesional, del mercado laboral, que eso ya está sujeto a otros parámetros, me explico? El tránsito de acreditación al reconocimiento del título para la habilitación profesional que es lo que me preguntan vos, el tránsito acá, está cortado por las necesidades de los mercados laborales.” (CONEAU)

Reforça-se a questão da qualidade através do processo de acreditação e se limita o efeito do MEXA sobre a livre circulação:

“... el diploma si, lo que no es reconocido es el título de la persona. Quieres hacer un postgrado un egresado de la Universidad de

Tucuman en la Universidad de São Paulo, la universidad le reconoce el diploma para los estudios académicos, porque está acreditado con una calidad similar, pero si uno de la Universidad de Tucuman quiere ir al Brasil a trabajar como médico no le alcanza esta certificación del Mercosur.” (CONEAU)

“Más allá de los convenios ya existentes el MEXA abre el camino para hacer posible, en el futuro, el reconocimiento de títulos basados en la calidad comprobada por las evaluaciones y la consiguiente posibilidad de ejercicio profesional en el país para aquel al que se le reconozca la calidad de portador del título de calidad reconocida.” (Universidad de Cuyo)

A integração educacional, que a experiência do MEXA proporciona, está voltada para a qualificação da formação, mas não habilita ao mercado de trabalho. O Mecanismo Experimental certifica a qualidade da formação, ou seja, atesta que as universidades do Brasil e da Argentina que participaram do MEXA-Medicina têm uma qualidade de formação dos médicos que é semelhante.

Portanto, os diplomas emitidos por estas universidades são reconhecidos para efeito de prosseguimento de estudos na pós-graduação, uma vez que foram acreditados com uma qualidade similar, mas não são reconhecidos os títulos que possibilitem ter acesso ao mercado de trabalho. Na Argentina, por exemplo, os títulos não são somente incumbência da universidade e precisam ser certificados pelo Ministério da Saúde:

“ ... el ministerio es el encargado de dar el título, le pide a la universidad consejo sobre la formación, pero ese consejo de la universidad vuelve al ministerio y el ministerio le legaliza el título que la universidad considera que es equivalente. Este mecanismo lo que permite es apurar el trámite, porque ya está diciendo que ese programa es válido. Entonces el ministerio no avanzó a decir que si tiene un programa acreditado entonces es válido, pero eso es lo que estamos esperando de este Mecanismo. Por ahora no funciona mas que para el reconocimiento del título para seguir estudiando para el postgrado, pero no para la validez legal.” (CONEAU)

3.4.2 As Agências de Acreditação: “os sentidos do jogo”

As Agências Nacionais de Acreditação representam instâncias decisórias no processo de Acreditação. Elas conduzem o processo de acreditação no Mercosul em seus respectivos países. As Agências são entidades de direito público, representam seu Estado Parte nas RME, conforme o Memorando de Entendimento.

Pela Argentina, inicialmente foram designadas a Comissão Nacional de Avaliação e Acreditação Universitária e a Secretaria de Políticas Universitárias (SPU)/Ministério da Educação, ao passo que, pelo Brasil, foram designadas como agências acreditadoras o Conselho Nacional de Educação e a Secretaria de Educação Superior/MEC até 2006, quando então assumiu a Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes), apesar da estrutura institucional de avaliação já existente.

“Então esses são os dois paradigmas da avaliação dentro da estruturação educacional dentro desta parte sul da América: você tem o Brasil e você tem a Argentina... E esses são muito fortes e sempre que se vai discutir você vai ter algum tipo de discussão sobre o que fazer com relação a um modelo e outro modelo.” (Par avaliador)

“A CONEAU foi esse órgão que soube capitalizar, que soube aproveitar o momento político para se reforçar... a CONEAU ocupou esse espaço, fez com que o instrumento MEXA tivesse, dentro do trabalho da CONEAU, um respaldo muito grande. Por quê? Porque era preconizado em conferências mundiais.” (Universidade Estadual de Londrina)

São responsabilidades das Agências de Acreditação (i) o recebimento da inscrição voluntária das Instituições de Educação Superior dos cursos a serem acreditados e a definição da data de entrega de seu informe institucional e o de autoavaliação; (ii) a comprovação de que a IES e os cursos cumprem com os requisitos estabelecidos pelo Mercosul; (iii) a constituição do Comitê de Pares de acordo com as características do curso e as normas do Mercosul; (iv) a fixação de um prazo para que a IES possa se opor a alguns integrantes do Comitê de Pares e, caso isso ocorra, substituí-los; (v) a organização de todas as etapas da visita dos Comitês de Pares às Instituições

(aspectos logísticos, reuniões preparatórias, análise de documentos, etc.); e (vi) a emissão de parecer de acreditação com base nas recomendações do Comitê de Pares e a sua notificação à Instituição e à RME.

As Agências mantêm um registro do resultado do processo de acreditação, divulgado pelo Sistema de Informação e Comunicação do Mercosul-SIC. Ou seja, a Agência Nacional de Acreditação analisa a solicitação apresentada pela Instituição de Educação Superior e outorga ou não a acreditação de acordo com o cumprimento dos critérios e parâmetros comuns, o informe autoavaliativo, a opinião do Comitê de Pares e o procedimento da própria Agência.

As Agências Nacionais de Acreditação dispõem de critérios para selecionar as universidades que participarão do MEXA. No Brasil, a experiência de avaliação no ensino superior já desenvolvida permitiu a participação das seguintes instituições: Universidade Federal de São Paulo, Universidade Estadual de Londrina e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Na Argentina, a CONEAU selecionou as universidades que haviam alcançado a acreditação máxima, que foram as universidades de Tucumán, de Cuyo e o *Centro de Educación Médica y Investigaciones Clínicas – Cemic/Buenos Aires*; ou seja, esta seleção se deu pelos resultados da acreditação nacional e de acordo com o estabelecido pelo projeto nacional.

A criação de uma instância de avaliação do funcionamento do Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos é representada pela Reunião de Agências Nacionais de Acreditação, que desenvolve também projetos de monitoramento e cooperação entre estas Agências Nacionais de Acreditação. Em caso de impugnação de um parecer de acreditação, a Reunião de Ministros de Educação convocará uma comissão de especialistas na área. Segundo o Memorando, Título III – item 7: *“La resolución que deniegue la acreditación a una carrera no será a recurrible, sin perjuicio del derecho de la institución interesada a solicitar la nulidad del procedimiento conforme a la legislación nacional.”*

As tarefas de avaliação e de credenciamento das especialidades médicas, na sua modalidade de residência médica, sob a incumbência da CONEAU, tornam-se complexas e difíceis de serem concretizadas. A legitimidade da ação conferida à CONEAU por lei no processo de acreditação de todos os cursos (graduação e pós-graduação), aliada ao caráter obrigatório desse processo, permitem o estabelecimento de regras e de critérios para o funcionamento dos cursos ou de seu fechamento. Porém,

“Las residencias médicas tienen otro circuito, porque las residencias médicas son universitarias en una gran parte, pero otra parte son hospitalarias, entonces cuando son hospitalarias la CONEAU no puede hacer nada, ni se presentan aquí, ni las miran, ni las controlan, no miran la calidad; eso está bajo la administración del Ministerio de Salud y la corporación médica.” (CONEAU)

Para acreditar as especialidades médicas, a relação das forças em jogo está representada pela CONEAU, o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e as corporações médicas. São universos particulares que detêm tipos distintos de capital e que expressam percepções diferenciadas do processo de acreditação. Ao realizar múltiplas reuniões, produzir critérios para acreditação das especialidades médicas e não alcançar resultados, percebe-se que *“los circuitos trabajan cada uno por su lado”* e que há uma ausência de interlocução entre os ministérios de educação e da saúde. São campos caracterizados por lógicas específicas, contudo, são os mesmos agentes que participam dos distintos campos: *“los directores de las carreras de especialización son los mismos directores de la residencia, o sea están en las universidades, tienen que ver con el Ministerio de Salud”*.

Para Bourdieu, as atitudes e as decisões que os agentes tomam têm componentes culturais e históricos e dependem do momento político e econômico. A história do surgimento da residência médica na Argentina, ao redor dos anos 60, está vinculada a uma forte relação hospitais-universidades que encarnam tradições coletivas e ideologias específicas de uma profissão que tem acumulado formas de poder particular. Tanto o Ministério da Saúde como o da Educação enfrentaram resistências pelos hospitais e pelas universidades. Diante do novo contexto proporcionado pelo processo de integração educacional, e mediante regras estabelecidas pelo Mecanismo de Acreditação, novas formas de relações de poder surgem entre os interlocutores que

“son para el control de la universidad y el control del sistema de salud que le resultan ajenas a este sistema y además de ajena, pretenden el control... Las universidades dicen el Estado no tiene nada que ver. La corporación médica dice el Estado no tiene nada que ver. El Estado dice como no vamos a tener que ver.” (CONEAU)

3.4.3 O processo de acreditação e o marco da avaliação

O processo que conduz à acreditação do curso inclui as etapas de autoavaliação da IES, da avaliação externa ou avaliação dos Pares e do parecer de acreditação da Agência Nacional de Acreditação. No desenvolvimento deste processo, o curso orienta-se pelo documento Pautas de Autoavaliação de Cursos de Graduação e pelas disposições estabelecidas pelas Agências.

O fluxograma abaixo descreve, graficamente, cada uma das etapas do processo de acreditação e indica o tempo estabelecido para cada uma delas. A primeira convocatória geral para acreditar os cursos de Medicina, Engenharia e Agronomia ocorreu em 2002, após a aprovação, pelos Ministros de Educação, dos critérios de qualidade e dos procedimentos referidos ao Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos Mercosul. Para o curso de Medicina, a inscrição das IES foi definida para o segundo semestre de 2003.

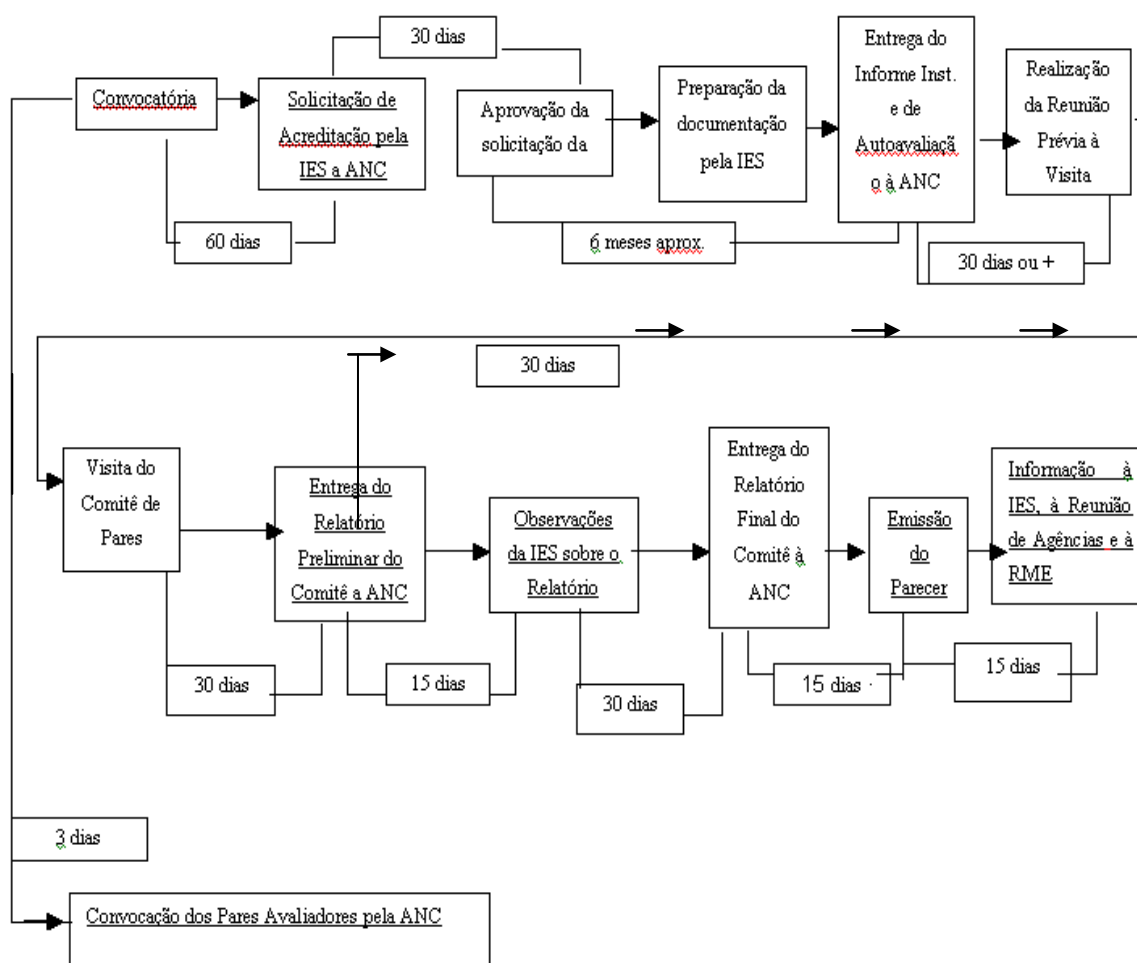
A Agência Nacional de Avaliação da Educação Superior – Conaes, representada pela SESu no Brasil, e a Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria – CONEAU, pela Argentina, convocaram as Instituições de Educação Superior que solicitaram sua participação no MEXA-Medicina e informaram sobre os requisitos que deveriam cumprir para incorporar-se ao processo. Foram convocadas a Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, o Hospital Santa Casa de São Paulo, a Universidade Estadual de Londrina/Paraná, a Universidad Nacional de Tucumán, a Universidad de Cuyo/Mendoza e o Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas – Cemic/Buenos Aires.

A solicitação das instituições às Agências Nacionais de Acreditação é composta de alguns documentos, como a declaração de aceitação dos critérios de avaliação e as normas básicas de acreditação acordadas anteriormente entre os países do Mercosul. Isto é, o compromisso de apresentar um informe de autoavaliação, receber a visita de um Comitê de Pares e aceitar o parecer de acreditação da Agência Nacional de Acreditação.

Uma vez recebida a solicitação de acreditação pela Agência e comprovada que a IES cumpre com os requisitos estabelecidos, um acordo formal é assinado, onde cada parte adota os compromissos essenciais para o desempenho correto e completo do processo de acreditação. No caso da Instituição, esta se compromete a (i) concluir o

procedimento de autoavaliação do curso de Medicina e sujeitá-lo à avaliação externa pelos pares avaliadores, nos termos aprovados pela Agência; (ii) entregar à Agência a informação requerida, incluindo uma descrição dos processos de autorregulação e controle internos de qualidade; e (iii) adotar os resultados da acreditação e implementar as ações sugeridas no informe de acreditação.

FLUXOGRAMA 1
PROCESSO DE ACREDITAÇÃO DO MECANISMO EXPERIMENTAL PARA O
RECONHECIMENTO DE CURSOS DE GRAU UNIVERSITÁRIO - MEXA



Fonte: Mercosur educativo, 2002.

No caso da Agência, os compromissos são de (i) praticar os procedimentos de avaliação com integridade e independência; (ii) respeitar a confidencialidade da informação que tem caráter reservado; (iii) desenvolver as atividades de assistência

técnica necessárias para facilitar a aplicação dos procedimentos de acreditação; (iv) cumprir com as normas básicas para a acreditação experimental acordadas entre os países do Mercosul; e (v) informar à Secretaria pro tempore do Mercosul os resultados do processo. O acordo deverá ainda esclarecer o mecanismo de financiamento do processo de acreditação. Em trinta dias, as IES recebem a resposta de aprovação de sua solicitação da Agência Nacional de Acreditação e têm seis meses para preparar a documentação, composta do informe institucional e do informe de autoavaliação. A Agência recebe a documentação e pede a sua complementação, se houver necessidade, e organiza o processo de avaliação externa do Mercosul, através da visita do Comitê de Pares.

O informe institucional pretende apresentar os antecedentes da IES, nos quais se insere o curso de Medicina, e contempla os seguintes itens: dados institucionais básicos, história institucional, estrutura organizacional acadêmica, atividades acadêmicas, políticas de gestão do corpo docente, biblioteca e recursos dedicados à atividade acadêmica, desenvolvimento e adequação da infraestrutura e avaliações e creditações efetuadas nos últimos três anos (Informe Institucional – Mercosur/RME – Acta N° 1/2002 – Anexo IV).

O processo de autoavaliação exige do curso a identificação do grau em que se ajusta aos parâmetros de qualidade Mercosul para a implementação do Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos – MEXA-Medicina. A fase preparatória do processo inclui algumas ações das IES como a organização de espaços adequados para a comunicação e coordenação do trabalho, a criação de mecanismos apropriados para informar professores e estudantes sobre a autoavaliação do curso de Medicina para a sua acreditação no Mercosul e a aplicação de instrumentos e métodos idôneos para o levantamento de dados relativos à autoavaliação. Estes são analisados pela comunidade acadêmica do curso de Medicina com a finalidade de emitir um parecer sobre o grau de cumprimento dos parâmetros de qualidade – Mercosul. Neste sentido, o parecer sobre a qualidade do curso se baseia na análise de cada Componente das Dimensões de Qualidade feita em conjunto pelos diferentes agentes que compõem a comunidade acadêmica. A acreditação Mercosul *“pretende avaliar os cursos num marco previamente acordado e não uniformizar a formação oferecida por estes cursos”* (Mercosur educativo, 2002, p.15).

O informe da autoavaliação é o resultado de um processo cujos princípios gerais são comparar o desempenho do curso com os critérios de qualidade instituídos pela Comissão Consultiva do Curso de Medicina, analisar as metas e os objetivos do curso, incluir elementos descritivos e analíticos e evidências que comprovam as afirmações feitas, fazer referência aos pontos fortes do curso e às suas debilidades.

Tal informe é organizado em capítulos. No primeiro capítulo, intitulado “Marco de Referência”, são descritos o contexto institucional no qual se insere o curso, o projeto acadêmico que estuda a natureza da formação e os resultados esperados, e a descrição das condições do processo ensino-aprendizagem que examina o perfil dos estudantes e do corpo docente. No segundo capítulo, os responsáveis pelo curso de Medicina acreditado apresentam sua avaliação sobre o grau de cumprimento dos critérios estabelecidos no documento “Dimensões, Componentes, Critérios e Indicadores”, as metas e os propósitos do curso, incluindo os antecedentes que sustentam suas afirmações.

Deve-se referir a cada um dos critérios, identificando os pontos fortes e fracos, bem como as medidas propostas para superar as deficiências. O terceiro capítulo é reservado aos anexos a fim de assegurar que o informe contém a documentação de respaldo necessária. Alguns aspectos são fundamentais na elaboração do informe de autoavaliação; dentre eles há o aspecto técnico usando-se recursos metodológicos válidos e informações confiáveis, o aspecto representativo que expressa o trabalho e a participação da comunidade acadêmica correspondente e o aspecto analítico que vai além da mera descrição das situações detectadas. Segundo o documento Pautas de Autoavaliação, o processo de acreditação de cursos Mercosul se baseia na convicção de que a autoavaliação deve ser uma prática permanente das IES e que a consolidação da cultura de avaliação é um pressuposto básico para a melhoria da qualidade da formação (Mercosul educativo, 2002).

