

Mecanismos de avaliação do ensino superior: avaliação e disputa pela formação médica legítima (1990-2005)

Lucirleia Alves Moreira Pierucci*

Resumo: Esse artigo tem por objetivo examinar o processo de construção dos mecanismos de avaliação da formação médica nos anos de 1990. O interesse está em (i) relacionar as transformações havidas no gerenciamento das políticas relativas ao sistema de ensino, particularmente no que diz respeito às políticas de avaliação, com esses desdobramentos e (ii) de interrogar sobre as eventuais relações dessas transformações com a intensificação das trocas internacionais.

Palavras-chave: Educação, Formação médica, Ensino Superior.



A década de 1990 foi marcada por transformações do Estado brasileiro, em particular no tratamento dado à educação nacional. Foram também marcados pelo acirramento das lutas em torno da definição da profissão médica, tanto com relação a outras práticas de saúde concorrentes (de que é exemplo as disputas sobre a definição do ato médico), quanto no interior do espaço de formação médica (de que é exemplo as disputas sobre a abertura de novos cursos de medicina). O interesse está em (i) relacionar as transformações havidas no gerenciamento das políticas relativas ao sistema de ensino, particularmente no que diz respeito às políticas de avaliação, com esses desdobramentos e (ii) de interrogar sobre as eventuais relações dessas transformações com a intensificação das trocas internacionais. Para tanto, a pesquisa busca identificar os agentes envolvidos na produção, implementação e sustentação institucional das iniciativas

de avaliação dos cursos de medicina, bem como o uso dos recursos (papéis, atestados, boicotes etc) que criam transgressões autorizadas, continuamente remodeladas pelas forças envolvidas no processo.

A nossa hipótese é de que as arenas mais importantes dessas lutas seriam aquelas onde se produzem as autorizações para abertura de novos cursos, no caso o Conselho Nacional de Educação, e aquelas onde se produzem as diretrizes que regem o funcionamento dos cursos de medicina que, no estado atual de organização e funcionamento do sistema de ensino brasileiro, está bastante centralizado nas instâncias estatais de avaliação, como o Sistema de Avaliação da Educação Superior (que, a partir de 2004, após sofrer algumas modificações, passou a ser chamado de Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior – SINAES).

No entanto, seria interessante compreender a implantação do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior que, no caso da medicina, aconteceu em 1995, relacionando com pelo menos uma iniciativa anterior de

produção de mecanismos de avaliação da formação médica corporificada na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM)¹.

1. Breve Evolução das Propostas de Avaliação do Ensino Médico

No final do século XIX e início do século XX, a avaliação da educação francesa conduzida pelos educadores Alfred Binet e Theodore Simon realizada em 1905, e nos Estados Unidos pelo professor Abraham Flexner publicada em 1910, apontam para uma preocupação com a qualidade e quantidade de instituições médicas de ensino superior no continente Europeu e Americano.

Segundo Amaral (2002), a primeira grande avaliação das Faculdades de Medicina nos Estados Unidos foi realizada pelo então professor da Universidade Johns Hopkins, Abraham Flexner, convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos para desenvolver uma avaliação da educação médica em seu país e no Canadá, no começo do século XX, deu vazão ao fechamento de diversas faculdades, determinou a mudança curricular com destaque para as disciplinas das ciências básicas, diminuindo de maneira quantitativa o aparelho formador americano, acabou se consolidando em um modelo predominante de currículo nas faculdades de medicina em diversos países da América Latina e no Brasil.

¹ A história do desenvolvimento e implantação da avaliação proposta pelo CINAEM já foi bastante estudada. Para o que vem a seguir e para outras discussões desenvolvidas ao longo da pesquisa utilizo os trabalhos de Araújo (1998), Batista (1998) e (1999), Belaciano (1998), Piccini (1998) e (2000), Merhy (1999), Santos (1998), além do Relatório Geral de Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras (1996) e o Relatório Geral da Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997).