A acreditação se baseia no perfil profissional e nos parâmetros de qualidade definidos para o Mercosul, que também constam no documento “Dimensões, Componentes, Critérios e Indicadores”. Este documento foi construído pela Comissão Consultiva do Curso de Medicina e aprovado pela RME para sua aplicação pelas Agências Nacionais de Acreditação. Além dos parâmetros, são consideradas questões relevantes a missão institucional e os objetivos definidos pelo curso de Medicina.

As “Dimensões” se referem às principais características do curso sobre as quais são feitos pareceres e que em seu conjunto expressam a qualidade deste curso. As “Dimensões” de avaliação são o contexto institucional, o projeto acadêmico, os recursos humanos e a infraestrutura. Os “Componentes” são cada uma das subdivisões ou aspectos em que se divide cada Dimensão, como se vê no quadro a seguir. Os “Critérios” são os atributos ou qualidades dos “Componentes” que permitem avaliá-los e os “Indicadores” são evidências concretas (quantitativas ou qualitativas) que se referem a cada um dos critérios. Para cada um dos indicadores, foram definidos padrões que servem de referência para estabelecer seu nível de cumprimento.

QUADRO 9
PARÂMETROS DE QUALIDADE MERCOSUL - MEXA

| |
|--|
| DIMENSÃO 1. CONTEXTO INSTITUCIONAL |
| Componente 1.1 Características do curso e sua inserção institucional |
| Componente 1.2 Organização, governo, gestão e administração do curso |
| Componente 1.3 Políticas e programas de bem-estar institucional |
| DIMENSÃO 2 . PROJETO ACADÊMICO |
| Componente 2.1 Plano de estudo |
| Componente 2.2 Processo de ensino – aprendizagem |
| Componente 2.3 Pesquisa e desenvolvimento tecnológico |
| Componente 2.4 Extensão e cooperação |
| DIMENSÃO 3 RECURSOS HUMANOS |
| Componente 3.1 Docentes |
| Componente 3.2 Estudantes |
| Componente 3.3 Estudantes graduados |
| Componente 3.4 Pessoal de apoio |
| DIMENSÃO 4 INFRAESTRUTURA |
| Componente 4.1 Infraestrutura física e logística |
| Componente 4.2 Biblioteca |
| Componente 4.3 Laboratórios e instalações especiais |

Fonte: Mercosur educativo, 2002.

Todos os componentes são analisados pelos Comitês de Pares¹⁵⁴ e são formulados juízos avaliativos acerca de cada critério.

“Mas uma das coisas que nós iniciamos foi que, cada eixo, cada dimensão de avaliação, a gente descreve o perfil institucional. Porque é importante a gente localizar a instituição, dentro do espaço dela, que é só dela. O grande engano é esse, é você tentar comparar um padrão USP dentro de uma realidade que foi construída com outras bases e levar para uma Federal de Roraima que foi construída dentro de outras bases e que está em construção, inclusive, porque lá é muito mais novo.” (Par avaliador)

A avaliação do curso, feita pelo Comitê de Pares, fundamenta-se nas características do curso e sua inserção institucional. Neste componente, são definidos os objetivos e as metas, o perfil do profissional que se deseja formar, a estrutura organizacional e o plano de desenvolvimento, dentre outros indicadores. No plano de estudo, um dos componentes do Projeto Acadêmico, são analisados os conteúdos programáticos, as exigências mínimas nas disciplinas básicas do curso e a revisão periódica para a atualização e otimização do conteúdo.

O processo de ensino-aprendizagem apresenta-se como o componente de maior complexidade no processo de avaliação, devido, dentre outros aspectos, às dificuldades de acesso à prática de ensino nas distintas atividades acadêmicas. Portanto, além da documentação que descreve a metodologia e as ferramentas auxiliares de ensino nas diversas atividades do curso, são feitas entrevistas com docentes e estudantes na busca de maior compreensão da qualidade do ensino. Nesta etapa, foram detectadas algumas dificuldades, relatadas pelos entrevistadores, com relação à elaboração de um questionário comum a ser aplicado (estes questionários não foram disponibilizados).

Quanto à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico, são observados o corpo docente, a produção científica e as fontes de financiamento para a pesquisa. A adequação do corpo docente às atividades programáticas e extraprogramáticas são relevantes no componente recursos humanos, examinando-se aspectos tais como a qualificação profissional e a disponibilidade, as linhas de pesquisa e as atividades de

¹⁵⁴ Os Comitês de Pares são formados por especialistas que pertencem à comunidade acadêmica e universitária ou ao campo profissional, designados pela Agência Nacional de Acreditação.

extensão, os tempos de dedicação e as atividades de orientação de estudantes, etc. São estudados ainda os mecanismos que a Instituição utiliza para a seleção de alunos, a coerência entre os critérios de admissão e o projeto acadêmico, o acompanhamento do desempenho após o ingresso e a existência de programas de apoio estabelecidos de forma institucional.

A avaliação de desempenho da formação é estudada pela relação existente entre os ingressos e os graduados no curso, obtendo-se dados relativos à eficiência do processo de ensino (grau de consistência do projeto pedagógico), pelo nível de acompanhamento dos alunos pelos docentes e órgãos colegiados e pelos índices de abandono.

A avaliação da infraestrutura física e logística é feita mediante visita do Comitê às instalações para verificar aspectos tais como o acervo bibliográfico, a relação entre as atividades acadêmicas e as consultas da biblioteca, a garantia do acesso aos laboratórios e instalações especiais.

3.4.4 A avaliação externa – O Comitê de Pares: perfil, constituição e função

A avaliação externa ou a avaliação dos pares representa um fator central no processo de acreditação Mercosul, cuja finalidade é validar o informe de autoavaliação das IES e formular uma proposta para o parecer de acreditação.

Os pares avaliadores são especialistas em Medicina, pertencem à comunidade acadêmica e universitária ou ao campo profissional, possuem pelo menos dez anos de exercício profissional e uma reconhecida trajetória docente, científica e de gestão acadêmica. São designados pelas Agências Nacionais de Acreditação a partir do Registro de Pares Avaliadores Mercosul¹⁵⁵.

O Comitê é formado por três ou mais avaliadores, dos quais um é indicado presidente do Comitê. Pelo menos dois destes avaliadores são de diferentes Estados Partes ou Associados, distintos do país ao qual pertence o curso a ser acreditado. Os pares devem cumprir as normas estabelecidas pela respectiva Agência, participar das oficinas de treinamento e estar disponível em todo o período de visita à IES.

¹⁵⁵ O Registro de Pares Avaliadores contém informações sobre os Pares (especialidade, país de origem, expertise em gestão, etc.) e deve ser disponível em cada uma das Agências Nacionais de Acreditação para sua consulta pelas Instituições de Educação Superior.

Portanto, o trabalho do Comitê de Pares é a avaliação externa do curso mediante visita à IES, de acordo com as normas definidas pela RME, organizada em três etapas: 1- Análise dos informes institucional e de autoavaliação, bem como outros antecedentes apresentados pelo curso; 2- A visita de avaliação externa; 3- A elaboração do informe de avaliação externa, a análise do cumprimento dos critérios de qualidade e a proposta de recomendação à Agência Nacional de Acreditação acerca da decisão a ser tomada.

O Comitê de Pares inicia seu trabalho pela análise dos informes institucional e de autoavaliação e dos antecedentes do curso de Medicina apresentados pelas IES. Esta etapa ¹⁵⁶ exige que os Pares avaliadores estejam familiarizados com as normas instituídas pelo processo de Acreditação Mercosul e com os critérios de qualidade descritos no documento “Dimensões, Componentes, Critérios e Indicadores” que se aplicam ao curso.

Em prazo não superior a trinta dias e logo após ter recebido os informes da IES, cada integrante do Comitê de Pares analisa a documentação recebida e sintetiza suas observações, comentários e perguntas. A etapa coletiva consiste em preparar a visita, fazer sugestões para o roteiro das entrevistas e determinar o tipo de informações adicionais a serem solicitadas às instituições.

A análise da documentação é essencial para preparar a avaliação externa, na qual três pontos são examinados, quais sejam, o perfil de egresso definido para o curso, o cumprimento dos critérios de avaliação Mercosul e as características do processo de autoavaliação do curso. Isso significa que o Comitê de Pares não analisará apenas os conteúdos dos informes apresentados pelas IES, mas também a forma em que se desenvolveu a autoavaliação. Seu trabalho depende do rigor e da participação da comunidade acadêmica do curso avaliado. Portanto, a leitura que os Pares fazem dos informes é orientada por perguntas sobre o grau de clareza dos propósitos e da finalidade do curso, a compreensão de aspectos da cultura institucional e a abrangência das informações para trabalhar todos os critérios de avaliação.

Esta metodologia de trabalho permite identificar os temas críticos a serem investigados, as informações adicionais necessárias e os informantes a serem entrevistados durante a visita. O programa da visita acordado entre a Agência Nacional

¹⁵⁶ Sessenta dias antes de sua visita às IES, cada integrante do Comitê recebe da Agência Nacional de Acreditação os documentos de base do MEXA, o Manual de Pares Avaliadores, os critérios de avaliação Mercosul, o Informe Institucional, o informe de autoavaliação com seus anexos e outros antecedentes.

de Acreditação e o Comitê de Pares, na segunda etapa, inclui critérios como a aplicação de entrevistas com docentes, acadêmicos e estudantes, a dedicação de tempo para a revisão de documentos, visitas a laboratórios ou para complementar informações. O clima de colaboração com a IES é também um critério fundamental para a realização da visita. “Os avaliadores devem assumir desde o começo uma atitude de Pares avaliadores e não de juízes, evitando atitudes de crítica ou comparação” (Mercosur educativo, 2002, p.38).

Durante a visita de três dias, o Comitê de Pares, que representa a Agência Nacional de Acreditação, cumpre com os procedimentos definidos pelo MEXA-Medicina. Apresenta-se ao reitor ou à autoridade superior da IES, inicia uma reunião preparatória de coordenação, em seguida reúne-se com o diretor do curso e com os responsáveis pela autoavaliação e pelo informe institucional. Geralmente, as entrevistas, dirigidas a estudantes e docentes, são aplicadas no primeiro dia. Estas têm que auxiliar na complementação de dados e informações insuficientes para a elaboração do informe final.

As entrevistas dos docentes têm como objetivo analisar temas relativos à pesquisa, ao desenho de programas, à gestão acadêmica e ao esclarecimento de questões colocadas pelos estudantes. As reuniões de trabalho do Comitê acontecem ao longo dos três dias de visita. Um informe preliminar é apresentado de forma oral aos diretores do curso devendo ser consistente com os conteúdos e as conclusões do informe final.

Além do estudo detalhado dos informes institucional e de autoavaliação, nos quais cada integrante expressa sua opinião de forma clara quanto ao grau de cumprimento pelo curso das exigências estabelecidas, o informe final do Comitê de Pares, objeto da terceira etapa, contém igualmente comentários sobre a qualidade do processo de autoavaliação desenvolvido pela IES e inclui recomendações sobre aspectos que a IES deve desenvolver para obter a acreditação ou apenas para melhorar o seu trabalho.

Em seguida, o informe é enviado à Agência Nacional de Acreditação que o remete à IES. Esta faz seus comentários e o envia de volta. Não faz parte do informe final enviado à IES a recomendação formulada pelo Comitê de Pares a respeito da acreditação do curso. O informe final representa a síntese das observações do Comitê de Pares durante a visita à IES, coordenada pelo presidente do Comitê.

As discrepâncias encontradas ao longo da visita são discutidas na tentativa de se chegar a consensos argumentados. Assim que o Comitê recebe os comentários da IES, o presidente redige o informe definitivo explicitando a opinião da maioria. Para a sua aprovação, todos os integrantes do Comitê devem estar de acordo com as suas conclusões. Caso permaneçam discrepâncias, estas são expressas no informe. O integrante do Comitê discordante eleva um informe pessoal à Agência justificando suas razões.

3.4.5 O parecer de acreditação e os efeitos do MEXA

A Agência Nacional de Acreditação analisa o informe definitivo e toma sua decisão sobre o processo de acreditação Mercosul, mediante a emissão de um dos três seguintes pareceres, em um prazo de trinta dias: 1- O curso de Medicina é acreditado por um prazo de cinco anos, pois cumpre satisfatoriamente com os parâmetros e critérios de qualidade, suas metas e seus objetivos; 2- A decisão é postergada um ano, pois o curso não cumpre satisfatoriamente com alguns dos critérios, metas ou objetivos, porém cumpre com a maioria e apresenta em seu informe um plano viável para superar as deficiências. Neste período, a IES deve apresentar evidências de resolução destas deficiências para que a Agência conceda o certificado de acreditação pelo prazo de vigência da acreditação do curso de Medicina. Caso permaneçam as debilidades, será aplicada a terceira disposição; 3- O curso não é acreditado pois não cumpre satisfatoriamente com alguns dos critérios essenciais e não apresenta um plano de melhoramento considerado aceitável.

Se o curso não receber a acreditação, a Instituição de Ensino Superior só poderá reapresentar o mesmo curso para ser acreditado após dois anos. Quando o parecer é favorável, a Agência Nacional de Acreditação comunica à IES por meio de resolução, bem como à Reunião de Agências Nacionais de Acreditação - RANA. Esta comunica oficialmente o resultado à RME, que será divulgada no Sistema de Informação e Comunicação do Mercosul.

Essa etapa encerra o processo de acreditação. No entanto, para assegurar a qualidade deste processo, é recomendável manter o controle e as ações de

melhoramento planejadas, em um ciclo de gestão de qualidade: avaliação, planejamento, implementação de medidas, controle e acompanhamento.

A acreditação deve ser renovada periodicamente. Os Estados Partes e Associados devem reconhecer os títulos de grau universitário dos cursos acreditados em Medicina. Tal reconhecimento não confere, por si mesmo, direito ao exercício profissional. Ademais, este reconhecimento coloca, a quem obteve o título, nas mesmas condições acadêmicas que um titulado nacional.

Portanto, poderia se afirmar, a partir do Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile / MEXA-Medicina, que se tornou sistema permanente em 2006, que os estudantes de graduação em Medicina das instituições que participaram do processo de acreditação têm seu título reconhecido. E qual é o significado deste reconhecimento?

Ao substituir o “reconhecimento de título” por “garantia de qualidade de formação acadêmica”, reconhece-se que o MEXA possibilitou entre as universidades acreditadas dos países do Mercosul uma **qualidade** de formação acadêmica **semelhante**; é o Selo de Qualidade Mercosul. Isso não significa que a formação acadêmica dos médicos seja igual, tendo como princípio o respeito à diversidade cultural e à multiplicidade de programas de residência médica que atendem especificidades locais dos países. Por outro lado, ao criar critérios comuns de qualidade, pela Comissão Consultiva do Curso de Medicina, estabelece-se um padrão e todos os cursos de Medicina têm que atingi-lo. A qualidade diferenciada de formação dos médicos no âmbito dos países e entre eles cria dificuldades na definição do padrão como único instrumento para responder às especificidades de cursos diversos e que se encontram em diferentes situações e locais.

Na metodologia adotada pelo MEXA, a comparação entre a formação acadêmica dos médicos para os objetivos estabelecidos incluiu, além dos critérios comuns de qualidade, outros instrumentos a fim de compreender a inserção sociocultural das instituições formadoras no contexto local, como identificado nas entrevistas a seguir:

“Este mecanismo que é experimental, nós estamos procurando entender dentro daquelas autonomias universitárias (e escolhemos três escolas de ponta) para que a gente possa entender como se faz todo o desenvolvimento da formação do médico. ...Vai nos trazer uma

realidade. Mas quando sairmos daquela realidade, o Brasil, como eu te falei, essas diferenças, nós vamos enfrentar alguns problemas internamente... quando um médico faz a sua graduação numa escola, por exemplo, no Estado de Tocantins ele sai para disputar um lugar para residência médica, que é uma avaliação da formação dele para que ele possa alcançar essa pós-graduação, se faz evidente. Essa é uma questão que se faz evidente. Quando nós escolhemos três escolas que são consideradas escolas padrão, que estão em estados desenvolvidos, que têm um aporte em educação muito grande, é uma coisa.” (CFM)

“Las dificultades... Evaluar instituciones que muestran una alta heterogeneidad de organización, de definición del producto debido a demandas profesionales regionales particulares y con componentes socio-culturales muy diversos.” (Par avaliador)

“Eu sempre coloco que é muito importante a definição do perfil institucional antes de avaliar. Qual é o papel de uma biblioteca hoje dentro do curso de graduação? Biblioteca boa hoje é um bom portal, obviamente não esquecendo que deve ter livros. Eu posso dizer que aquela instituição que optou por um dinamismo é pior que aquela que tem uma biblioteca de 30 andares? E é mais estática? Não posso. São coisas que... é tão bom um quanto a outra, dentro da visão que o curso quer – não pode ser da visão do instrumento.” (Par avaliador)

As opiniões dos entrevistados a respeito dos efeitos do MEXA são qualificadas de maneira geral como favoráveis e indutores de transformações, apesar de debilidades detectadas pelas instâncias de avaliação com relação ao processo e ao instrumento de avaliação. Precisamente, trata-se da coexistência de diferenças entre os critérios regionais e os nacionais de avaliação, como também de diferentes exigências para a dedicação docente.

“La existencia de criterios de calidad Mercosur estimulan la revisión de los currícula de las carreras de medicina.” (Universidade de Cuyo)

“En principio la gente tiene mucha confianza en el sistema, porque es un sistema que ha sido tan cuidado, designa a las personas que tienen mérito, que son reconocidas por los países, mira muy en profundidad las carreras, cuando dice que una carrera es buena, es indiscutiblemente buena, como ha sido un proceso con cuidado, con mucha participación, es un proceso respetado y tiene un valor grande en las distintas comunidades, ahora hay que extenderlo, cuantas carreras vamos a poder mirar con tanto cuidado, cuantas personas van a tener que participar, cuales son los costos de este procedimiento, cuales son las ventajas, si la inversión tiene sentido o no, en que nos va a ayudar, para que nos va a servir.” (CONEAU)

“Los criterios del MEXA están en relación con las características y la salvaguarda del perfil de egreso establecido y del nivel de profesional universitario que éste debe garantizar; los estándares nacionales prescriben sobre contenidos con mayor especificación y los vinculan con la carga horaria de dictado en el diseño curricular.” (Par avaliador)

Apesar de estabelecer mecanismos de acreditação de cursos de Medicina, cujos processo e qualidade foram reconhecidos pela Reunião de Ministros de Educação, o MEXA não alcançou efetivamente o reconhecimento dos títulos – e portanto os estudantes dos cursos de Medicina das universidades acreditadas não poderiam nem registrar seus títulos nos Conselhos profissionais no Brasil e nem apresentar-se ao Ministério da Saúde na Argentina para obter a “*validez legal*” destes títulos “...*el Ministerio no avanzó a decir que si tiene un programa acreditado entonces es valido.*” (CONEAU)

“Legalmente, hoje, o MEXA não representa nada. A senhora simplesmente é uma bacharel naquela área, que é a Medicina, sem o

direito de exercer a profissão no nosso país. Teria que passar por um processo de revalidação de seu diploma. Não vão negar que a senhora é médica, mas legalmente, pela lei brasileira não pode exercer a profissão aqui dentro sob pena de a senhora estar cometendo o exercício ilegal da profissão pelos dois motivos: primeiro porque não consegue registrar e segundo porque não é reconhecido. O que se diz do reconhecimento de diplomas hoje, pela lei brasileira? O processo de diplomas é um processo que é feito autonomicamente pelas universidades públicas. Então elas criam um processo de reconhecimento de títulos.” (Par avaliador - UEL)

Quais seriam portanto os efeitos do MEXA no processo de integração educacional? São duas importantes ações neste processo de acreditação. A primeira é permitir que especialistas de outros países tenham um conhecimento aprofundado da formação nacional, analisando a estrutura dos cursos de Medicina, e a segunda consiste na elaboração acordada de padrões de qualidade Mercosul para a formação universitária.

Ao fazer uma aproximação entre distintos aspectos da formação médica e a construção de metodologia de avaliação com critérios acordados em comum, evidenciam-se sinais de atos integradores que possibilitam chegar a uma maior confiança nas instituições formadoras dos países do Mercosul. Ou seja, hoje, a mobilidade de estudantes de graduação em Medicina e o prosseguimento de estudos no nível de pós-graduação é um dos resultados concretos do MEXA.

A avaliação do MEXA pelos ministros da educação, durante a XXXI RME em novembro de 2006, com base em documento elaborado em reunião conjunta da Comissão Regional Coordenadora da Educação Superior e das Agências Nacionais de Avaliação e Acreditação, concluiu que a experiência desenvolvida pelo Setor Educacional do Mercosul é um elemento para a melhora substancial da qualidade da educação superior e o conseqüente avanço no processo de integração regional. Foi afirmado ainda que um sistema de acreditação da qualidade acadêmica dos cursos de graduação facilitará a movimentação de pessoas entre os países da região e funcionará como suporte para os mecanismos regionais de reconhecimento de títulos ou diplomas universitários.

Foi nesse sentido que o Conselho do Mercado Comum aprovou o texto do projeto¹⁵⁷ “Acordo sobre a criação e a implementação de um sistema de acreditação de cursos de graduação para o reconhecimento regional da qualidade acadêmica dos respectivos diplomas no Mercosul e Estados Associados”, encaminhado pela Reunião de Ministros da Educação, doravante denominado "Sistema Arcu-Sul", como um mecanismo de acreditação definitivo de cursos de grau universitário do Mercosul que será gerenciado pelo Setor Educacional do Mercosul e respeitará as legislações de cada país e a autonomia das instituições universitárias.

Observe-se que a denominação Arcu-Sul reforça o sistema de acreditação dos cursos de graduação relativo ao “reconhecimento da qualidade acadêmica”, postergando, desta forma, o reconhecimento de títulos como inicialmente proposto pelo MEXA.

3.4.6 O Programa Marca de Mobilidade Acadêmica Regional para os Cursos Acreditados na Medicina

O Programa Marca de Mobilidade Acadêmica Regional para os Cursos Acreditados pelo mecanismo de acreditação do Mercosul é o primeiro programa de mobilidade de estudantes de graduação promovido pelos governos a partir do Setor Educacional do Mercosul.

Participam do Marca os cursos acreditados pelo MEXA-Medicina¹⁵⁸ e os futuros cursos que serão acreditados pelo Sistema de Acreditação Regional de Cursos Universitários/Arcu-Sul, dos Estados Partes e Associados, aprovado em 2006. A acreditação permite às universidades participar de forma automática do Programa Marca, garantindo o reconhecimento acadêmico dos cursos e disciplinas entre instituições que compartilham parâmetros de qualidade comuns. Os objetivos do Programa são manter e fortalecer a qualidade de ensino superior nos cursos acreditados pelo MEXA, estimular a cooperação interinstitucional e a promoção do efeito multiplicador das experiências de mobilidade, fomentar o reconhecimento de disciplinas, de estudos e diplomas incentivando as instituições de educação superior a desenvolver políticas de

¹⁵⁷ MERCOSUL/CMC/DEC. N° 17/08

¹⁵⁸ O total dos cursos de graduação que participaram do Mecanismo Experimental de Acreditação nos Estados membros e associados foi de 15 de Medicina, 18 de Agronomia e 35 de Engenharia.

atenção aos estudantes dos países do Mercosul e consolidar, através do intercâmbio estudantil, ações conjuntas entre os países da Região que permitam maior participação dos estudantes em questões sociais e, conseqüentemente, contribuam para o desenvolvimento integral das nações. O financiamento do Programa é dividido entre ministérios e instituições¹⁵⁹, com subsídios da OEI, BID e União Europeia.

Em 2006, foi lançada a primeira convocatória para a mobilidade de estudantes entre os países do Mercosul, apenas para o curso de Agronomia. Em 2007 não houve convocatória para nenhum dos três cursos e, em 2008, na segunda convocatória, participaram os cursos de Engenharia e Medicina acreditados pelo MEXA. Até 2008, foram 198 estudantes de universidades de Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia e Chile que cumpriram o Programa (CONEAU, 2008).

A adesão ao Programa de Mobilidade é voluntária e o Programa se desenvolve através de períodos letivos regulares de um semestre acadêmico. Uma vez que a adesão ao Programa é voluntária, participaram do Programa Marca apenas os cursos de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (Brasil), o Instituto Universitário Cemic e a Universidad Nacional de Tucumán (Argentina). Os quadros 10 e 11 mostram que, em Medicina, houve mobilidade entre todos os países do Mercosul. Porém, não houve mobilidade entre Argentina e Brasil, especificamente.

O Programa Marca de curta duração para docentes de graduação do Mercosul, que se destina a acadêmicos de diferentes instituições e áreas de estudo dos países que integram o Mercosul, inscreve-se no marco do Plano Estratégico 2006-2010 do Setor Educacional do Mercosul, que inclui entre seus objetivos estratégicos a promoção da mobilidade e a cooperação interinstitucional entre as instituições públicas de educação superior dos Estados Partes e Associados.

São estadas de curta duração entre 10 e 15 dias. No segundo semestre de 2006 foi realizada uma fase piloto do Programa da qual participaram universidades da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai, Bolívia, Venezuela e Chile. Em julho de 2008 foi lançada uma segunda convocatória.

¹⁵⁹ A instituição que envia o estudante paga passagens e a que o recebe se encarrega da estada e dos custos dos estudos.

QUADRO 10
RESULTADOS PRELIMINARES: MOVILIZADOS Y PLAZAS DISPONIBLES
MARCA - 2008

| Carrera | Movilizados 2° Semestre/2008 | Movilizados 1° Semestre/2008 |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| AGRONOMÍA | | |
| Argentina | 25 | 45 |
| Bolivia | 11 | 13 |
| Brasil | 20 | 30 |
| Chile | 7 | 20 |
| Paraguay | 2 | 5 |
| Uruguay | 7 | 5 |
| TOTAL | 36/61 | 59/65 |
| INGENIERÍA | | |
| Argentina | 11 | 31 |
| Bolivia | 6 | 12 |
| Brasil | 16 | 27 |
| Paraguay | 1 | 9 |
| Uruguay | 6 | 25 |
| TOTAL | 21/54 | 52/72 |
| MEDICINA | | |
| Argentina | 6 | 12 |
| Bolivia | 7 | 9 |
| Brasil | 2 | 4 |
| Paraguay | 3 | 4 |
| Uruguay | 4 | 10 |
| TOTAL | 11/21 | 19/22 |
| TOTAL MOVILIZADOS | 68/136 | 130/159 |

Fonte: CONEAU – Argentina- 2008.

QUADRO 11

FLUJO DE MOVILIDAD: MEDICINA - 2008

| IES envía IES recibe | Tucumán- Ar | Cemic - Ar | Udelar- Uy | Asunción- Py | Londrina- Br | San Simón- Bolivia | San Andrés- Bolivia | del Valle- Bolivia |
|----------------------------|-------------|------------|------------|--------------|----------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| Univ. Nacional de Tucumán | | | 1 | 1 | | 1 | | 1 |
| Inst. Cemic-Ar | | | | | | | | 2 |
| Univ. de la República | 1 | | | | 1 internado | 1 | | |
| Univ. Nacional de Asunción | 1 | | | | 1 | | | |
| Univ. Estadual de Londrina | | | 1 | 1 | | | | |
| Univ. Mayor de San Simón | 1 | | 1 | | | | | |
| Univ. Mayor de San Andrés | 1 | | | 1 | | | | |
| Univ. Privada del Valle | | 2 | | | | | | |

Fonte: CONEAU – Argentina – 2008.

Os intercâmbios entre universidades argentinas e brasileiras não incluíram docentes na área de Saúde. As áreas de mobilidade são acordadas pelos países, conforme aparece no quadro 12.

QUADRO 12
FLUJO DE MOVILIDAD – OTROS ÁREAS - 2008

| ARGENTINA | BRASIL | PARAGUAY | URUGUAY | VENEZUELA | CHILE |
|-----------|---|--|---|--|--|
| | Ingeniería 3 Ciencias Políticas Ingeniería Ambiental Formación Docente Derecho Agronomía | Letras Filosofía Historia | Letras Química Agronomía Biología | Agronomía Educación Física | Ingeniería |
| | | Ingeniería Civil Educación Ingeniería Mecánica Trabajo Social | Ingeniería Química Atención Primaria de la Salud Ingeniería Informática Arquitectura | Formación Docente Ciencias de la Educación Enfermería Agronomía Ingeniería | Ingeniería 2 Formación Docente |
| | | | | Agronomía Enfermería Ingeniería Medicina | |
| | | | | Artes Educación Física Enfermería Derecho | |
| | | | | | |

Fonte: CONEAU – Argentina - 2008

A questão da harmonização das legislações, conforme estabelecido pelo Tratado de Assunção, traduziu-se no âmbito do SEM em uma política de compatibilização e pactuação da formação dos médicos no Mercosul a partir da construção de critérios de avaliação da qualidade acordados em conjunto. O resultado desta política é o

reconhecimento mútuo que a qualidade da formação nos países é semelhante, ainda que não igual, porém o título de graduação não é reconhecido.

4. AS POLÍTICAS DA SAÚDE NO MERCOSUL

4.1 As bases conceituais das políticas das instâncias de saúde no Mercosul: As Reuniões de Ministros de Saúde e de Coordenadores Nacionais do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”

As discussões sobre as políticas de educação em saúde no Mercosul envolvem distintos campos e agentes. As políticas para a Medicina relacionam-se diretamente com o campo da saúde e com o campo da educação. Estes campos estão inseridos no espaço de integração social estruturado segundo lógicas genéricas e específicas e que permitem buscar princípios explicativos para compreender *o microcosmo social* composto pela Medicina e pelos médicos no Mercosul. São os ministérios da saúde e da educação dos países membros por intermédio de suas instâncias no Mercosul que decidem sobre as políticas a serem implementadas. Grupos de trabalho e vários profissionais oriundos de áreas e instituições distintas formam os espaços de discussão, de concepção e de formulação destas políticas.

Organismos internacionais¹⁶⁰, tais como a OPAS, UNESCO/Orealc, OIT/Cinterfor, OEA e OEI, ministérios das relações exteriores, ministérios do trabalho e emprego, da fazenda/economia, do meio ambiente e agricultura são outros campos que interferem direta e indiretamente no processo de discussão e viabilização do processo de integração no Mercosul, seja através das políticas de fomento, apoio técnico-científico, consultoria de especialistas na área dos direitos dos trabalhadores, seja pelas interfaces existentes entre a saúde, a educação e os demais campos.

No presente capítulo, o campo da saúde é estudado a partir da instância decisória que é a Reunião de Ministros da Saúde - RMS, auxiliada pelas reuniões de Coordenadores Nacionais de Saúde do Mercosul/RMS-CC do Subgrupo de Trabalho N° 11 “Saúde”/SGT N° 11 “Saúde”, a Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício

¹⁶⁰ Organização Pan-Americana de Saúde, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Oficina Regional de Educação para a América Latina e o Caribe, Organização Internacional do Trabalho/Centro Interamericano de Investigação e Documentação sobre a Formação Profissional, Organização dos Estados Americanos e Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Profissional e o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde¹⁶¹. Todas as instâncias existem nos Estados Partes à exceção da última.

A fim de compreender as políticas de saúde na área da Medicina e de que modo se relaciona o habitus dos médicos com o campo no qual se inserem os agentes que participam do processo de integração, foram analisadas as atas destas reuniões e as entrevistas realizadas com membros das instâncias acima mencionadas. A ordem da análise das atas tem a ver com o modo de funcionamento dos diversos grupos que compõem a estrutura institucional do Mercosul saúde, iniciando-se pelas atas dos Coordenadores Nacionais de Saúde do Mercosul/RMS-CC.

As estruturas que compõem o Mercosul saúde – a Reunião de Ministros da Saúde/RMS, os Coordenadores Nacionais de Saúde/RMS-CC, o Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”/SGT nº 11 “Saúde” – representam a estrutura objetiva onde os agentes ocupam posições diferenciadas para pensar as políticas de harmonização da legislação em saúde entre os Estados Partes, buscar o consenso entre as autoridades sanitárias, compatibilizar interesses públicos e privados nas questões de serviços e bens em saúde e articular as políticas de gestão da formação de recursos humanos e do exercício profissional em saúde no Mercosul.

Nos documentos consultados, atas, “Recomendações” e “Acordos” no período de 1996 a 2006, foram identificados os temas priorizados, explicitadas as questões de consenso e as que causaram divergências ou conflito. Foram analisados ainda os significados atribuídos a termos como harmonização, compatibilização, homogeneização ou outros termos usados durante as negociações e a formulação das propostas dos diferentes grupos de trabalho, na tentativa de buscar o entendimento dado às políticas e às ações conjuntas entre os países do Mercosul, em particular no tocante à Medicina.

A intenção é verificar em que medida o uso destes termos permite identificar ideias, atos e práticas que vão na direção de um habitus diferenciador e/ou de um habitus integrador na educação em saúde no Mercosul.

¹⁶¹O Fórum Permanente Mercosul foi criado em 13 de abril de 2004 e institucionalizado através da Portaria nº 1156/GM, em 7 de julho de 2005, pelo Ministério da Saúde do Brasil, com a finalidade de auxiliar a coordenação da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional nas reuniões ordinárias do SGT Nº 11 “Saúde”. A organização e a execução das reuniões do Fórum foram efetuadas pela autora quando trabalhou no MS. Participou ainda de algumas reuniões da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional entre 2004 e 2007.

A análise das atas relaciona-se ao entendimento do funcionamento das RMS no Mercosul. Primeiro, foram criadas as Reuniões de Ministros do Mercosul pela Decisão 05/1991 do Conselho do Mercado Comum, que decidiu “*instituir Reuniões de Ministros ou de funcionários de hierarquia equivalente, das quais participarão apenas os representantes dos Estados Partes, para o tratamento das matérias relacionadas ao Tratado de Assunção - TAs, nas áreas de suas respectivas competências*” (CMC – art. 1º).

Essas atas que contêm as conclusões das Reuniões de Ministros são remetidas ao Grupo Mercado Comum e todos os acordos concluídos no âmbito destas Reuniões, fundados no Tratado de Assunção, são submetidos à análise e aprovação do Conselho do Mercado Comum. Estas Reuniões são compostas pelas autoridades ministeriais da área de competência estatal em questão.

As decisões são tomadas por consenso com a presença de todos os Estados Partes (Protocolo de Ouro Preto, art. 37). A ausência ou a abstenção de um Estado nas reuniões deliberativas¹⁶² impede qualquer tomada de decisão; algumas hipóteses sugerem uma vontade deliberada de um Estado bloquear, com sua ausência, o processo decisório em certa matéria, como também existe a hipótese de que por razões de dificuldades políticas e conjunturais, o Estado ausente considere que a lentidão da integração lhe é, de modo geral, favorável (Ventura, 2003, p.144).

Em 1995, o Conselho do Mercado Comum criou, pela Decisão Nº 3/95, a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul. É uma instância política, presidida em âmbito nacional pelo Ministro da Saúde, cuja função é propor ao CMC “*medidas orientadas à coordenação de políticas na área da saúde para o Mercosul*” (art.1º). A estrutura atual da RMS¹⁶³ agrega várias Comissões Intergovernamentais, Comitês e Grupos *Ad Hoc*, para discutir diversos temas na área da saúde. Até 2006, foram realizadas e pesquisadas as respectivas atas de 21 RMS, 21 reuniões preparatórias dos Coordenadores Nacionais, 27 Reuniões Ordinárias do Subgrupo de Trabalho Nº 11”Saúde” (excluindo as reuniões e atividades técnicas paralelas realizadas para subsidiar os temas priorizados pela Comissão), 22 atas da Subcomissão de

¹⁶² Quando algum Estado Parte se ausentar da RMS é obrigatória a seguinte menção na Ata: “La presente Acta y sus Anexos quedan Ad Referendum de .. .y .. según la Dec. CMC Nº 4/93 y la Res. GMC Nº 26/01.”

¹⁶³ Ver em www.mercosur.int.

Desenvolvimento e Exercício Profissional disponíveis na internet pelo site www.mercosulsaude.org a partir de 1998, e treze reuniões do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

A Coordenação Nacional¹⁶⁴ é um fórum técnico com caráter deliberativo para todos os temas relativos à área da saúde, espaço de formulação de propostas ou “Recomendações” elevadas à consideração da RMS. Na falta de consenso entre os representantes, os coordenadores nacionais elevam à consideração da RMS todas as sugestões que foram apresentadas. Ao serem aprovadas, as “Recomendações” convertem-se em “Acordos”, que por sua vez são elevadas pelo Grupo Mercado Comum ao Conselho do Mercado Comum para se tornarem “Decisões”, quando se considere necessário. Na RMS, os ministros podem ainda incluir modificações às “Recomendações” antes de aprová-las.

Em 7 de novembro de 1995, realizou-se a primeira RMS¹⁶⁵, na cidade de Montevideu - Uruguai, em exercício da presidência *pro tempore*, na qual foram designados os coordenadores nacionais dos quatro Estados Partes¹⁶⁶.

A segunda RMS, realizada em abril de 1996, foi precedida pelas reuniões da Coordenação Nacional nas quais foram elaboradas quatro propostas de “Recomendações”¹⁶⁷ sobre o projeto de regulamento interno da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul; as áreas prioritárias e estratégias operativas, as orientações políticas e programáticas compartilhadas pelos Ministros da Saúde (marco conceitual) e a criação de um subgrupo de trabalho em saúde.

A análise das “Recomendações”, documentos de consenso que os representantes dos governos dos Estados Partes constroem a partir dos princípios e diretrizes de saúde pública que os Ministros da Saúde definem, permite a compreensão das ideias discutidas nos grupos de trabalho, materializadas em ações de saúde no Mercosul, e reflete as posições dos agentes na estrutura objetiva nas quais eles se inserem.

¹⁶⁴ Cada Estado Parte e Associado possui seu Comitê Coordenador composto por um representante do Ministro de Estado da Saúde que além de conduzir os trâmites diplomáticos para harmonizar os trabalhos e propostas de acordos definidos pelas Comissões Intergovernamentais, reúnem-se as vésperas da RMS.

¹⁶⁵ As Reuniões de Ministros da Saúde se iniciaram com os quatro Estados Partes: Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Reunião de Ministros - Atas - Mercosul/RMS/Ata Nº 02/00. Começaram a participar como Estados Associados a Bolívia e o Chile a partir do segundo semestre de 2000.

¹⁶⁶ No ano 2000, as reuniões preparatórias dos Coordenadores Nacionais RMS-CC passam a ter a seguinte referência RMS-CN.

¹⁶⁷ Mercosul/RMS-CC/Rec. Nº 1/96, Nº 2/96, Nº 3/96 e Nº 4/96.