Para Koifman (2001), o objetivo da avaliação seria dar ao ensino médico uma base científica sólida. O resultado dessa avaliação foi a publicação, em 1910, do Relatório Flexner, que, articulado pela *American Medical Association*, teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos. Esse relatório serviu de base para a reformulação do ensino de medicina nos Estados Unidos, ele fixou rigorosas diretrizes para o funcionamento das escolas médicas, a que se obedece até hoje, e que têm reflexos em várias outras partes do mundo.

Dentre as diretrizes presentes no relatório Flexner (1910) estavam, a definição de padrões de entrada e ampliação para quatro anos de curso, a introdução do ensino laboratorial, o regime de tempo integral para docentes, a criação do ciclo básico e a expansão do ensino clínico nos hospitais, a vinculação das escolas médicas às universidades, ênfase na pesquisa biológica, a vinculação da pesquisa ao ensino e o controle do exercício profissional pela profissão organizada.

No Brasil, o Visconde de Sabóia foi enviado à França, Itália, Bélgica e Inglaterra para visitar as escolas médicas, com a intenção de conhecer os tipos de formação médica em vigência nas escolas européias, quando retornou da Europa o Visconde confeccionou um relatório em 1842, que teria servido de referência para a elaboração do primeiro trabalho sobre a formação e criação da futura universidade brasileira.

Dessa forma, não podemos nos esquecer que temos na constituição de nossas escolas de medicina, uma forte influência inicial do modelo alemão e do modelo francês, que acabou sendo substituído pelo padrão de medicina científica americana (baseado no

relatório Flexner). No Brasil, quem encabeçou essa proposta foi a Fundação Rockefeller (FR) que queria trazer para o país, no início do século XX, uma escola baseada no modelo de medicina das suas *Rockefeller Scholls*, baseado principalmente na Escola de Higiene e Saúde Pública na Universidade de Johns Hopkins, modelo para instituições semelhantes que surgiram com o apoio da FR em todo o mundo.

1.1 A avaliação pelo Estado: o Sistema de Avaliação da Educação Superior

O Sistema de Avaliação da Educação Superior trata-se de quatro instrumentos: (i) o Censo da Educação Superior que coletavam anualmente informações sobre matrícula, cursos, instituições, concluintes e docentes, entre outros, em todos os cursos de medicina; (ii) a avaliação das condições de ensino que, a cada quatro anos, focalizava as dimensões da organização didático-pedagógica, o corpo docente e as instalações dos cursos;² (iii) a avaliação institucional destinada ao credenciamento das instituições de educação superior. Realizada por uma comissão de avaliadores institucionais do INEP, foi implementada em 2002, e, finalmente, (iv) o Exame Nacional de Cursos (Provão), uma prova que, aplicada anualmente, destinava-se a medir os conhecimentos de todos os concluintes do curso de graduação em questão.

Apesar de o Provão ser um dos quatro integrantes do Sistema de Avaliação da Educação Superior, ele é o que teve mais espaço nos meios de comunicação de massa e tornou-se um foco importante

de mobilização das diferentes categorias atingidas pelos mecanismos de avaliação. Todos os alunos formandos devem se submeter a essa prova e o conceito obtido pelo curso é, na verdade, a nota média do conjunto dos alunos. O curso avaliado obtém, então, uma nota global que varia de 'A' (a mais alta) a 'E' (a mais baixa). Três notas 'D' ou 'E' consecutivas no Provão (realizado anualmente, são suficientes para o MEC determinar o início do processo de renovação de reconhecimento do curso. Isso significa que a instituição, a partir daí, tem seis meses para promover uma melhoria em seu sistema de ensino para, ao final do prazo, submeter-se a uma nova avaliação. Essa nova avaliação poderá resultar no fechamento do curso, caso os resultados sejam insatisfatórios.