Os países signatários do Tratado de Assunção reconhecem a existência de diferenças substantivas entre seus sistemas de saúde, a necessidade de desenvolver estratégias de integração para implementar o Mercosul e “transformar em realidade” a premissa do TAs de que o Mercosul deve buscar melhorar as condições de vida de seus habitantes.

Os primeiros avanços neste sentido aparecem na criação das Reuniões de Ministros de Saúde, na designação dos representantes da Coordenação Nacional e na aprovação de seu regulamento interno que dispõe sobre sua composição, suas atribuições e responsabilidades e sua metodologia de trabalho. Uma das atribuições e responsabilidades da RMS é a definição dos princípios e das políticas de proteção da saúde pública como marco normativo básico que visa à *“harmonização das legislações de saúde no âmbito do Mercosul”* (art. 6º, Mercosul/RMS/Acordo N° 1/96). A relação existente entre o Mercado Comum do Sul, como bloco econômico, e a RMS, representando o campo da saúde, aparece a partir da incorporação às suas atribuições e responsabilidades do art. 1º do TAs que determina que *“O compromisso dos Estados Partes de harmonizar suas legislações, nas áreas pertinentes, para lograr o fortalecimento do processo de integração”*, associando harmonização à integração através da legislação.

Inicia-se a partir do Acordo N° 1/96 uma concepção de trabalho na qual a formulação das propostas de Recomendações e dos Acordos, para a definição, elaboração e implementação das ações ou programas na área da saúde, adotaria o marco da *“harmonização das legislações de saúde”* no Mercosul. Esta é uma das questões centrais na análise destas atas, uma vez que permite compreender como diferentes sistemas de saúde constroem seu entendimento, traduzem-no em políticas de saúde em geral e em políticas de gestão da educação em saúde de maneira particular. Quais são os significados dados ao termo *“harmonização”*? De que maneira o Subgrupo de Trabalho N° 11 *“Saúde”*/SGT N° 11 *“Saúde”* o emprega em suas propostas para a grande área da saúde, na Medicina?

No marco das orientações políticas e programáticas e dentre as áreas prioritárias e estratégias operativas das primeiras RMS e das reuniões dos Coordenadores Nacionais aparece, em primeiro lugar, a preocupação em garantir o melhoramento da saúde da

população e o seu acesso aos serviços de saúde, em um contexto de crescimento dos intercâmbios comerciais entre os Estados Partes do Mercosul¹⁶⁸.

Esta preocupação se traduziu pela priorização de ações nas áreas de controle sanitário de alimentos, medicamentos e outros produtos; programas integrados de saúde; saúde nas fronteiras; capacitação e treinamento de recursos humanos; desenvolvimento de serviços de saúde e tecnologia médica, mediante a implementação de políticas que assegurem parâmetros de qualidade dos produtos e serviços recorrendo-se à harmonização das legislações. A compatibilização dos sistemas de controle sanitário constitui ainda um marco conceitual e é considerada “*um dos pontos fundamentais*” no processo de integração em saúde, uma vez que “*assegure o reconhecimento mútuo*” dos sistemas de controle sanitário entre os países do Mercosul (Mercosul/RMS-CC/Rec N° 3/96).

Enquanto a “*harmonização*” foi contemplada como instrumento que assegura a qualidade dos produtos e serviços em saúde, o termo “*compatibilização*”¹⁶⁹ foi relacionado com integração. Cabe chamar a atenção sobre os significados dados ao termo “*harmonização*” nas Comissões que compõem o Subgrupo de Trabalho N° 11 e que envolvem legislações de áreas que se distinguem entre si pelo seu caráter regulamentador e seu impacto econômico e comercial, a exemplo dos produtos e dos serviços que pertencem a Comissões diferentes¹⁷⁰.

A Comissão de Produtos para a Saúde¹⁷¹ pertenceu, até 1996, ao Subgrupo de Trabalho N° 3 “Regulamentos Técnicos e Avaliação da Conformidade”, sob a coordenação do Inmetro¹⁷², cuja tarefa era harmonizar os diferentes requisitos técnicos de produtos, métodos e processos de produção a fim de eliminar as barreiras técnicas ao comércio em setores prioritários. Quanto à Comissão de Prestação de Serviços de

¹⁶⁸ Segundo Ferrer, citado por Saludjian (2004, p.68), a expansão das trocas comerciais bilaterais entre o Brasil e a Argentina, em 1985, explica-se por fatores externos favoráveis, que foram afetados posteriormente pelas flutuações da economia mundial. Contudo, entre 1991 e 1994, houve um aumento significativo do comércio entre os países do Mercosul, apesar da instauração dos planos de estabilização monetária (Plano de Conversibilidade e Plano Real), respectivamente em 1991 e em 1994.

¹⁶⁹ Segundo o Dicionário Houaiss, 1ª ed., compatibilizar é “tornar compatível com; capaz de funcionar conjuntamente; conciliar; harmonizar”.

¹⁷⁰ A Comissão de Produtos para a Saúde e a Comissão de Prestação de Serviços em Saúde. Esta última passou a ser denominada Comissão de Serviços de Atenção à Saúde.

¹⁷¹ A Comissão de Produtos para a Saúde agrega os produtos farmacêuticos, os produtos médicos, cosméticos, sangue e hemoderivados, dentre outros, sob a coordenação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

¹⁷² Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial/MDIC- Brasil.

Saúde, são de sua responsabilidade as áreas de avaliação e uso de tecnologia em saúde, serviços de atenção à saúde, formação, capacitação e exercício profissional.

No SGT N° 11 “Saúde” a questão da formação de recursos humanos em saúde no Mercosul teve duas propostas iniciais. A primeira objetivava a capacitação de profissionais em seus países a fim de “liderar e executar” as ações acordadas no âmbito do Mercosul, enquanto que a segunda visava à criação de programas de cooperação horizontal entre os países com a finalidade de intercambiar experiências, conhecimentos e tecnologias. Outra iniciativa, do Núcleo de Articulação ou NA I - Sistemas de Informação e Comunicação em Saúde para o Mercosul¹⁷³, coordenada pelo Brasil, era voltada para a comunicação popular e para a educação profissional. Observa-se que a formação de profissionais de saúde caminha na direção de unificar pensamentos e linguagens pertencentes a dois sistemas e estruturas de saúde distintos e de criar de programas de cooperação entre os países.

A adoção do marco conceitual de harmonização explica igualmente a proposta dos coordenadores nacionais de metodologia de trabalho que incluiu a definição de uma linguagem comum, a adequação dos sistemas de informação, uma atividade contínua e de consenso de harmonização de critérios, normas e legislações que visam à obtenção de melhores resultados comuns para garantir e melhorar a qualidade da atenção médica nos países do Mercosul. Uma das medidas mais significativas da metodologia recomendada pela Coordenação Nacional é a proposta de formação de profissionais que compartilham “*uma visão e um vocabulário comuns*” (Mercosul/RMS-CC/Rec N° 5/96), a partir de encontros técnicos periódicos e o estabelecimento de facilidades nos meios de comunicação. Isso poderia ser traduzido como uma tentativa de integrar o *habitus* de profissionais por meio de intercâmbio entre os campos da saúde, cuja metodologia de trabalho permitiria compartilhar formas de conduta e de julgamento a serem incorporados pelos agentes.

¹⁷³ Em 2005, o NA I se tornou Comissão Intergovernamental – sistema de informação e comunicação em saúde – e instalou dois sítios na Internet: www.mercosulsaude.org e www.mercosursalud.org, hospedados em servidores do Ministério da Saúde, em Brasília. Construiu o Fórum Virtual de Articulação e reuniões por videoconferências, em 2006. O sistema de rodízio de coordenação do NA I entre os Estados Partes nunca aconteceu, permanecendo com o Brasil desde a sua criação em 1998, através da renovação por consenso de seu mandato.

Até a décima RMS, em junho de 2000, os avanços nas áreas¹⁷⁴ discutidas eram concentradas em questões atinentes à Comissão de Produtos para a Saúde, notadamente as de controle sanitário de alimentos e medicamentos. Nas demais áreas priorizadas, foi sugerida a criação de uma estrutura institucional no âmbito do Mercosul mais ampla e mais especializada, a fim de discutir temas específicos de cada área e auxiliar na formulação de políticas e ações a serem implementadas. Observa-se que os pontos de partida para a ampliação da estrutura institucional são, entre outros, o compromisso de harmonizar as legislações dos Estados Partes e a oferta de maior e melhor qualidade de serviços à população do Mercosul com o objetivo de consolidar o processo de integração regional.

É neste contexto que foi aprovada a criação do subgrupo de trabalho em saúde apresentada pela Coordenação Nacional e submetida ao Grupo Mercado Comum¹⁷⁵ pelos Ministros de Saúde, em 1996. No entanto, a aprovação do Subgrupo de Trabalho Nº 11/SGT Nº 11 ocorreu somente em 1998 pela Res. GMC 4/98. Ou seja, até a sua efetiva implementação, que aconteceu de maneira progressiva e permeada de conflitos, os temas relacionados a diferentes aspectos da saúde eram desenvolvidos por múltiplos e distintos grupos.

Enquanto a Comissão de Produtos para a Saúde era vinculada ao Subgrupo de Trabalho Nº 3, as duas outras Comissões trabalhavam de forma separada com suas respectivas subcomissões e/ou grupos de trabalho *ad hoc*. Desenvolviam seus temas com a participação dos Coordenadores Nacionais de saúde, os coordenadores de Comissão e de Subcomissões e/ou Grupos *Ad Hoc* que as integravam. Definiam os temas prioritários e fixavam o cronograma de atividades futuras, a partir de conclusões e recomendações de reuniões técnicas, informes de seminários e oficinas de trabalho. Porém, o grupo que discutia o tema de produtos para a saúde no âmbito do SGT Nº 3¹⁷⁶ reconheceu que as negociações se limitavam a definir especificações técnicas que devem cumprir os produtores e produtos comercializados e que estes resultados precisavam de uma abordagem mais ampla com enfoque sanitário em questões como a

¹⁷⁴ “Áreas prioritárias e estratégias operativas compartilhadas pelos Ministros da Saúde do Mercosul”, Acordo RMS Nº 3/96.

¹⁷⁵ O GMC, através da Resolução Nº 151/96, criou o Subgrupo de Trabalho “Saúde” / SGT Nº 11 “Saúde”.

¹⁷⁶ O SGT Nº 3 define harmonização como a eliminação das divergências entre os ordenamentos - jurídicos e administrativos - dos países, preservando a autonomia de suas legislações (Adriano Braga de Melo e Goulart, F. 2003 in Revista da Esmape – Recife – V.5, n.12 - pág.246 – jul./dez. 2000).

seleção e a aquisição de tecnologias, aplicação e condições de uso, vigilância, avaliação e sistemas de informação (Mercosul/RMS-CC/Rec N° 5/96).

A criação do SGT N° 11 “Saúde” como instância própria do setor saúde, complementar ao foro de Ministro, buscou centralizar o desenvolvimento “*fragmentado e secundário*” dos temas da saúde, em um contexto de criação do bloco econômico que corresponde à etapa da União Aduaneira em 1994/1998 e uma Tarifa Externa Comum (TEC) inconclusa. Os Coordenadores Nacionais em cada Estado Parte do Mercosul organizam as atividades do SGT N° 11 “Saúde”, definem as prioridades e a metodologia de trabalho. Eles acompanham e avaliam os resultados das negociações das áreas de trabalho organizadas sob a forma de Comissões¹⁷⁷, coordenadas por um especialista da área e integradas por unidades de trabalho em cada Estado Parte, que são as subcomissões e grupos *ad hoc*. Dentre outras tarefas, os Coordenadores Nacionais mantêm a interlocução com o GMC, estabelecem articulação com os demais Subgrupos de Trabalho, as Reuniões Especializadas, os Comitês Técnicos da Comissão de Comércio e a Secretaria do Mercosul - SM¹⁷⁸ e uma contínua integração com os demais órgãos setoriais, no âmbito interno de cada País e no Mercosul.

O SGT N° 11 “Saúde” definiu inicialmente sua tarefa geral como “*harmonizar os parâmetros de qualidade dos bens, serviços e fatores produtivos na área da saúde e os mecanismos de controle sanitário dos Estados Partes para o fim de eliminar os obstáculos técnicos ao comércio e lograr o fortalecimento do processo de integração regional*” (Mercosul/GMC/Res. N° 4/98).

A partir desta definição, duas observações se fazem necessárias. A primeira tem a ver com o entendimento do termo harmonização, explicitado pela Comissão de Coordenadores Nacionais, que diz: “*O processo de harmonização das legislações no Mercosul compreende duas etapas: a primeira delas contempla discussões acerca do tema, que culminam na harmonização propriamente dita, e a segunda constitui a necessária internalização do que foi acordado, para que as determinações possam ter*

¹⁷⁷ Comissão de Serviços de Atenção à Saúde (Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional; Subcomissão de Avaliação e Uso de Tecnologia em Saúde; Subcomissão de Atenção à Saúde); Comissão de Produtos para a Saúde (Área Farmacêutica, 6 Grupos Ad Hoc); Comissão de Vigilância em Saúde (Subcomissão de Vigilância Epidemiológica; Subcomissão de Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira), 2006.

¹⁷⁸ Secretaria do Mercosul – SM, cuja sede permanente fica em Montevidéu – Uruguai.

vigência em cada um dos Estados Partes” (Mercosul/RMS/Acordo N° 2/96, Argumento IV).

Uma análise atenta deste entendimento permite constatar que o termo harmonização não foi definido, mas foi descrito. A primeira etapa é a harmonização das legislações em si e a segunda etapa é a internalização¹⁷⁹ das legislações para sua vigência e funcionamento nos países. Portanto, a harmonização das legislações se realiza entre as instâncias de saúde no Mercosul e a internalização das legislações pelos Estados Partes é um procedimento interno de cada país, um trabalho individual para aplicar as normas que foram elaboradas coletivamente. São duas dinâmicas que vão na direção de um habitus integrador, mobilizam as disposições dos agentes diante de uma nova estrutura social e oscilam entre o consenso e o surgimento de conflitos. A incorporação e a entrada em vigor das normas do Mercosul¹⁸⁰ é um compromisso dos Estados Partes para que se assegure a aplicação das Decisões, Resoluções e Diretivas em seus respectivos territórios, de forma simultânea.

O art. 42 do Protocolo de Ouro Preto estabelece que *“as normas emanadas dos órgãos do Mercosul previstos no artigo 2º deste Protocolo¹⁸¹ terão caráter obrigatório e deverão, quando necessário, ser incorporadas aos ordenamentos jurídicos nacionais mediante os procedimentos previstos pela legislação de cada país”*. Alguns autores chamam a atenção para a natureza coercitiva dos artigos que estabelecem a tipologia dos atos normativos do Mercosul. No entanto, o caráter obrigatório para a transposição destas regras se vê limitado pelas condições nas quais se opera essa transposição e que engendram problemas de coerência sistêmica (Ventura, 2003, p.139).

As condições têm a ver com os procedimentos mobilizados em cada Estado Parte para a incorporação do direito derivado do Mercosul às ordens jurídicas nacionais *“mediante os procedimentos previstos pela legislação de cada país”* e que, segundo Ventura, nenhuma disposição nacional prevê um procedimento específico de incorporação das normas do Mercosul. Recorre-se então à ordem jurídica internacional,

179 O processo de internalização tem como consequência a incorporação das normas do Mercosul ao ordenamento jurídico nacional.

180 Cap. IV do Protocolo de Ouro Preto: “Aplicação Interna das Normas Emanadas dos Órgãos do Mercosul”.

¹⁸¹ O Conselho, o Grupo e a Comissão, ou seja, os órgãos dotados de poder decisório.

reconhecendo desta forma a existência de duas ordens jurídicas paralelas, conhecidas como *dualismo*.¹⁸²

Por outro lado, veremos que quando o conteúdo das normas se refere ao funcionamento interno do bloco ou quando o Estado Parte considerar individualmente que esse conteúdo já está contemplado na sua ordem interna, estas normas não necessitam ser incorporadas às ordens nacionais¹⁸³. Surgem situações de conflito entre uma norma comunitária e uma regra nacional e para as quais os tratados constitutivos do Mercosul não estabelecem a primazia do direito da integração¹⁸⁴ e “não trazem nenhuma indicação quanto à existência de eventual hierarquia entre as regras comunitárias e os direitos nacionais” (Ventura, 2003, p.133). Na proposta de metodologia de trabalho para o SGT N° 11, em 2002, consta que “*A incorporação ao ordenamento jurídico nacional é realizada conforme a institucionalidade de cada Estado Parte e de acordo com a singularidade dos instrumentos jurídicos nacionais utilizados*” (Mercosul/XLVIII GMC/DT N° 16/02).

Isso significa que, em caso de conflito de normas, as jurisdições nacionais procuram soluções sem dispor de princípios aplicáveis uniformemente nos territórios dos Estados Partes. Em que pese esta internalização para o aprofundamento do processo de integração, quais são as estratégias que os agentes desenvolvem neste processo de harmonização para conservar ou modificar a estrutura social, uma vez que o sistema deixa a aplicação do direito da integração em função das ordens internas?

A segunda observação concernente à definição da tarefa geral do SGT N° 11 tem a ver com suas características e sua finalidade que se assemelham às desenvolvidas pela

¹⁸² “Expressão que se refere à antiga querela entre os internacionalistas, quanto à natureza das relações entre o direito internacional e o direito interno, dita monista ou dualista: “ou bem se está na presença de duas ordens separadas, rigorosamente fechadas sobre si mesmas e entre as quais nenhuma relação é concebível – no plano do direito: é a tese do dualismo. Ou bem nos encontramos diante de uma ordem jurídica única, que engloba todas as outras. É o que sustenta o monismo” (Ventura, D. 2003, p.142 in José Gabriel ASSIS DE ALMEIDA, “O Mercosul e a constituição da República”, Revista de Derecho del Mercosur, n.3, junho de 2001, p.57).

¹⁸³ Art. 17 – Esta Decisão não necessita ser incorporada ao ordenamento jurídico dos Estados Partes, por regulamentar aspectos de organização ou funcionamento do Mercosul (Mercosul/CMC/Dec. N° 59/00).

¹⁸⁴ Nos tratados constitutivos das Comunidades Europeias, “a primazia não é uma obrigação que o constituinte ou o legislador devem cumprir... é uma regra incondicional ...é absoluta no sentido que se aplica a qualquer norma interna independentemente de sua posição, ainda que seja uma norma constitucional” (Ventura, D. in Jean-Victor Louis, L’ordre juridique communautaire, 6.ed., Bruxelas, Comissão Europeia, 1993, p.165).

Comissão de Produtos para a Saúde¹⁸⁵. Um dos argumentos elaborados pela Coordenação Nacional na criação do SGT N° 11 aponta para uma concepção que vincula a saúde pública ao padrão de qualidade e à segurança dos bens e serviços oferecidos ao consumidor. *“Tal instância, definida como Subgrupo de Trabalho “Saúde”, deve ter por base os princípios e diretrizes de proteção à saúde pública, em uma visão sistêmica da relação produto/serviço/consumidor”* (Mercosul/RMS-CC/Rec N° 6/96).