A difusão desse exame iniciou-se de forma mais ou menos tímida. Em 1996 o exame foi aplicado pela primeira vez para os cursos das áreas de Administração, Direito e Engenharia Civil; já em 2001, 271 mil estudantes de 3.700 cursos de vinte áreas foram avaliados. Em 2002 foram avaliadas 24 áreas, abrangendo cerca de 90% de todos os concluintes de Educação Superior no País e em 2003 novos cursos foram anexados ao exame. Os estudantes de medicina passaram a ser avaliados no Provão de 1999, quando foram avaliados 81 cursos de formação médica.

As reações de estudantes, administradores de faculdades e universidades, e outras entidades interessadas, como, por exemplo, as associações profissionais (Ordem dos Advogados, Conselhos de Medicina, Engenharia, Economia, entre outros e Associações de diversos tipos) foram bastante diferenciadas: enquanto alguns aderiam imediatamente à proposta do governo, outros se contrapunham a ela de forma enfática. Um exemplo de oposição foi chamado "boicote às

² trata-se de uma avaliação realizada *in loco* por uma comissão de avaliadores do INEP que leva em conta três dimensões: organização didático-pedagógica, corpo docente e instalações. É a partir dessa avaliação que o curso recebe seu reconhecimento ou a renovação do reconhecimento.

provas”, promovido pela União Nacional dos Estudantes, com o apoio de diversas associações estudantis.

Tal oposição não se restringiu aos estudantes, já que diversas associações de docentes também assumiram um discurso agudamente crítico, geralmente encadeado com uma oposição à política universitária mais ampla do governo Fernando Henrique Cardoso, e isto também ocorreu para o caso da medicina, com associações profissionais, como, por exemplo, o Conselho Federal de Medicina que, mais do que adotar uma política de enfrentamento, agiu principalmente no sentido de tentar mudar as propostas do ministério.

A mobilização dos docentes e dos estudantes fez com que a candidatura Lula tomasse como bandeira eleitoral a mudança do sistema. Assim, em 2004, foi criado pela Lei nº 10.861, de 14 de abril, o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), o novo instrumento de avaliação superior do MEC/Inep. De acordo com a lei que o instaura, o sistema é formado por três componentes principais: a avaliação das instituições, dos cursos e do desempenho dos estudantes. O Sinaes avaliará 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.

Além da criação de uma Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (Conaes), podemos destacar outras diferenças entre o novo e o antigo sistema de avaliação que consiste na inclusão de uma prova para avaliação dos estudantes também no segundo ano de curso (além da prova do último ano, mantida), a ser realizada já neste ano para os cursos de Agronomia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia,

Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Zootecnia. Esta prova tem como objetivo geral avaliar o desempenho dos estudantes em relação aos conteúdos programáticos previstos nas diretrizes curriculares, mas também pretende interrogar sobre conhecimentos sobre a realidade brasileira, mundial e sobre outras áreas do conhecimento.

O conjunto de provas recebeu o título de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) e será aplicado anualmente a um grupo diferente de cursos, que voltam a ser avaliados a cada três anos. Assim, os estudantes dos treze cursos listados acima só farão a prova novamente em 2007. Ainda não foram definidos os cursos que vão passar pelo exame em 2005 e 2006. Diferente do antigo Exame Nacional de Cursos, o ENADE será aplicado por amostragem, e só será obrigatório aos estudantes selecionados para compor a amostra. No histórico escolar do aluno será indicada sua participação ou dispensa pelo MEC.

A grande mobilização crítica em torno do Sistema de Avaliação da Educação Superior proposto pelo governo de Fernando Henrique Cardoso está ancorada em diversos processos que perpassam a universidade brasileira. Um deles diz respeito, à política universitária desse governo que descontentou uma significativa porção dos docentes, que consideram as políticas educacionais ineficientes³. Um outro ponto que não deve ser descartado diz respeito ao fato de que a política do governo central foi produzida e implantada sem levar em conta em grande medida os esforços já efetuados pela comunidade acadêmica

³ Para aprofundamento do tema ver: Globalização e Educação: Tendências, Paradoxos e Perspectivas, Adeljalil Akkari, Natania Nogueira, Peri Mesquida. Revista Comunicações, Unimep, ano 9 n 1.

para produzir instrumentos de avaliação. Isto é particularmente verdade para o caso da medicina.