Neste sentido, o conceito de harmonização adotado pelo SGT N° 11 abrange igualmente a dimensão econômica em uma relação de interdependência com a dimensão social, que ao buscar a eliminação dos obstáculos técnicos ao comércio entre os países, pretende criar condições para integrar sociedades e sistemas distintos. Até que ponto há entendimento diferenciado no processo de harmonização das duas dimensões, econômica e social, em saúde? Os temas das especialidades médicas e da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul serão examinados adiante, a fim de se perceber a complexidade deste entendimento.

4.2 Educação em saúde: discutindo as especialidades médicas

No Mercosul, o tema da educação em saúde, na Medicina, será examinado a partir das pautas do SGT N° 11 “Saúde”, da agenda da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e das reuniões do Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde.

Os Subgrupos de Trabalho e as Reuniões Especializadas¹⁸⁶, vinculados ao GMC, são instruídos por esta instância a elaborar a pauta negociadora referente às ações prioritárias levando em conta elementos como a evolução do processo de integração, o prazo para a execução e os meios necessários para a conclusão da agenda. O GMC

¹⁸⁵ Ao integrar o SGT n° 11, decidiu-se adotar a mesma estrutura e as mesmas pautas negociadoras já aprovadas por Resolução GMC N° 38/95 e suas ulteriores modificações pela Comissão de Produtos para a Saúde do Subgrupo de Trabalho N° 3 “Regulamentos Técnicos”.

¹⁸⁶ Atualmente, são 15 Subgrupos de Trabalho e 14 Reuniões Especializadas. Em 2004, os Coordenadores Nacionais decidiram alterar os nomes da Comissão de Prestação dos Serviços de Saúde e suas Subcomissões e da Comissão de Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira, conforme consta no P. Res. N° 07/04.

aprova a pauta negociadora e as áreas de trabalho cuja regulamentação e controle são da competência dos Ministérios da Saúde dos quatro Estados Partes.

Até 2006, foram elaboradas três pautas negociadoras do SGT N° 11 “Saúde”, em 1998, 2001 e 2005. Compõem as pautas a definição da tarefa geral do Subgrupo de Trabalho, das pautas de ação, da tarefa dos coordenadores nacionais e das áreas de trabalho/comissões, subcomissões e grupos *ad hoc*. As pautas negociadoras são avaliadas e acompanhadas através de Programas de Trabalho Anuais observando os prazos e o grau de avanço dos temas discutidos.

Uma comparação entre as duas primeiras pautas negociadoras¹⁸⁷, as de 1998 e de 2001, no que se refere à tarefa geral, às pautas de ação e à agenda da Subcomissão de Exercício Profissional, mostra que (i) tanto no conteúdo como nos propósitos da tarefa geral há ausência de modificações substantivas; (ii) em ambas, as pautas de ação propõem orientações gerais para as três áreas de trabalho centradas na harmonização das legislações na área da saúde, na compatibilização dos sistemas de controle sanitário, na sistematização e difusão da informação em saúde, na integração com as demais instâncias do Mercosul e na elaboração de respostas comuns no âmbito do Mercosul, frente ao cenário regional na área da saúde; e (iii) as áreas de trabalho permanecem as mesmas, desenvolvidas em comissões de trabalho com o mesmo nome, quais sejam, Produtos para a Saúde, Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais, Pontos Fronteiriços e Prestação de Serviços de Saúde.

É na agenda da Comissão de Prestação de Serviços de Saúde/Subcomissão de Exercício Profissional que se desenvolvem temas sobre exercício profissional e formação em saúde no Mercosul, discussão fundamental quando se preconiza a livre circulação de pessoas e de serviços entre países. As questões que orientaram os temas em discussão foram (i) os requisitos de habilitação profissional para os níveis superior, técnico e auxiliar; (ii) o sistema de controle do exercício profissional; (iii) o reconhecimento das especialidades; e (iv)- os programas conjuntos de treinamento em serviços e o fortalecimento de entidades de saúde formadoras de recursos humanos. (Mercosul/GMC/Res. N° 4/98 - Pauta Negociadora do SGT N° 11).

¹⁸⁷ A primeira é a “Recomendação” N° 01/97, aprovada na VI RMS (Ata N° 01/98) e pelo GMC Resolução N° 04/98. A segunda é a Resolução GMC N° 21/01.

Estas questões constituíram a agenda da Subcomissão de Exercício Profissional¹⁸⁸ de 1998, ano de início de suas atividades, até 2005. Durante esses anos foram desenvolvidas as três primeiras questões, praticamente abandonando-se a quarta. Os itens que compõem a agenda da Subcomissão de Exercício Profissional, a serem discutidos nas reuniões, levam em consideração a pauta negociadora do SGT N° 11 “Saúde” e as questões que orientam os temas de formação e exercício profissional no Mercosul.

O reconhecimento das especialidades das profissões de saúde no Mercosul representa a dimensão social no processo de integração via formação e estabelece futuros vínculos com a questão do exercício profissional, ou seja, acesso ao mercado de trabalho. A dimensão social se explica pelo entendimento de que a saúde constitui-se em um núcleo de proteção do Estado e que seu exercício está condicionado à formulação e implementação de políticas de recursos humanos acordadas por consenso nas instâncias do Mercosul-Saúde. Por outro lado, o compromisso acordado sobre a livre circulação das pessoas tem repercussões significativas na saúde, seja quanto à garantia dos direitos sociais, seja quanto à oferta de profissionais de saúde (Guimarães, 2006). A necessidade de se abordar a questão das especialidades médicas em seus distintos aspectos pelo Subgrupo de Trabalho N° 11 (formação profissional, reconhecimento de títulos e diplomas) está relacionada aos mecanismos de reconhecimento das especialidades médicas, à mobilidade e ao exercício profissional nos países integrantes do Mercosul, como também à garantia de assistência de qualidade à população.

O campo da saúde, por intermédio de seus representantes, ministros e coordenadores das comissões nacionais do SGT N° 11, cria o espaço que os determina e que só existe pela ação dos agentes nele colocados e que “deformam o espaço vizinho” conferindo-lhe uma certa estrutura. Assim, a criação da Subcomissão de Exercício Profissional, dentro do SGT N° 11, asseguraria a participação do campo da saúde nas discussões do campo da educação, no Setor Educacional do Mercosul/SEM.

É neste contexto que surge a proposta de participação da Subcomissão, “*de forma prévia e preceptiva*”, feita pelos coordenadores nacionais e ratificada pelos ministros durante a VI RMS, da tomada das decisões sobre a temática desenvolvida no

¹⁸⁸ Na pauta de 2001, foram previstos 24 meses para concluir os quatro itens da agenda e nove meses para analisar a profissão médica.

documento “*Memorandum de Entendimiento sobre la Implementación de un Mecanismo Experimental de Acreditación de Carreras para el Reconocimiento de Títulos de Grado Universitario en los Países del Mercosur*” firmado pelos Ministros de Educação do Mercosul, em 19 de junho de 1998 (RMS-CC Ata Nº 2/98 - Anexo III), como já visto no Capítulo III.

Nos seus primeiros anos de trabalho (Atas Nº 1/98, Nº 2/98, Nº 1/99, Nº 2/99 e Nº3/99), as reuniões da Subcomissão de Exercício Profissional tinham como objetivos conhecer a legislação de saúde em cada país e estabelecer um diagnóstico das semelhanças e diferenças entre eles. Para tanto, para se conhecer e entender as realidades de cada país vinculadas à organização profissional e à representação das profissões de saúde foram discutidos os conceitos de formação, regulamentação, regulação, habilitação e categorização de estabelecimentos de saúde¹⁸⁹, iniciando-se pela Medicina. As discussões se davam entre os coordenadores da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional dos Estados Partes. Não constam nas atas detalhes ou referências sobre atividades ou debates realizados com as instâncias ou grupos de saúde dos países, à exceção do Brasil quando foi criado o Fórum Permanente Mercosul, em 2003.

A análise do conteúdo destas primeiras reuniões permite identificar conflitos nas legislações entre os países quanto à regulamentação e regulação das profissões de saúde no que se refere ao registro de certificados/diplomas, controle, fiscalização dos profissionais e sanções disciplinares, à existência de um Código de Ética para cada profissão de saúde de nível universitário, como também no uso de critérios diferentes na interpretação conceitual e/ou definição de termos como titulação, habilitação, registro, certificação, acreditação, educação continuada e recertificação e na ausência de consenso quanto à classificação dos estabelecimentos de saúde.

Diferenças entre Brasil e Argentina foram identificadas nas atas, como no caso do registro de diplomas que, em se tratando da Medicina, no Brasil se dá perante os Conselhos Regionais de Medicina, enquanto que na Argentina perante o Ministério da Saúde.

¹⁸⁹ Sobre formação, tratou-se dos currículos dos cursos de pós-graduação dentro de cada país e entre os países, programas de formação de especialistas, formas de ingresso, regulação da formação, abertura de novos cursos e acreditação das escolas; sobre regulamentação das especialidades, da legislação; sobre regulação do trabalho, revalidação de diplomas, questões de seguridade social, direitos trabalhistas e participação das entidades representativas das profissões de saúde dos países do Mercosul.

A proposta da Subcomissão de Exercício Profissional, conforme as atas, foi a de criar mecanismos uniformes para as diferenças constatadas. Dentre os mecanismos de consenso entre os Estados Partes aparecem (i) a harmonização dos programas e das normas de serviços que garantiriam uma prestação de assistência à saúde equivalente entre eles; (ii) padronização dos termos vinculados ao exercício profissional; e (iii) o estabelecimento de critérios similares na formação, titulação e registro dos profissionais. Este registro, segundo a proposta na Ata N° 1/99, deve ser nacional e único para permitir que exista um controle e uma fiscalização uniformes no exercício profissional entre os países do Mercosul.

Com relação à Medicina, em particular, as propostas incluíam (i) o estudo das especialidades médicas; (ii) a identificação das especialidades comuns aos quatro países; (iii) a elaboração de quadro comparativo; (iv). a harmonização e critérios de equivalência das especialidades médicas quanto ao tempo de formação, formas de ingresso, programas e mecanismos de avaliação; e (v) o estudo da regulamentação e das modalidades de regulação da Medicina.

Estabelecer critérios similares na formação, titulação e registro e definir os critérios de equivalência das especialidades médicas aponta para uma metodologia de trabalho que necessitaria de discussões entre vários atores e instituições e que poderia convergir para a criação de mecanismos uniformes para as diferenças.

Duas propostas da Subcomissão (Ata N° 1/99 - VI Reunião Ordinária do SGT N° 11) representam indicadores claros de tentativa de articulação dos trabalhos entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na Medicina. A primeira é a participação da Subcomissão de Exercício Profissional, “de modo decisivo”, na *“formulação de políticas para a criação de novas escolas de formação de recursos humanos na saúde e a verificação do cumprimento de qualidade”*. A segunda é a sua participação na tomada das decisões sobre a temática desenvolvida no documento “Memorando de Entendimento”, dos Ministérios da Educação, conforme mencionado acima. Ademais, os Ministérios da Educação, através do Setor Educacional do Mercosul, determinaram que a implementação do Mecanismo Experimental de Avaliação e Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário deveria se iniciar pela

Medicina, dentre as três profissões de nível superior que foram priorizadas¹⁹⁰. Em que medida e até que ponto esta articulação entre os dois ministérios avançou?

As tentativas de articulação dos trabalhos entre os dois ministérios, da saúde e da educação, no âmbito do Mercosul se deparam ao longo das diferentes etapas do processo, no Brasil e na Argentina, com forças movidas por interesses divergentes.

A Subcomissão de Exercício Profissional, “*encarregada de harmonizar o exercício profissional*”, reconheceu que seria de seu interesse conhecer o MEXA, desenvolvido pelos ministérios da educação, para refletir sobre o efeito que terá a acreditação para o processo de integração no Mercosul. “*Es por estas consideraciones que la Subcomisión entiende que es necesario trabajar en forma integrada con los Ministerios de Educación y Cultura y los Ministerios de Salud Pública, pues el objeto es común, lograr una mejor armonización en el ejercicio profesional, tema que está estrechamente vinculado a la formación de grado de los profesionales*” (Subcomissão de Exercício Profissional- Ata Nº 2/01- XVI RO do SGT Nº 11).

Cabe ressaltar que ao se elaborar a agenda da Subcomissão de Exercício Profissional, na Medicina, as propostas incluíram as especialidades médicas, ou seja, a pós-graduação *lato sensu*, enquanto que o Setor Educacional do Mercosul ocupa-se da formação médica no nível de graduação. Por outro lado, sabe-se que uma das competências do Conselho Nacional de Saúde¹⁹¹ é “*deliberar sobre a necessidade social de novos cursos de nível superior na área da saúde e cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde*” (www.conselho.saude.gov.br).

Na Argentina, a legislação vigente permite que o Ministerio de Salud y Acción Social certifique especialidades médicas, acredite residências e instituições de saúde, habilite e categorize estabelecimentos de assistência, efetue o controle do exercício profissional do pessoal e da equipe de saúde, avalie a qualidade médica e os serviços de saúde, lei vigente apenas no âmbito da capital (Borrell, 2004, p.96).

Tanto nas propostas de criação de novos cursos e na questão da qualidade de formação médica, como na participação da temática sobre o MEXA, evidenciam-se os campos da saúde e da educação em disputa para definir os critérios de conhecimento e de reconhecimento:

¹⁹⁰ A Medicina, até 2000, não havia sido incluída no MEXA.

¹⁹¹ Resolução nº 291, de 06 de maio de 1999 – Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde – Aprovado nas 79ª e 80ª Reuniões Ordinárias de agosto e setembro de 1998. Cap. II – Art. XVII.

“a ideia de que as lutas pelo reconhecimento são uma dimensão fundamental da vida social e de que nelas está em jogo a acumulação de uma forma particular de capital, a honra no sentido de reputação, de prestígio, havendo portanto uma lógica específica da acumulação do capital simbólico, como capital fundado no conhecimento e no reconhecimento.” (Honneth, A.; Kocyba, H.; Schwibs, B., 1986, p.37)

A divisão de tarefas entre os Ministérios da Educação e da Saúde na formação dos médicos pertence a antecedentes na trajetória sócio-histórica da profissão e às mudanças no quadro político em ambos os países. O campo da Educação trabalha a graduação dos médicos no Mercosul e o da Saúde cuida da pós-graduação médica (*lato sensu*). Em cada um destes campos há agentes que disputam os espaços da educação (CNRM, CFM, AMB, AFACIMERA, Governo), da Saúde (CFM, AMB, CIMS¹⁹², Colegios médicos, Governo) e entre si no contexto do Mercosul. Como vimos na análise das atas do Setor Educacional do Mercosul, a articulação efetiva de trabalho entre os dois ministérios não se concretizou até 2006.

Conforme o regulamento interno do SGT N° 11, as comissões e subcomissões são coordenadas por um especialista da área. No caso da Subcomissão de Exercício Profissional do Brasil, as coordenações titular e alterna foram ocupadas por representantes do Conselho Federal de Medicina e da Associação Médica Brasileira até 2002. Neste período, ao contrário das outras coordenações em saúde, como a da Agência Nacional de Vigilância Sanitária vinculada à Comissão de Produtos para a Saúde, a coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional não era institucionalizada. Na Argentina, a coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional ficou a cargo de médicos, funcionários do Ministério da Saúde, que discutiam os itens da agenda de trabalho com os representantes das entidades profissionais de saúde no país.

Ainda conforme o regulamento interno do Mercosul saúde, participam das Reuniões Ordinárias do SGT N° 11/Subcomissão de Exercício Profissional somente os

¹⁹² A CIMS - Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul reúne entidades médicas dos países integrantes do Mercosul; o Brasil é representado pela Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos.

representantes dos Estados Parte¹⁹³; ou seja, no Brasil e na Argentina eram os médicos que discutiam a Medicina e as demais profissões de saúde no Mercosul, como por exemplo a profissão de enfermagem.

A Associação Médica Brasileira era considerada “porta-voz das entidades médicas brasileiras no Mercosul... No Subgrupo 11, nossa conduta com relação a vários assuntos tem sido baseada nas posições defendidas pela CIMS ... Há 29 especialidades comuns aos quatro países, o que é muito pouco. A CIMS considera a possibilidade de aceitarmos as especialidades comuns a três países, mas a questão ainda não está fechada ... Na CIMS, estamos criando mecanismos, normas e marcando posição. Entretanto, a opinião dos médicos brasileiros não é efetivamente defendida por nós nos fóruns deliberativos do Mercosul. Por isso, as entidades médicas têm de integrar oficialmente o Subgrupo 11” (Jornal da AMB, julho/agosto de 2000).

A referência à CIMS e não aos Conselhos deixa uma interrogação quanto às relações entre os grupos médicos e os distintos interesses que envolvem problemáticas relacionadas à formação dos médicos e à abertura do mercado de trabalho.

“A partir de 2001 nós tivemos a possibilidade de unificar o pensamento. Se eu te disser que ele é um pensamento muito tranquilo, não é verdade. Ele tem suas arestas que, internamente, no Brasil, precisa você apará-las para que a gente possa pensar maior... Houve entre nós um acordo de que as partes mais específicas serão tratadas por quem de direito ou que desenvolveu mais; ou seja, a questão das especialidades médicas, da formação, a gente tem trazido para dentro do Conselho e da Associação Médica. A parte sindical está trabalhando de uma maneira extraordinária a questão do fluxo e do trabalho médico.” (CFM)

4.3 Harmonização versus padronização

O estudo das especialidades médicas no Mercosul que consta na Ata N° 1/00 do SGT N° 11 mostrou diferenças entre os países quanto à forma de obter o título de

¹⁹³ Na VII RO do SGT N° 11 “Saúde”, foi apresentada uma proposta de participação dos trabalhos da Subcomissão de organismos, associações e entidades vinculadas ao exercício profissional.

especialista. As diferenças em que tipo de instituições outorgam o título de especialista, na diversidade de currículos e carga horária, na multiplicidade de entidades formadoras de especialistas e no número e denominação de especialidades. Frente à *“dificuldade de encontrar critérios de harmonização”*, as propostas da Subcomissão foram no sentido de recorrer às instituições formadoras de especialistas para que elas definam as equivalências das diferentes especialidades médicas. Desta forma, das 24 especialidades médicas identificadas em comum, foi a Medicina Intensiva que começou a ser harmonizada nos quatro Estados Partes (proposta Subcomissão Ata N° 1/00 – X RO do SGT N° 11).

Porém, ao constatar diferenças substantivas, entre os países, relativas aos pré-requisitos e ao tempo de formação do especialista em Medicina Intensiva, além das diversas modalidades de formação, a Subcomissão de Exercício Profissional decidiu reincluir as especialidades médicas em comum, prolongar o tempo para concluir o estudo e fixar os critérios de harmonização: *“Deve-se considerar somente as especialidades comuns aos Estados Partes e que deveríamos dar um tempo de dois anos para que completássemos o processo de harmonização que deverá considerar critérios, tais como: tempo de formação, conteúdo da especialidade, formas de avaliação e outros que se julgarem necessários. Ficou também estabelecido que a inclusão de outra especialidade deverá ser consensuada entre todos os Estados Partes”*. (Unido III - Ata N° 3/00). Estes critérios, relacionados com a formação dos médicos especialistas, precisam ser discutidos internamente em cada país e colocam de forma clara a divisão que se deu entre a graduação e a pós-graduação no Brasil e na Argentina e seus reflexos no Mercosul.

Além da Medicina, foi sugerido estudar as profissões das equipes de saúde, para cujo objetivo cada país deveria apresentar informações acerca dos cursos existentes, dos níveis de formação, da composição de equipes, dos pré-requisitos de acesso, da duração e das entidades que regulam estas profissões. Outras propostas visavam criar mecanismos para aprimorar o entendimento entre os grupos, como a *“uniformização de termos”* relacionados ao exercício profissional e às discussões que se travavam, a exemplo de universidade, faculdade, instituto, escola, carreira, curso, programa, Master, licenciatura, técnico, tecnólogo, profissional universitário, profissional terciário não universitário, para se criar um glossário profissional.

QUADRO 13

PROFISSÕES DE SAÚDE EM COMUM NO MERCOSUL 2003

| PROFESIONES DE GRADO UNIVERSITARIO COMUNES A LOS CUATRO PAISES | | | |
|---|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <u>ARGENTINA</u> | <u>BRASIL</u> | <u>PARAGUAY</u> | <u>URUGUAY</u> |
| MEDICO | MEDICO | MEDICO | DOCTOR EN MEDICINA |
| FARMACEUTICO | FARMACEUTICO/ BIOQUIMICO | DR. EN QUIMICA Y FARMACIA | QUIMICO FARMACEUTICO |
| BIOQUIMICO | FARMACEUTICO/ BIOQUIMICO | BIOQUIMICO | BIOQUIMICO |
| ODONTOLOGO | ODONTOLOGO | ODONTOLOGO | DOCTOR EN ODONTOLOGIA |
| LICENCIADO EN ENFERMERIA | ENFERMERO | LICENCIADO EN ENFERMERÍA | LICENCIADO EN ENFERMERIA |
| LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL | ASISTENTE SOCIAL | LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL | LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL |
| KINESIÓLOGO | FISIOTERAPEUTA | KINESIÓLOGO | LICENCIADO EN FISIOTERAPIA |
| LICENCIADO EN NUTRICION | NUTRICIONISTA | LICENCIADO EN NUTRICION | LICENCIADO EN NUTRICION |
| PSICÓLOGO | PSICÓLOGO | LICENCIADO EN PSICOLOGIA | LICENCIADO EN PSICOLOGIA |

Fonte: MERCOSUR/GMC/SGT N° 11 “SALUD” / Comision de Prestacion de Servicios de Salud/Subcomision de Ejercicio Profesional /Acta N° 2/03.

A proposta da “uniformização da composição de equipes de saúde” se explica pelas diferenças existentes na sua composição nos quatro países. Contudo, o estudo comparativo mostrou múltiplas “profissões”/ocupações que pertencem aos níveis técnico e auxiliar, o que “a priori dificulta a harmonização das diferentes profissões de saúde” (XI RO SGT N° 11 “Saúde” / Ata N° 2/00 – Subcomissão de Exercício Profissional).

Diante de inúmeras diferenças constatadas na composição das profissões de saúde, foi definido na Ata N° 3/00 que seriam estudadas apenas as profissões de nível universitário, comuns aos quatro Estados Partes, na seguinte ordem: Medicina, (estudo

das 29 especialidades médicas comuns)¹⁹⁴, Enfermagem, Odontologia e Farmácia/Bioquímica. Não foram explicitados quais foram os critérios para se definir as profissões “mais representativas”. Trabalhos já realizados por algumas profissões com seus pares no âmbito do Mercosul, a exemplo da Nutrição que iniciou suas atividades em 1996 e criou o Comitê dos Nutricionistas do Mercosul - Conumer, não foram incluídos neste primeiro momento.

Em junho de 2000, no Relançamento do Mercosul, os ministros de saúde do Mercosul definiram as prioridades para a Região nas áreas de pesquisa (campos de biotecnologia e tecnologia de produção), de capacitação de recursos humanos e de integração de instituições acadêmicas. Por decisão do Conselho do Mercado Comum, foi determinada a reestruturação dos órgãos vinculados ao Grupo Mercado Comum e à Comissão de Comércio do Mercosul para que passem a elaborar Programas de Trabalho Anuais que deverão elencar os temas prioritários a serem contemplados no período, bem como os prazos necessários para sua consecução. O não cumprimento dos prazos assinalados deverá ser convenientemente justificado ao órgão decisório correspondente por ocasião da aprovação do programa de trabalho para o ano seguinte (Mercosul/CMC/Dec. N° 59/00). Um dos principais objetivos do Relançamento é o fortalecimento do Mercosul do ponto de vista institucional.

A reestruturação trouxe mudanças na operacionalização do trabalho do SGT N° 11, a partir de então organizado em pauta negociadora, plano anual de trabalho, e agenda de trabalho. Outra mudança significativa foi a proposta de uma nova abordagem na metodologia de trabalho para o SGT N° 11 “Saúde”, tendo como base a pauta negociadora do SGT N° 11 "Saúde" - de 2001, o diagnóstico da metodologia em curso e a análise do processo de harmonização da International Conference of Harmonisation (ICH), metodologia implementada por autoridades e empresas dos Estados Unidos, União Europeia e Japão, especialmente relacionada aos requerimentos técnicos para o desenvolvimento e registro de produtos contendo novas substâncias medicinais.

Diferentes razões explicam a adoção da nova abordagem metodológica, dentre elas a crise econômica pela qual passam os países da Região, o elevado custo financeiro de quatro reuniões ordinárias do SGT N° 11 “Saúde” por ano e a metodologia vigente

¹⁹⁴ Resolução GMC N° 73/00 que lista as 29 especialidades médicas comuns no Mercosul.

que não permite uma revisão adequada dos textos harmonizados pelos coordenadores das Comissões e pelos Coordenadores Nacionais.

Portanto, foi sugerida *“uma metodologia para o trabalho de harmonização menos baseada na presença física dos delegados de cada área de trabalho e suas unidades, considerando suas necessidades e prioridades. ...A metodologia aqui proposta modifica a forma de trabalho das áreas de trabalho (Comissões) bem como a sua função no processo de harmonização, que passa a ser concebido em fases e passos de harmonização para cada tema. Cada um desses passos, onde a proposta é concebida, trabalhada e harmonizada, é avaliado e referendado pelos Coordenadores de Comissões, Coordenadores de Subcomissões e Coordenadores Nacionais do SGT N° 11”* (Mercosul/XLVIII GMC/DT N° 16/02 – Proposta de metodologia de trabalho para o SGT N° 11 "Saúde"/Mercosul).

A nova metodologia de trabalho do SGT N° 11 “Saúde” trouxe elementos inspirados na ICH: a “construção de consenso” e a “homogeneização de conceitos” entre os responsáveis pela harmonização dos temas e subtemas. Porém, a preocupação com a redução dos gastos concentra o trabalho de harmonização em *“um técnico responsável, ponto de contato de cada Estado Parte, para cada tema da pauta negociadora que, por acordo dos Coordenadores Nacionais do SGT N° 11, passe a ter prioridade de tratamento nessa nova metodologia”*.

Estes técnicos formam um grupo de trabalho virtual, trabalham com relativa independência das Coordenações das Comissões, *“para o alcance dos entendimentos virtuais”*. A função das Coordenações das Comissões é de avaliar e decidir sobre o encaminhamento do trabalho realizado, seja por meio de reuniões presenciais ordinárias, seja por meio de comunicações virtuais *“que permitam perfeito entendimento e busca de consenso”*.

No entanto, a aplicação da nova abordagem poderia demandar mais tempo para chegar ao entendimento perfeito e ao consenso, sobretudo quando envolve critérios como tempo de formação, formas de ingresso, programas e mecanismos de avaliação das especialidades médicas entre os quatro países do Mercosul.

Alguns questionamentos poderiam ser feitos a respeito desta abordagem como a focalização do trabalho de harmonização nos coordenadores de grupos *ad hoc*, subcomissões ou técnicos, a ausência de explicação quanto à metodologia de trabalho a ser adotada pelos técnicos enfatizando apenas o uso intensivo de meios de comunicação

virtuais e o papel do relator que “*tem a função de fazer esforços para o alcance do consenso*” e redigir no prazo fixado o texto já harmonizado.

Até o ano 2000, apenas uma resolução foi aprovada pelo GMC na agenda dos temas da Subcomissão de Exercício Profissional - a Res. Nº 73/00 - que lista as especialidades médicas comuns ou de denominação comum nos Estados Partes. Isso evidencia a predominância das discussões na Medicina, a complexidade e os lentos avanços nos temas de formação e de exercício profissional em saúde no Mercosul. Por outro lado, na Comissão de Produtos para Saúde, das 14 recomendações elevadas pelo SGT Nº 11 ao GMC, relacionadas a medicamentos, 12 foram aprovadas (Ata Nº 2/00). Observe-se que as três comissões que compõem o SGT Nº 11 “Saúde” trabalham de forma relativamente independente e com pouca articulação entre si.

O segundo momento de análise das atas do SGT Nº 11 “Saúde”, da Subcomissão de Exercício Profissional e das reuniões do Fórum Permanente para o Trabalho em Saúde, se estende de 2001 a 2006. Ainda sob a orientação da pauta negociadora do SGT Nº 11, de 2001, e da agenda da Subcomissão de Exercício Profissional coordenada pela AMB, o estudo das especialidades médicas que pretendia harmonizar critérios tais como o tempo de formação, conteúdo da especialidade e formas de avaliação, não foi concluído e decidiu-se estudar as diferentes modalidades de formação das especialidades médicas.

A Comissão Nacional de Residência Médica e as Sociedades de Especialidades e Entidades Médicas do Brasil fizeram em conjunto propostas de novas Resoluções quanto aos pré-requisitos e duração dos Programas de Residência Médica. Durante a reunião de novembro de 2001, a delegação do Brasil, sob a coordenação da AMB, fez as seguintes sugestões:

*“1. Considera **que a melhor maneira de formar especialistas médicos é o treinamento em serviço na modalidade de Residência Médica com dedicação total.***

*2. A formação deverá incluir um número mínimo de horas e anos **similar em todos os Estados Partes.***

3. Haverá um programa específico para cada ano da Residência Médica.

4. Os serviços acreditados para a formação de especialistas deverão ter as condições adequadas de recursos humanos, equipamentos e incluir todas as áreas da especialidade.

5. As provas de avaliação deverão ser feitas durante o período de formação.

6. Deverá existir uma prova final de avaliação externa que será coordenada pelos **Ministérios de Saúde, com a participação das Sociedades Científicas, que deverá constar de uma prova teórica e prática.**

7. Somente os aprovados na prova final podem registrar o título de especialista nos órgãos competentes.

8. Propõe-se a criação de uma **Agência Acreditadora no âmbito do Mercosul** que deve acreditar os serviços de formação de especialistas, coordenada pelos Ministérios de Saúde com a participação das Universidades e das Sociedades Científicas.”
(Subcomissão Ata N° 2/01- XVI RO do SGT N° 11)

As sugestões feitas pelo Brasil foram consideradas pela Subcomissão de Exercício Profissional como “*una via razonable para la armonización de los especialistas en Mercosur*”, e que seriam analisadas internamente em cada país.

“Porque me parece que como nós conseguimos que as três instituições trabalhassem unidas, a gente serviu um pouco como exemplo; nós temos tudo organizado, com dificuldades, mas organizamos e, com a contribuição da Comissão de Residência Médica, podemos hoje dizer que a especialidade, a área de atuação, quantos anos essa formação dura, qual é a precedência de formação para cada um e quem faz essa formação no Brasil hoje - instituições particulares, instituições universitárias -e quem titula, quem faz a prova, como é que essa prova é feita, ela precisa de que tipo de currículo.” (CFM)

No entanto, constata-se através da análise das atas que as sugestões tiveram que ser reformuladas, uma vez que a formação dos especialistas em Medicina e sua homologação entre os Estados Partes foi considerada uma problemática que exige uma análise comparada da normativa correspondente à acreditação e à modalidade de formação destas especialidades a fim de compreender a situação específica em cada Estado Parte.

Quanto à proposta de criação da Agência de Acreditação de Especialistas no âmbito do Mercosul, esta foi abandonada (Acta N° 1/02). Decidiu-se iniciar um trabalho interno em cada Estado Parte que consistia na organização de reuniões entre o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde e associações profissionais a fim de apresentar, no primeiro semestre de 2003, resultados de seu estudo sobre o sistema de acreditação de residências e da formação dos especialistas em Medicina em seu país. Ademais, foi acordado que as associações profissionais e instituições dos Estados Partes poderiam ser informadas das resoluções que a Subcomissão de Exercício Profissional considerar pertinentes mediante solicitação à Comissão de Prestação de Serviços de Saúde, *“dejando constancia que las reuniones del SGT N° 11 son de incumbencia exclusiva de los Estados Partes”*.

A problemática da participação de representantes não-governamentais – Associações e Conselhos profissionais – das reuniões da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional foi debatida em 2000, e foi citado o art. 16 da Decisão CMC N° 59/00 *“Reestruturação dos Órgãos dependentes do GMC e da CCM do Mercosul”* sobre a participação de representantes do setor privado. Esta questão foi retomada e o Brasil pediu a participação de representantes do Conselho Federal de Medicina e de conselheiros da Comissão Mista de Especialidades Médicas para discutir temas diretamente relacionados às suas competências. Os coordenadores nacionais acordaram que esta participação se restringiria a temas bem específicos.

Segundo consta na primeira ata de 2002, os problemas que sempre afetaram o avanço das negociações e da tomada das decisões foram ausências dos Estados Partes às reuniões ordinárias, o não cumprimento das tarefas e falta de apresentação no prazo adequado à Subcomissão de Exercício Profissional, problemas de comunicação e, sobretudo, de ordem econômica e de financiamento. Estes problemas relatados têm várias explicações ligadas a múltiplos aspectos da conjuntura dos países. Desde as legislações internas dos países que atendem realidades nacionais específicas, questões

ainda não resolvidas na formação e na avaliação das especialidades médicas, aspectos socioculturais próprios a cada país, até os diversos interesses dos agentes diante de possíveis mudanças nos campos de saúde e da educação.

Esses interesses relacionam-se à distribuição do capital econômico e do capital cultural na nova organização do espaço social de integração que se expressam por disputas entre “frações rivais” da classe dominante e se materializam pela ausência de ações e tomada de decisões.

Ademais, existe ainda o problema da agenda da Subcomissão de Exercício Profissional que carece de uma definição dos pontos focais, o que impossibilita a implementação da nova metodologia de trabalho. Os encaminhamentos estabelecem, em primeiro lugar, um compromisso nacional com o objetivo de desenvolver os processos de harmonização dos temas propostos e a implementação de medidas de comunicação, intercâmbio e acompanhamento entre os pontos focais dos Estados Partes e os Coordenadores Nacionais.

4.4 A Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul

A primeira ata de 1999 indica o início do estudo de um sistema de controle profissional em saúde nos Estados Partes e foi determinado que seriam estabelecidos critérios similares de registro, ou seja, o registro de profissionais de saúde “*deve ser nacional e único*” (Ata N° 1/99). Este estudo começaria pelo profissional médico e serviria “*como matriz padrão para o registro das outras profissões de nível superior*”.

O modelo de registro é composto de dados mínimos que a Subcomissão de Exercício Profissional considera indispensáveis para identificar os profissionais de saúde no Mercosul, não obstante cada um dos Estados Partes poder incluir outros dados que julgue importantes. Este modelo foi denominado Matriz Mínima de Registro dos Profissionais de Saúde do Mercosul. A Matriz se apresenta sob a forma de dados sobre o profissional de saúde, sua formação (graduação e pós-graduação, *lato e stricto sensu*) e sobre a conduta ética e disciplinar. O Projeto de Resolução da Matriz Mínima foi elevado ao GMC em 2002 e aprovado em 2004 (Res. N° 27/04).

Durante a presidência pro tempore do Brasil, na XXIII Reunião Ordinária do SGT N° 11 “Saúde” foi discutida a necessidade de incorporar a Resolução da Matriz

Mínima aos ordenamentos jurídicos nacionais dos Estados Partes e a adoção das disposições legislativas, regulamentares e administrativas para seu cumprimento, antes de 30/06/05.

Algumas dificuldades impediam a internalização da Matriz Mínima que necessitava de soluções legais internas, uma vez que algumas delas chegam a demandar muitos anos, como os requisitos de habilitação profissional e o sistema de controle do exercício dos profissionais de saúde, regidos pelas normas de organização e fiscalização da profissão médica e que apresentam especificidades em cada país. A Subcomissão de Exercício Profissional havia acordado que “o registro de profissionais de Saúde de nível universitário deverá ser semelhante nos Estados Partes, devendo haver um registro nacional”, porém, caso existam outras formas de registro, estas manterão o vínculo com o registro nacional.

É o exemplo da Argentina, que adota o sistema de rede federal de registros dos profissionais. Os registros estão sob a responsabilidade das províncias, ou seja, a Argentina não reconhece o registro nacional e único, como se verifica na fala seguinte:

“En primer lugar, nosotros no hablamos de registro nacional sino una red federal de registros y esto es por nuestro carácter federal, o sea, los propietarios de los registros son las provincias y a quienes las provincias han delegado, por lo tanto lo que hacemos es una red federal de registros... No va a haber un registro único, no lo podemos políticamente, por una cuestión de la constitución política de nuestro país.” (MS)

No Brasil, a dificuldade para a criação de uma legislação específica para resolver a situação de “dependência” entre o Ministério da Saúde e os Conselhos profissionais parece incontornável. Uma vez que a Subcomissão de Exercício Profissional responsabilizou os Ministérios de Saúde dos Estados Partes pela base de dados do registro profissional, no Mercosul, o Ministério da Saúde do Brasil passa a depender dos Conselhos Federal e Regionais para a obtenção destes dados.

Chegou a ser preparado anteprojeto de lei que regulamentaria os processos e fluxos de informações sobre os dados básicos dos profissionais entre o Ministério da Saúde e os Conselhos Federal e Regionais referentes aos profissionais que desejassem exercer sua profissão nos Estados Partes. Isso se explica pela conformação da regulação

do trabalho em saúde e pela responsabilidade legal da fiscalização, controle profissional e conduta ética, competência dos Conselhos profissionais, que lhes foi delegada pelo Estado. Até 2006, foi internalizada a Matriz Mínima pelo Brasil¹⁹⁵ e pela Argentina¹⁹⁶, porém o anteprojeto de lei continua em situação de impasse.

O que significa concretamente a internalização da Matriz Mínima? Os profissionais de saúde oriundos dos Estados Partes ou de outros países que queiram exercer sua profissão não estão liberados de cumprirem as exigências previstas em lei em cada país.

No Brasil, os diplomas expedidos por universidade estrangeira devem ser revalidados –ressalvados os casos previstos em acordo cultural entre o Brasil e o país de origem do diploma – consoante o disposto no art. 48, § 2º da Lei nº 9.394/96, regulamentada pela Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior – CNE / CES nº 1/2002, que estabelece (i) a identificação da universidade autorizada pelo CNE, que ministre curso semelhante ou afim ao curso a ser revalidado; (ii) a abertura de processo diretamente na instituição escolhida, com a apresentação de documentos contendo carga horária, currículo, programas e ementas das disciplinas cursadas, e histórico escolar do postulante; (iii) a análise do processo e decisão tomada por comissão de especialistas da área, designada pela instituição; e (iv) o registro do diploma. Ademais, o registro dos profissionais nos Conselhos respectivos é condição *sine qua non* para o exercício da profissão no Brasil.

O processo de revalidação poderá incluir, ainda, a obrigatoriedade de estudos complementares, exames e provas específicas, de acordo com a instituição, que tem autonomia para essa exigência. A internalização da Matriz Mínima significa também a aprovação do controle do fluxo dos profissionais de saúde nos Estados Partes, justificada pelas especificidades que caracterizam a área da saúde.