1.2 A avaliação pela comunidade: a CINAEM

Trata-se de um mecanismo produzido, em 1990, para avaliar o ensino médico no Brasil por um conjunto de entidades representativas ligadas à comunidade acadêmica e profissional, entre elas o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Educação Superior (Andifes), Associação Brasileira de Mantenedoras de Ensino Superior, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Associação Nacional dos Docentes do Ensino Superior/Sindicato Nacional (ANDES/SN), Direção Executiva dos Estudantes de Medicina (DENEM), Segundo Amaral (2002), participaram também a Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), Conselho dos Reitores das Universidades (CRUB), e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).

Segundo a Associação Brasileira de Educação Médica, a proposta da CINAEM é avaliar as instituições médicas, contando com a participação ativa das Escolas Médicas e de consultores nacionais e internacionais, com o objetivo de formular uma proposta de novo modelo pedagógico para o ensino médico brasileiro⁴.

A partir das 1^a. e 2^a. Conferências Mundiais de Educação Médica, realizadas em Edimburgo, em 1988 e em 1993, os educadores da área médica

passaram a estabelecer os parâmetros que devem balizar as reformas curriculares e a adequação da formação do médico às novas demandas sociais. O processo de avaliação proposto por esta comissão foi dividido em três fases⁵.

Na primeira, que aconteceu em 1991, foram avaliados 76 cursos médicos com relação aos seguintes componentes: vínculo jurídico, data de criação da escola, estrutura econômico-administrativa, estrutura político-administrativa, infra-estrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola na assistência e na pesquisa. O médico formando foi considerado a variável dependente do estudo, sendo caracterizado também por um conjunto de questões do questionário. Essa primeira fase avaliou características como infra-estrutura e perfil dos médicos formados de 97% das 80 escolas médicas da época, o que equivaleu a 76 escolas médicas. O resultado revelou que os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada.

Na segunda fase, mais aprofundada, contando com a participação de 48 escolas médicas, organizadas em oficinas de trabalho com representantes do corpo docente e discente das escolas, desencadeou-se a possibilidade de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para a avaliação da educação médica.

⁵ A história do desenvolvimento e implantação da avaliação proposta pelo CINAEM já foi bastante estudada. Para o que vem a seguir e para outras discussões desenvolvidas ao longo da pesquisa utilizo os trabalhos de Araújo (1998), Batista (1998) e (1999), Belaciano (1998), Piccini (1998) e (2000), Merhy (1999), Santos (1998), além do Relatório Geral de Avaliação das Escolas Médicas Brasileiras (1996) e o Relatório Geral da Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997).

⁴ <http://www.abem-educmed.org.br/cinaem.htm>. acessado em 21/09/2004.

A terceira fase do projeto formulado pela CINAEM tem por objetivo a construção das transformações necessárias à boa qualidade do ensino médico, e o estímulo à manutenção e ampliação do movimento de discussão iniciado nas etapas anteriores. No vocabulário da comissão, trata-se de “proporcionar a construção de uma proposta para a transformação da escola médica de acordo com os novos paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas, estimulando a formação de núcleos de educação médica nas escolas e a socialização de experiências inovadoras entre as IES” (MIRANDA, 2002, p.60).

Considerações finais

Dentro do espaço de composição da CINAEM, se formou no decorrer dos trabalhos uma luta interna, ainda não trabalhada em nenhuma referência bibliográfica, mas que buscaremos compreender sua natureza a partir do desenvolvimento das idéias desse trabalho. De um lado dessa disputa interna está o conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e demais entidade médicas e conselhos regionais, e de outro a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), DENEM. Inicialmente a idéia do CFM era conseguir através dessa comissão interinstitucional criar um mecanismo de avaliação das escolas médicas, com a perspectiva de criar instrumentos para barrar a proliferação de escolas médicas.