A aprovação da Matriz Mínima pelo GMC e sua internalização pelos Estados Partes¹⁹⁷ constitui um dos resultados concretos da Subcomissão de Exercício Profissional. Pergunta-se em que medida este registro não representaria uma “linha de ação irregular, por vezes incoerente”, que explicaria a tensão entre o habitus integrador – produzido pelas condições do processo de integração – e o habitus diferenciador que

¹⁹⁵ Portaria MS nº 552, 13 de abril de 2005, publicada no DOU de 14/04/2005.

¹⁹⁶ Resolução ministerial M.S.yA.S. nº 605/06.

¹⁹⁷ O Paraguai e o Uruguai internalizaram a Matriz Mínima em 2006 e 2007, respectivamente.

se expressa através da implementação de parâmetros nacionais que dificultam a livre circulação e o exercício profissional em saúde entre os países.

As condições de produção do habitus integrador através da elaboração e implementação de políticas, de reuniões e construção de agendas e temas a serem discutidos e harmonizados tendem a produzir um sistema de disposição que se sobrepõe a outras disposições incorporadas em diversos ambientes na vida das pessoas e que prolongam sua influência. O processo de integração constitui uma nova estrutura social, na qual o habitus, conjunto dinâmico de disposições, pode revelar graus variados de tensão devido às condições sociais que o produz (Wacquant, 2004). Neste espaço estruturado por relações de luta constante dos agentes pela imposição de suas próprias representações do mundo social, o habitus diferenciador relacionado com as disposições adquiridas pelos agentes sociais durante sua formação podem levá-los a resistir e a opor-se às forças novas que entrem no campo. Esta resistência significaria o surgimento de conflitos entre as disposições dos agentes e as estruturas objetivas.

Em 2003, com o novo governo do Brasil, algumas mudanças foram implementadas, dentre elas, a institucionalização da Subcomissão de Exercício Profissional, ao se criar, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde¹⁹⁸ composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Deges e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/Degerts, indicados para assumir a coordenação – titular e alterna – da Subcomissão de Exercício Profissional no Mercosul, entre outras funções. No Plano Anual de 2003 (Ata Nº 3/02) aprovado pelos quatro coordenadores nacionais do SGT Nº 11, aparece o tema da Matriz Mínima e constata-se uma ausência de temas relativos às especialidades médicas no Mercosul.

O Brasil sugeriu “*priorizar outros aspectos do exercício profissional vinculados ao livre trânsito e ao mercado de trabalho dos profissionais*”; esta priorização, segundo consta na Ata, não significa a eliminação dos temas anteriores mas “*simplesmente a postergação de sua análise*” (Subcomissão de Exercício Profissional - Ata Nº 1/03). Acordou-se uma agenda que estudará mais amplamente os requisitos e as dificuldades de registro dos profissionais em cada país, definirá as profissões mais representativas para serem tomadas como modelos na análise do exercício profissional no Mercosul e

¹⁹⁸ Decreto nº 4.726*, de 09 de junho de 2003.

discutirá temas relativos à equipe de saúde¹⁹⁹. Os Estados Partes apresentaram uma lista das profissões que compõem os três níveis de ensino - superior, técnico e auxiliar - e foram identificadas 14 em comum.

4.5 A “permanência no interior da mudança”

A institucionalização da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional representou a abertura de um espaço de diálogo entre gestores do governo e trabalhadores da saúde e fortaleceu as discussões sobre a educação em saúde no Mercosul. Assim, em 2004, foi criado no Brasil, o Fórum Permanente Mercosul para o Trabalho em Saúde, vinculado ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde/Degerts/MS, e institucionalizado²⁰⁰ em 2006, com os objetivos de (i) acordar uma posição comum por parte dos grupos profissionais que o compõem, no que diz respeito aos itens da pauta negociadora e da agenda da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e (ii) apresentar proposições que auxiliem na formulação de políticas para a gestão do trabalho e da educação em saúde que levem a uma maior cobertura e qualidade da atenção à saúde dos cidadãos no âmbito do Mercosul.

A constituição do Fórum Permanente Mercosul como instância de debates agrega distintos atores. Compõe-se de representantes do Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde”, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação Nacional de Saúde), do Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior; Ministério do Trabalho e Emprego, Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselhos Federais da Área de Saúde, entidades científicas de âmbito nacional das Profissões de Saúde, entidades sindicais de base nacional que integram a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS e entidades de estudantes de base nacional da área da saúde.

¹⁹⁹ Vide organograma do SGT nº 11 em 2003 – www.mercosulsaude.org.

²⁰⁰ Portaria MS/GM nº 929, de 2 de maio de 2006.

Todos os participantes se distribuem entre três grupos de trabalho, sendo que o de Formação Profissional debate os critérios para compatibilizar a formação profissional dos trabalhadores de saúde nos Estados Partes, o de Regulação do Trabalho aborda o processo de regulação e de regulamentação do exercício profissional e o de Organização Política do Setor Saúde analisa o papel da estrutura organizativa, ou seja, das corporações e outras instâncias representativas das entidades profissionais no sistema de saúde das profissões de saúde no Mercosul. As propostas elaboradas pelos grupos de trabalho são encaminhadas à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional e analisadas nas reuniões ordinárias do SGT N° 11 “Saúde”.

A importância da iniciativa de reunir no Fórum Permanente Mercosul trabalhadores e gestores para debater conjuntamente as principais questões ligadas ao exercício profissional na área da saúde no âmbito do Mercosul está igualmente na busca de consensos entre os representantes dos grupos profissionais; no caso da Medicina são o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira e a Federação Nacional dos Médicos. Alguns destes representantes fazem parte da Comissão de Integração dos Médicos do Mercosul/CIMS.

Os médicos são um grupo profissional que pertence a um espaço estruturado, porém apresentam diferenças internas e uma hierarquia entre seus membros, espaço “talvez não tão comunitário como sugerem as análises clássicas” (Barbosa, 1993, p.74). São parte do Estado, de associações científicas e de diferentes sindicatos, no Brasil e na Argentina, e cuja atuação depende do “sentido do jogo”. Segundo Bourdieu, “O espaço social, bem como os grupos que nele se distribuem, são produto de lutas históricas nas quais os agentes se comprometem em função de sua posição no espaço social e das estruturas mentais através das quais eles apreendem esse espaço” (Honneth, A.; Kocyba, H.; Schwibs, B., 1986, p.26).

A descontinuidade percebida e constatada na consecução dos temas da agenda de trabalho da Subcomissão de Exercício Profissional reintroduz a questão das prioridades, que iniciou-se – ou reiniciou-se – com a Medicina. As 29 especialidades médicas identificadas em comum entre os Estados Partes precisavam ser compreendidas e analisadas. As tentativas de encontrar uma metodologia de trabalho para debater as especialidades médicas e sua “harmonização” entre os Estados Partes esbarra em questões como: Quem controla o exercício profissional no Mercosul? Quem são os agentes que participam das reuniões da Subcomissão de Exercício Profissional e quem

está mais legitimado a participar? Como conduzir o processo de harmonização das especialidades médicas? Cabe destacar a mudança observada no uso do termo harmonização, substituído por compatibilização.

Na Ata Nº 1/04, o Brasil propôs *uma compatibilização* de algumas especialidades nas áreas básicas para estudar a possibilidade de reconhecimento recíproco nos Estados Partes, a pedido da coordenação da Subcomissão de Exercício Profissional da Argentina. Esta sugeriu uma mudança na agenda justificada pela determinação das políticas nacionais de saúde em priorizar as especialidades médicas levando em conta as necessidades da Região. Ademais, a Argentina iniciou um processo de análise e construção de consensos dentro da comunidade médica com o objetivo de estabelecer critérios de acreditação de residência médica e de homologação de títulos de especialidades.

Estudo realizado em 1996 pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos Médicos sobre os problemas relacionados com as especialidades médicas na Argentina mostra, segundo Borrell (2004), a existência de diversas formas de adquirir uma especialidade, a necessidade de atualizar e homologar normas de acreditação e certificação, a necessidade de homologar o reconhecimento entre as diferentes jurisdições dos critérios utilizados para a certificação e recertificação dos especialistas, sendo que a recente lei de exercício profissional no âmbito nacional poderia ocasionar problemas no sistema de empregos a partir das novas orientações do Mercosul.

A agenda de temas relacionados ao exercício profissional se vê ampliada através dos debates realizados sobre a regulação das profissões de saúde no âmbito do Mercosul. O Brasil, através do Fórum Permanente, fez uma proposta de trabalho para o estudo comparado das modalidades de regulação profissional dividida em regulação do exercício profissional e regulação da formação de profissionais.

Porém, o estudo do código de ética, também apresentado pelo Brasil, foi rejeitado pelos Estados Partes pois

“Analizado el mismo por la Subcomisión se verifican requerimientos que para Brasil son posibles, pero no son aplicables en su totalidad en los demás países. Se entiende que mientras no exista una equivalencia en la formación y en la regulación del ejercicio de los nutricionistas en cada país, resulta inaplicable en la actualidad el

código de ética presentado.” (Subcomisión de Ejercicio Profesional/Acta N° 2/03)

Foi acordado então que as diferentes profissões de saúde poderiam buscar semelhanças entre seus códigos de ética a fim de lograr uma “*unificación geral dos principios éticos do exercício profissional*”. Foram apresentados dados sobre a situação de existência ou não de Código de Ética Profissional específico e seu vínculo às sanções relativas ao exercício profissional, das quatro profissões priorizadas, Medicina, Odontologia, Enfermagem e Bioquímica/Farmácia. A exemplo da Res. GMC N° 58/01 que estabelece os Princípios Éticos Médicos do Mercosul, foi definida a necessidade de se construir uma proposta similar para as demais profissões a partir dos trabalhos desenvolvidos anteriormente por elas.

A nova metodologia de trabalho do SGT N° 11, conforme foi mostrado, pretendia diminuir os problemas de comunicação e agilizar as negociações entre os Estados Partes. Para tanto, foi elaborado o projeto do Fórum Virtual de Harmonização, preparado pelo Núcleo de Articulação N° 1/A-I, que deu início ao processo de capacitação dos Coordenadores de Comissões, Subcomissões e Grupos *Ad Hoc*, bem como dos Coordenadores Nacionais dos Programas da RMSM-EA. O Brasil apresentaria um documento de trabalho sobre “*As Regras de Utilização do Fórum Virtual de Harmonização e Política de Segurança da Informação*”, sendo que a Argentina propôs realizar um banco de dados das especialidades médicas²⁰¹ “*de forma virtual*” e se comprometeu a confeccionar uma matriz, em um prazo de 60 dias.

A criação de grupo de trabalho virtual para analisar e propor a compatibilização para o reconhecimento recíproco das especialidades médicas não se concretizou. O trabalho de compatibilização das especialidades médicas comuns, aprovadas pela Resolução GMC N° 73/00 entre Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil, foi preparado pelo Uruguai a partir das informações recebidas dos países. Quais são os resultados concretos e os avanços alcançados?

²⁰¹ O banco de dados proposto pela Argentina, em 2004, seria constituído dos seguintes itens: 1. Definição, incumbência e campo de ação de cada especialidade médica; 2. Mecanismos de formação de especialistas, tempo de formação e locais de formação (residências, “carreras de especialización universitaria”, outras); 3. Condições de ingresso para cada especialidade médica; 4. Mecanismos de regulação das diversas modalidades de formação de especialista; 5. Instância estatal que autoriza o profissional anunciar-se como especialista.

A terceira pauta negociadora do SGT Nº “11”, aprovada em 2005, definiu sua tarefa geral como *“Harmonizar legislações e coordenar ações entre os Estados Partes referentes à atenção à saúde, bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, vigilância epidemiológica e controle sanitário, com a finalidade de promover e proteger a saúde e a vida das pessoas e eliminar os obstáculos ao comércio regional e à atenção integral e de qualidade, contribuindo desta maneira ao processo de integração”* (Mercosul/GMC/Res. Nº 06/05 - Pauta Negociadora do SGT Nº 11 “Saúde”, que revogou a Res. GMC Nº 21/01).

A diferença entre o conteúdo desta tarefa geral e as duas anteriores está na eliminação dos obstáculos à atenção integral e de qualidade, ou seja, uma maior articulação das ações em saúde entre os Estados Partes e uma concepção de trabalho fundamentada na garantia de assistência integral à população. Quanto à agenda da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, reitera-se a necessidade de se desenvolver as questões relativas à formação e propõe-se a compatibilização das especialidades das profissões de nível superior e a identificação do conteúdo da formação das especialidades médicas prioritárias e comuns aos quatro países (desenvolvimento curricular), como também das instituições habilitadas visando ao reconhecimento recíproco.

O processo de implementação da Matriz Mínima se vê acrescido de dois pontos: a compatibilização dos tipos e níveis de sanções das profissões de nível superior e a definição de requisitos mínimos complementares para solicitar autorização para exercer atividade profissional de saúde nos Estados Partes.

As iniciativas do Brasil, através do Fórum Permanente Mercosul, encontraram resistências e críticas. O projeto de resolução sobre profissionais de saúde do Mercosul, apresentado à Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional, foi debatido e não aceito pelos demais Estados Parte, como também não foi aceita a proposta de Princípios Éticos para o Trabalho em Saúde no Mercosul. O projeto pretendia definir o conceito de profissional de saúde no Mercosul ampliando-o para os profissionais que atuam na área de saúde que não estão ligados diretamente à assistência à saúde.

A unificação desse conceito entre os países é uma condição indispensável para a correta implementação da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul. Porém, em seu anexo, o projeto enumera apenas as profissões de saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde existentes no Brasil, como também

restringe a exigibilidade da Matriz apenas a estes profissionais (art. 2º). A Matriz Mínima seria uma exigência para todos os profissionais de saúde que pretendem exercer sua profissão no Mercosul. Com relação à proposta de Princípios Éticos, a Argentina “*planteó que la formulación de Códigos de Ética no es atribución del Ministerio de Salud sino de las diversas Asociaciones de profesionales por lo que la consulta interna se realizará con dichas entidades*” (Acta N° 2/05).

Constituem-se ainda grandes problemas da política de saúde no Mercosul a falta de recursos que permitiriam viabilizar a normativa harmonizada no Fórum Permanente Mercosul, como também a falta de apoio externo às possibilidades de cooperação para o financiamento de projetos de saúde no Mercosul por parte de organismos internacionais²⁰². Somente em 2006 foi aprovado o Fundo de Convergência Estrutural do Mercosul (Focem), destinado a financiar projetos que reduzam as assimetrias socioeconômicas existentes na Região. Considerado como instrumento de apoio às economias menores, o Fundo deve ser fortalecido e legitimado pelo monitoramento por parte da sociedade civil da alocação dos recursos aos projetos selecionados.

Há pulverização das ações que na sua maioria ficaram inconclusas: não foram estabelecidos parâmetros Mercosul de formação das especialidades selecionadas a partir da lista comum e nem a construção de consensos possíveis de critérios entre os representantes. Até outubro de 2007, não tinha sido definida a metodologia de trabalho que compatibilizasse as especialidades médicas. (Ata N° 2/07, XXIX RO SGT N° 11 “Saúde” - Uruguai).

Ademais, as concepções das políticas públicas para o Mercosul vindas do campo médico através das sugestões feitas pelo Brasil se apresentam como uma forma de instituir o habitus médico do Brasil. É o habitus diferenciador do Brasil pensado como uma forma de construir o habitus integrador? O habitus, conforme Bourdieu, precisa ser pensado no interior dos campos nos quais ele evolui e não pode ser considerado isoladamente dos mundos sociais particulares. Mudanças na estrutura social implicam um processo de relações entre grupos e forças sociais onde o trabalho social de dominação se divide entre estes agentes, de acordo com o posicionamento no campo específico de cada um deles.

²⁰² Em maio de 2006, o coordenador nacional da Subcomissão de Desenvolvimento e Exercício Profissional da Argentina informou que “*Salud en el Mercosur no es actualmente una prioridad para el BID*” e que os fundos de cooperação com a União Europeia seriam limitados.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que o habitus integrador delineado pelo processo de integração educacional a partir da formação dos médicos no Brasil e na Argentina revela sistemas de disposições divididos entre si (graus variados de integração) devido ao novo caráter das condições sociais que o produziu. A análise da concepção das políticas propostas e implementadas pelas instâncias que compõem a estrutura institucional do Mercosul saúde e do Mercosul educacional assim como a análise do conteúdo das entrevistas evidenciam as forças atuantes no espaço social que são o Estado, através das suas políticas, as entidades médicas e as universidades. Nesse espaço, tornou-se visível o papel do agente coletivo representado pelo grupo médico que ocupa posições dominantes nos distintos campos envolvidos no processo de integração educacional, definindo o perfil do médico no Mercosul e o alcance de desenvolvimento do processo de integração educacional em Medicina.

Assim, através da assinatura do Tratado de Assunção constatou-se que a dimensão social da integração, a partir da implementação de políticas de educação em saúde, expressa o papel atribuído ao Estado como instituidor do social, mediante a institucionalização do Setor Educacional do Mercosul e do Subgrupo de Trabalho Nº 11 “Saúde” e a criação de mecanismos para harmonizar as legislações na formação médica.

Recorrer a Rosanvallón foi determinante na percepção dos diferentes interesses e conflitos na sociedade contemporânea e como o Estado buscou a sua inserção nas questões de regulação do ensino superior e, em particular, na formação médica no âmbito de cada país, como também no processo de integração educacional no Mercosul.

A partir da literatura sobre a história do ensino superior, no período estudado, entre os anos de 1991 e 2006, no Brasil e na Argentina, foram analisadas as reformas dos sistemas educacionais e a atuação do Estado.

No Brasil, foi possível verificar mudanças e desafios na relação entre o Estado e a sociedade no que diz respeito à democratização do acesso e à criação de mecanismos para aprimorar a qualidade do ensino superior dentro de uma concepção de educação para a cidadania social e para a competitividade. Como exemplos, a implementação de instrumentos de avaliação para os cursos de graduação voltados às instituições e ao

desempenho dos estudantes, como também a consolidação do sistema de controle da qualidade de ensino na pós-graduação.

Na Argentina, a literatura mostrou como se deu o processo de institucionalização da avaliação do ensino superior, a partir de 1995, e o surgimento de conflitos como também de consensos no seio da sociedade em uma relação complexa entre o Estado e as universidades.

A partir da história da formação, da regulação e da regulamentação da Medicina no Brasil, a implementação de políticas buscou induzir mudanças na formação médica que atendam ao perfil da população e às necessidades do Sistema Único de Saúde, como também estimular a interação entre ensino, pesquisa e extensão.

Ainda foram observadas relações de conflito entre os campos da educação e da saúde, sobretudo nas questões de institucionalização e de controle da formação médica em sua modalidade de pós-graduação *lato-sensu* (especializações), como também disputas entre as entidades médicas em questões como o reconhecimento das especialidades médicas e no tema da avaliação. Esta apresenta-se assim: a avaliação da graduação está sob a responsabilidade do Sinaes, a avaliação da pós-graduação *stricto sensu* é realizada pela Capes e a avaliação da pós-graduação *lato sensu* (especialidades) é conduzida pela CNRM.