A proposta se consolidou no XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica em Cuiabá em 1990, onde o CFM e a ABEM decidiram criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico, em contraposição à proposta do Governo Collor de criar um Exame de Ordem ao

final do curso médico, nos moldes da OAB, com avaliação centrada apenas no aluno. Mas foi na sede do CFM em 04 de março de 1991, que a CINAEM foi criada com os seguintes objetivos, conforme consta em ATA da 1ª. Reunião da CINAEM (1981), avaliar o Ensino Médico Brasileiro, visando sua qualidade para atender as necessidades médico-sociais da população; propor medidas de curto, médio e longo prazo para que venham sanar as deficiências hoje encontradas; criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada.

A estratégia de avaliação da CINAEM teria caráter universal e utilizaria como instrumento básico um protocolo único, e seu modelo usariam como base os de outro oficial existente, que no caso foi o da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Quanto às verdadeiras razões para a criação da CINAEM, são múltiplas as análises e opiniões sobre o surgimento desta articulação das entidades médicas, dentre elas podemos enunciar, as mais relevantes: Necessidade de responder à interferência das agências internacionais de financiamento, como o Banco Mundial e Organização Mundial da Saúde (OMS); Exame de Ordem proposta de avaliação do profissional médico ao final da graduação⁶; barrar a proliferação das escolas médicas; necessidade de criação de um espaço de reflexão; articulação anterior das entidades com vista à elaboração de propostas para a Constituição de 1988. (AMARAL, 2002; RIZZOTTO, 2000).

Dentre as questões acima, podemos perceber duas polêmicas, a primeira se

⁶ O Exame de Ordem, foi promovido pelo CREMESP em 1990, através da Resolução 034/90.

deve ao fato de alguns membros da CINAEM não concordarem com o CREMESP, sobre a instituição do Exame de Ordem. Segundo Amaral (2002), na 8ª. Reunião realizada no dia 23 e 24 de março de 1992 teriam sido apresentadas pelos representantes do CREMESP, Dr. José Antônio de Lima e da AMB, Professor Antônio Carlos Lopes a proposta sugerindo que a CINAEM instituisse um Exame da Ordem, o que não foi aprovado. Na ocasião estavam presentes oito representantes das onze entidades que participavam ativamente da 1ª. Fase (Auto-Avaliação) representava a ABEM, Benedictus Philadelpho de Siqueira e Luiz Antônio Santini Rodrigues da Silva; o CFM, Irene Abramovich e Antônio Rafael da Silva; José Eberienos Assad (CREMERJ); Domênico Feliciello (CRUB), Rogério Carvalho Santos (DENEM); e Jorge Luiz do Amaral (FENAM), as outras três entidades ANDES/SN, ANMR, ANM não enviaram representantes para a reunião.

A segunda polêmica envolvendo as entidades ocorreu nesse mesmo ano, mas foi durante a 13ª. Reunião, em 23 de setembro, a CINAEM decidiu que os resultados finais da auto-avaliação fossem divulgados sem a individualização das escolas médicas avaliadas. Estavam presentes nessa reunião oito das onze entidades envolvidas, das quais não justificaram falta a AMB, ANMR, ANM.

Dessa forma, por conta dessas diferenças de projeto de transformação do ensino médico, que tentativa de organizar as entidades através da CINAEM foi desarticulada. Como nos mostra Amaral (2002), em sua pesquisa de revisão das atas e resoluções dos FNAEM e dos Encontros Nacionais de Escolas Médicas, a CINAEM não conseguiu incluir a sua proposta de avaliação na