Na Argentina a pesquisa empírica mostrou que a formação médica enfrenta vários problemas na organização da pós-graduação, especialidades médicas, e evidenciou tensões nas questões de avaliação das instituições entre as universidades e o Estado, como também na questão da regulação da profissão de médico, onde justamente aparece o papel do Estado. O Ministério da Saúde argentino certifica especialidades médicas, acredita Residências em saúde e instituições de saúde e avalia a qualidade médica na capital do país. Há pouca interlocução entre os Ministérios da Saúde e da Educação, onde já se reconhece o importante papel da CONEAU na acreditação de cursos de graduação e pós-graduação em Medicina e pela avaliação externa das instituições de educação superior.

No Mercosul, diante de uma situação social nova no âmbito do processo de integração educacional, a luta percebida entre esses agentes, médicos de formação diferente e de habitus diferenciadores, reestrutura as condições sociais e a concorrência entre eles. A redefinição de regras e condições no processo de avaliação da formação dos médicos e a criação e implantação de parâmetros de avaliação e acreditação dos

cursos, assim como a instituição de agências nacionais de acreditação alteraram a estrutura de capitais dominantes no novo espaço social.

Às novas regras estabelecidas, surgiram distintas estratégias dos agentes. Constatase, porém, que o processo de integração educacional revelou, a partir da construção do Setor Educacional do Mercosul, sinais indicadores de habitus integradores.

A tese mostrou que políticas implementadas por esta instância sugerem atos integradores, como, por exemplo, a pactuação de planos de ação entre os ministros da Educação dos quatro países. Outro exemplo é o “Memorando de Entendimento sobre a Implementação de um Mecanismo Experimental de Acreditação de Cursos para o Reconhecimento de Títulos de Grau Universitário nos Países do Mercosul, Bolívia e Chile” que serviu de base para o desenvolvimento do MEXA para o curso de Medicina.

A construção do MEXA contou com a articulação dos trabalhos de instâncias e grupos médicos oriundos de realidades distintas. São médicos de formação distinta e que expressam habitus diferenciadores, como os membros especialistas da Comissão Consultiva do Curso de Medicina e dos Comitês Avaliadores, são os Estados Partes e Associados, as universidades e as entidades médicas que representam forças distintas e tipos distintos de capital.

Acordar a criação de parâmetros de qualidade para avaliar a formação dos médicos e acreditar as instituições de formação médica representou o estabelecimento de um padrão Mercosul aceito por universidades e pelas entidades médicas. Esses critérios de comparabilidade da formação universitária entre os países contribuíram para o conhecimento aprofundado das particularidades do campo da educação em saúde nos países e para a criação do que foi denominado de “cultura de avaliação”. Ademais, o SEM possibilitou, com a institucionalização do MEXA, a criação de agências nacionais de acreditação e sua articulação com o Programa Marca de Mobilidade Acadêmica Regional para Cursos Acreditados.

A acreditação, da forma como foi analisada, significou um acordo sobre o modelo de avaliação da qualidade de formação dos médicos do Mercosul, porém seus efeitos não resultaram no reconhecimento de títulos para o exercício profissional.

No campo da saúde, e no âmbito da nova estrutura social de integração educacional, a análise das atas permitiu ver como os médicos, no Brasil como na Argentina, legitimados pelo seu capital cultural, ocuparam posições de coordenação do

SGT-Nº11 “Saúde” e definiram regras e condições de acesso – ou falta de acesso - ao exercício profissional, ou seja, ao mercado de trabalho. A análise ainda possibilitou ver no documento da Matriz Mínima de Registro de Profissionais de Saúde do Mercosul uma atitude que expressa conflito entre as disposições dos agentes e as estruturas objetivas.

Percebe-se também que a discussão não se refere apenas à compatibilização de currículos e de especialidades médicas ou à criação de critérios de qualidade de formação. O que está em jogo é a possibilidade de construção de um novo habitus socialmente estruturado. As estratégias dos grupos no espaço social para definir a melhor maneira de formar o médico do Mercosul e o tipo de capital mobilizado na sua estratégia sugerem uma concepção de política dominante pela imposição de regras e mostram ainda um certo predomínio do habitus diferenciador.

O Setor Educacional do Mercosul, ao pretender a criação de um espaço educacional comum, afirmou, dentre outros princípios, o respeito à diversidade cultural e à autonomia das universidades. Contudo, esta discussão não prosperou. Conforme foi mostrado no quarto capítulo, o fluxo de estudantes de Medicina é ainda muito modesto e a participação das universidades ainda muito fraca. Como explicar os resultados do Programa Marca e a ausência de participação de instituições já acreditadas?

Não há como responder prontamente na atual fase do processo de integração educacional. No entanto, poder-se-ia pensar no papel das universidades e em mecanismos para sua maior inserção no processo. Os critérios de qualidade do MEXA foram revisados para a sua adoção no Sistema Arcu-Sul, que tem como objetivo ampliar a participação de instituições formadoras de médicos, razão complementar para repensar a relação Estado e universidade no âmbito do Mercosul.

A efetiva integração educacional, que consiste no exercício da liberdade de ir e vir, de estudar e trabalhar entre os países do Mercosul e que pressupõe a transformação do habitus diferenciador em habitus integrador, através das instâncias de educação e de saúde, foi parcialmente atingida. Permanecem muitas dificuldades a serem enfrentadas e solucionadas, tais como a compatibilização dos critérios nacionais de avaliação com os aprovados para a Região, a coexistência de diferenças entre os critérios regionais e os nacionais, os critérios do MEXA estarem relacionados com as características do perfil estabelecido para a formação do profissional, a falta de articulação entre a graduação e a pós-graduação poder dificultar a continuidade de estudos dos egressos, o

reconhecimento mútuo das agências de acreditação, a questão do idioma e o reconhecimento dos títulos para efeito de exercício profissional.

Finalmente, não se pode esquecer que o Mercosul, embora pretenda construir um habitus integrador, nasce como um bloco a partir das diferenças, das particularidades e das disputas entre seus integrantes que são constituintes da formação do espaço comum no Mercosul. Verifica-se, assim, que as condições para a integração social por meio da formação dos médicos são delineadas pela estrutura e pelos atores do campo, ou seja, pelas políticas estatais e pelos diferentes atores, sejam eles corporações médicas ou universidades.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentos - fontes primárias

ARGENTINA. Ministerio da Cultura y Educación / Secretaria de Políticas Universitarias. Ley de Educación Superior nº 24.521 y Decretos reglamentarios. Publicada em 10/08/1995 (**Boletín Oficial** nº 28.204).

ARGENTINA. Ministerio de Salud.. Leyes y Normativas Nacionales sobre Especialidades, Residencias Medicas y Profesiones de la Salud. **Digesto de Recursos Humanos en Salud**, Tomo II. Publicación nº 52, 2001.

ATAS DAS REUNIÕES DE MINISTROS DA EDUCAÇÃO DO MERCOSUL. Disponíveis em <www.sic.inep.gov.br/ 1991 a 2006>.

ATAS DAS REUNIÕES DE MINISTROS DE SAÚDE DO MERCOSUL. Disponíveis em www.mercosulsaude.org. (1996 a 2005) e. www.mercosul.int.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul. Mercosul: Legislação e Textos Básicos. (em colaboração com o Ministério das Relações Exteriores). 4ª ed. Brasília, Gráfica do Senado Federal, 2005.

BRASIL. Congresso Nacional. Comissão Parlamentar Conjunta do Mercosul: Internalização de Normas do Mercosul. Brasília, Gráfica do Senado Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior: Plano Trienal para o Setor Educacional do Mercosul, 1992. Brasília, Ministério da Educação, 2006. Disponível em <www.sic.inep.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior: Plano Trienal para o Setor Educação do Mercosul, 1998-2000. Brasília, Ministério da Educação, 2006. Disponível em <www.sic.inep.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior: Plano Estratégico de 2001-2005 do SEM. Brasília, Ministério da Educação, 2006. Disponível em <www.sic.inep.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior: Plano do Setor Educacional do Mercosul: 2006-2010. Brasília, Ministério da Educação, 2006. Disponível em <www.sic.inep.gov.br/>.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9/11/2001; Seção 1, p.38.

BRASIL. Ministério da Educação / Ministério da Saúde. A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. O Médico e seu Trabalho: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília, CFM, 2004.

MERCOSUL EDUCATIVO. Comité Coordinador Regional (CCR). Comisión Coordinadora de Área – Educación Superior. Manual de Procedimientos de comité de pares en el mecanismo experimental de acreditación de carreras. Mercosur, diciembre de 2002.

Obras citadas

ABRAMZÓN, Mónica. **Los Recursos Humanos en Salud en Argentina. Una mirada a los datos**. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, nº 58, 2003.

AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 2001, p.161-166.

BARBIERO, Alan. **O Mercosul como um espaço público?** Os dilemas das centrais sindicais no processo de integração regional. Tese de doutorado. Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas – Universidade de Brasília, 2000.

BARBOSA, Maria Lígia. **Reconstruindo as Minas e planejando as Gerais: os engenheiros e a constituição dos grupos sociais**. Tese de Doutorado. Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 1993.

BONETTO, Jorge Las Heras. JARAMILLO, Eduardo Rosselot. **Calidad en Medicina: sentido y desarrollo de la acreditación en la formación profesional**. Argentina, 2004.

BORRELL, Rosa Maria. **Desarrollo Curricular de las Residencias Medicas en la Argentina**. Tese de Doutorado. Buenos Aires, Universidade de Buenos Aires, 2004.

BONNEWITZ, Patrice. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis. Vozes, 2003.

_____. **Vie. Oeuvres. Concepts**. Paris, Ellipses Éditions Marketing S.A., 2002.

BOURDIEU, Pierre. **Le sens pratique**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.

_____. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: **O poder simbólico**. Lisboa, Difusão Editorial Ltda., 1989.

_____. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: **O poder simbólico**. Lisboa, Difusão Editorial Ltda., 1989.

_____. Sobre o poder simbólico. In: **O poder simbólico**. Lisboa, Difusão Editorial Ltda., 1989.

_____. **Contrafogos**. Tática para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. Prefácio sobre as artimanhas da razão imperialista. In: **Escritos de educação**. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani (org.). Petrópolis, Vozes, 1998.

_____. **Les structures sociales de l'économie**. Éditions du Seuil, 2000.

_____. **Lições da aula**. São Paulo, Editora Ática, 2001.

_____. **Science de la science et reflexivité**. Paris, Editions Raisons d'Agir, 2001.

_____. **A miséria do mundo**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003.

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo, Editora UNESP, 2004.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas, Papirus Editora, 5ª. Edição, 2004.

_____. CHAMBOREDON, Jean-Claude & PASSERON, Jean-Claude. (2004). **Ofício de Sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**. Petrópolis, Vozes, 2004.

BOYER, Robert. **L'anthropologie économique de Pierre Bourdieu**. <http://www.CAIRN.INFO/ARTICLE_P.PHP>. 2005.

BRESSER-PEREIRA, Luis Carlos. Uma reforma gerencial de administração pública no Brasil. **Revista do Serviço Público**. Ano 49. nº 1. Jan-mar 1998.

CARVALHO, Roberto Muniz Barretto de. **O desenvolvimento da Pós-Graduação e sistemas de ciências e tecnologia: uma comparação entre o caso brasileiro e o argentino**. Tese doutorado. Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, Universidade de Brasília, 2000.

CHIROLEU, Adriana Rosa. **Proyectos políticos e transformaciones de los sistemas de educación superior universitarios – el caso de las políticas de admisión a la universidad en Argentina y Brasil**. Tese de doutorado. Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas, Universidade de Brasília, 1996.

DRAIBE, Sonia Miriam. **Coesão social e integração regional: a agenda social do Mercosul e os grandes desafios da política social em prol da integração**. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

DURHAM, Eunice. Educação superior pública e privada (1808-2000). In: Colin Brock e, Simon Schwartzman (org.). **Os desafios da educação no Brasil**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2005.

DURKHEIM, Emile. **As regras do método sociológico**. Lisboa, Editora Presença, 1987.

_____. **A divisão do trabalho social**. Vol. I. Lisboa, Editora Presença, 1989.

FAUSTO, B. e DEVOTO, F.J. **Brasil e Argentina**:. Um ensaio de história comparada (1850-2002). São Paulo, Editora 34, 2004.

FERREIRA, M. C. PAYSSÉ, S. **La formación profesional en el Mercosur**. Montevideo, CINTERFOR, 2003.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, nº 3, 1998.

GENTILI, Pablo. **Neoliberalismo e educação**: manual do usuário. <www.cefetsp.br/edu/eso/manualusuario.html>, 2004

GÓMEZ, Rodriguez Roberto. Integración regional. In: **MERCOSUL. MERCOSUR. Políticas e ações universitárias**. Campinas, Editora Autores Associados, 1998.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lúcia. Integração europeia e política de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. Rio de Janeiro, **Cadernos de Saúde Pública**, 22 (9), p.1795-1807, set.2006.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. **Desafios brasileiros na era dos gigantes**. Rio de Janeiro, Contraponto, 2005.

HONNETH, A.; KOCYBA, H.; SCHWIBS, B. “**Fieldwork in philosophy**”. Frankfurt, 16, nº 61-62, 1986, p.15-48.

KOIFMAN, Lilian. **O ensino médico no Brasil e na Argentina**: uma abordagem comparativa. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

_____. A reforma curricular do curso de medicina da Universidade de Buenos Aires (1986-2000). **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 27, nº 1, p.36-49, 2003.

LAHIRE, Bernard. **Le travail sociologique de Pierre Bourdieu**. Dettes et critiques. Paris, La Découverte, 2001.

MACHADO, Maria Helena. **Os médicos e sua prática profissional**: as metamorfoses de uma profissão. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, IUPERJ, 1996.

MACHADO, M.H.; PAULA, A.E-K.; AGUIAR FILHO, W. O trabalho em saúde no Mercosul: uma abordagem brasileira sobre a questão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23, sup 2, p.292-301, 2007.

MARANHÃO, Éfrem. A. et al. A trajetória dos cursos de graduação em Medicina. In: HADDAD, Ana.Estela. (org). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, INEP, cap.7, p.277-309, 2006.

MARANHÃO, Éfrem Aguiar. A. Qualidade: a grande tendência da educação superior brasileira In: **Conferência Mundial de Educação Superior. 1998, Paris**. Tendências da Educação Superior para o Século XXI. UNESCO/Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras. Brasília, p. 89-91, 1999.

MARQUIS, Carlos. La situación universitaria argentina, 1993-1998. In: MOROSINI, M.C. (org.). **Universidade e integração no Mercosul**: condicionantes e desafios. São Paulo, Cortez, 1998.

MARTUCCELLI, Danilo. **Sociologies de la modernité**. Editions Gallimard, 1999.

MARULL, A. M., FERNANDEZ. C. R., CAILLON, A. “Acreditación de las carreras de medicina en la República Argentina”. In BONETTO, Jorge Las Heras. JARAMILLO, Eduardo Rosselot. **Calidad en Medicina**: sentido y desarrollo de la acreditación en la formación profesional. Argentina, 2004.

MEDEIROS, Marcelo Almeida. Prerrogativas estatais, integração regional e lógica distributiva. **Lua Nova**, 58, p.141-168, 2003.

MOLLIS, Marcela. “La Evaluación de la Calidad Universitaria en Argentina”, 1998. In: MOROSINI, M.C. (org.). **Universidade e integração no Mercosul**: condicionantes e desafios. São Paulo, Cortez, 1998.

MOROSINI, Marília Costa. Internacionalização da Educação Superior na União Européia. In: MOROSINI, Marília Costa (org.). **MERCOSUL. MERCOSUR. Políticas e ações universitárias**. Campinas, Editora Autores Associados, 1998.

MOROSINI, Marília Costa. Universidade e integração no Mercosul. In: MOROSINI, M.C. (org.). **Universidade e integração no Mercosul**: condicionantes e desafios. São Paulo, Cortez, 1998.

MUNDET, Eduardo. **Pautas para el diseño de un sistema de reconocimiento de títulos extranjeros en un proceso de integración regional**. (Ata SEM/CRC-ES/GTEAC - Anexo, 1997)

_____. **Innovaciones y Reformas en el Sistema de Educación Superior de Argentina:** sus antecedentes, implementación y resultados. UNESCO/Iesalc, 2003.

NEVES, Clarissa Eckert Baeta; MOROSINI, Marília Costa. Cooperação universitária no Mercosul. In: **MERCOSUL. MERCOSUR. Políticas e ações universitárias.** Campinas, Editora Autores Associados, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud 2005-2015.** Washington, D.C., OPS, 2006.

PADILHA, Roberto Queiroz; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. As Políticas Públicas e a Formação de Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica.** Rio de Janeiro, v. 26, nº 1, jan./abr., 2002.

PATRUS, Orcanda Andrade; FURTADO, Tancredo. Residência médica. Vol 65, nº 6. **Anais do XLIV Congresso Brasileiro de Dermatologia - Simpósio sobre Pós-Graduação em Dermatologia.** <www.anaisdedermatologia.org.br>, 1990.

RANINCHESKI, Sonia Maria. **Elites parlamentares e a questão social no Brasil e no Uruguai: 1904-1914.** Tese de Doutorado. Brasília, Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre as Américas - Universidade de Brasília, 2004.

ROSANVALLON, Pierre. O Estado em movimento. In: **Revista Sociedade e Estado.** Brasília, UnB/Departamento de Sociologia, vol. VI, n. 2, jul/dez de 1991.

SARTI, Ingrid. **A ousadia de um sonho- primeiros passos rumo à universidade da integração latino americano.** <<http://www.jornaldaciencia.org.br>>, 2008.

SCHIMIDT, Benício Viero; OLIVEIRA, Renato; ARAGÓN, Virgílio Alvarez (org.). **Entre escombros e alternativas:** ensino superior na América Latina. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 2000.

SCIENCES HUMAINES. L'oeuvre de Pierre Bourdieu. Sociologie bilan critique. Quel héritage? Numéro spécial – Pierre Bourdieu, 2002.

SEIXAS, Paulo Henrique D'Angelo. **Estudo sobre sociedades de especialistas em Medicina no Brasil.** Ministério da Saúde, 2000.

SIMIONETO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria (org.). **Dilemas do Mercosul:** Reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas de agenda social. Florianópolis, Lagoa Editora, 2004.

SOBRAL, Fernanda Antônia Fonseca. Educação para a competitividade ou para a cidadania social. In: **Perspectiva,** São Paulo, v. 14, nº. 1, p. 3-11, 2000.

_____. Para onde vai a pós-graduação brasileira? In: F. A. F. SOBRAL; M. S. G. PORTO (org.). **A Contemporaneidade Brasileira: dilemas e desafios para a imaginação sociológica.** Santa Cruz do Sul, EDUNISC, 1. ed., v. 1, 511 p., 2001.

_____. Qualidade acadêmica e relevância social e econômica da educação superior. **Educação & Sociedade**. CEDES, <revista_cedes@yahoo.com.br>, 2009.

UNESCO/CEPES. **Les tendances et le développement dans l'enseignement supérieur en Europe**. Paris, 2003.

VENTURA, Deisy. **As assimetrias entre o Mercosul e a União Europeia**: os desafios de uma associação interregional. Barueri, Manole, 2003.

WEBER, M. **Metodologia das Ciências Sociais**. São Paulo, Editora da Universidade Estadual de Campinas, Parte I, 4. ed., 2001.

WACQUANT, Loïc. **Esclarecer o habitus**. <www.sociology.berkeley.edu>, 2004.

_____. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, nº 19, p. 95-110, 2002.