agenda das políticas públicas dos setores saúde e educação; nem tão pouco conseguiu fazer com que as entidades ANDES (Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino), REME (Renovação Médica), representantes dos médicos residentes tivessem as mesmas práticas de relações com a sociedade civil e, principalmente, com o Poder Legislativo, mas priorizaram o contato com o Poder Executivo e seus Ministérios; ao não questionar a primazia do MEC sobre as leis, às normas, às instituições, ela subestimou a importância estratégica da formação de RH para o SUS; a não divulgação dos resultados individualizados das 4ª Escolas Médicas participantes contribuiu para o não reconhecimento pela sociedade como um método eficaz de avaliação, essa opção pela não divulgação visava evitar abalar a unidade dos segmentos que compunham a Comissão, mas como vemos a paralisação das reuniões entre as duas principais entidades CFM e ABEM demonstram o quão equivocada ela fora.

Mesmo depois com a tentativa de ampliação do colegiado e da equipe técnica não se conseguiu uma maior coesão, de certa forma aumentou ainda mais a centralização, e exacerbou a disputa política nas entidades, tal fato teria motivado a DENEM a se retirar da comissão, perante a resolução do XIV COBREM, por considerar que “contexto político do Colegiado da CINAEM caracteriza-se pela disputa interna entre as entidades, motivada por concepções diferentes e até antagônicas do que venha a ser o projeto de transformação do ensino médico (AMARAL, 2002).

No que diz respeito às intenções dessas ações, isto equivale dizer que a compreensão das tomadas de posição em termos do currículo médico exige interrogar sobre as redes em que os

agentes interessados estão inseridos e, para isto, é necessário estudar simultaneamente a história dos agentes e das instituições nacionais e a história dos agentes e das instituições que operam em escala internacional.

Isto é particularmente pertinente para o caso dos médicos, na medida em que a sua formação está constantemente referida tanto às experiências de outros países, quanto às recomendações de órgãos transnacionais como a OMS e a OPAS.

Referências:

ALMEIDA, Ana Maria F. **A escola dos dirigentes paulistas**. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas. 1999.

AMARAL, Jorge Luiz do. **Avaliação e Transformação das Escolas Médicas**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2002.

GALLO, Edmundo. “Dispositivos inovadores para as escolas médicas”. In: **CINAEM. Preparando a transformação da educação médica brasileira**: Projeto CINAEM III fase relatório 1999- 2000. UFPel, Pelotas, 2000.

KOIFMAN. **O modelo biomédico**. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. VIII (1): 48-70, mar.-jun, 2001.

KING, M. **Medical care in developing countries**. Nairob: Oxford Univ. Press, 1966.

KUNITZ, S.J. **Professionalism and social control in the progressive era**: the case of Flexner Report. Social Probl., n.22, p.16-27, 1974.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)**. Dissertação de Mestrado, DPCT/IG, Unicamp, 1993.

MIRANDA, José Feres Abido. **Educação Médica**: Estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família, no internato médico. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Petrópolis, Faculdade de Educação, Petrópolis, 2002.

NEWELL, K. W. **La salud por el pueblo**. Genebra: OMS, 1975.

NORBERT, Elias. **Os estabelecidos e os Outsiders**. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 2000.

PICCINI, R.X. et al. **Transformando a educação médica brasileira**. Projeto CINAEM: III Fase, 1998.

_____. **Diretrizes curriculares e o Projeto CINAEM**: CINAEM, 2000.

PIERANTONI, Celia Regina. “The state reforms, health reforms and the human resources: limits and possibilities”. **Ciênc. Saúde coletiva**, 2001, v.6, no.2, p.341-360. ISSN 1413-8123

PIERUCCI, Lucirleia A. Moreira. **Os novos cursos de medicina fazem mal à saúde?** Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, 2007.



* **LUCIRLEIA ALVES MOREIRA PIERUCCI** é Profa. Subst. do Instituto de Humanidades da UFVJM. Doutoranda em Educação, Mestre em Educação, graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual de Campinas. Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Instituição Escolar e Organizações Familiares; Departamento de Educação, Conhecimento, Linguagem e Arte; Faculdade de Educação.