

ROGÉRIO CARVALHO SANTOS

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 10 de fevereiro de 1998.

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

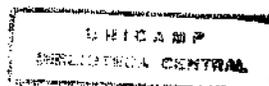
Orientador

**UM ATOR SOCIAL EM FORMAÇÃO:
DA MILITÂNCIA À DESCRIÇÃO E
ANÁLISE DO PROCESSO DE
FORMAÇÃO MÉDICA NO BRASIL**

**DISSERTAÇÃO APRESENTADA
AO CURSO DE PÓS-
GRADUAÇÃO DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS - PARA OBTENÇÃO
DO TÍTULO DE MESTRE EM
SAÚDE COLETIVA**

ORIENTADOR: Professor Doutor Emerson Elias Merhy

**Unicamp
- 1998 -**



UNIDADE	BC
N.º CHATADA :	
V	
T.º	3448F
F.º	395/98
C	0 [X]
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	21/03/98
N.º CPD	

CM-00113072-0

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

Sa59a Santos, Rogério Carvalho
Um ator social em formação : da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil / Rogério Carvalho Santos. Campinas, SP : [s.n.], 1998.

Orientador : Emerson Elias Merhy
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

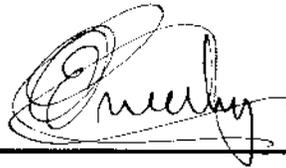
1. Educação Médica - Brasil. 2. Reforma do ensino . 3. Currículos - Avaliação . 4. Planejamento Estratégico. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação De
Mestrado

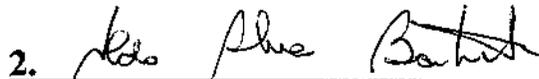
Orientador: Professor Doutor Emerson Elias Merhy

Membros:

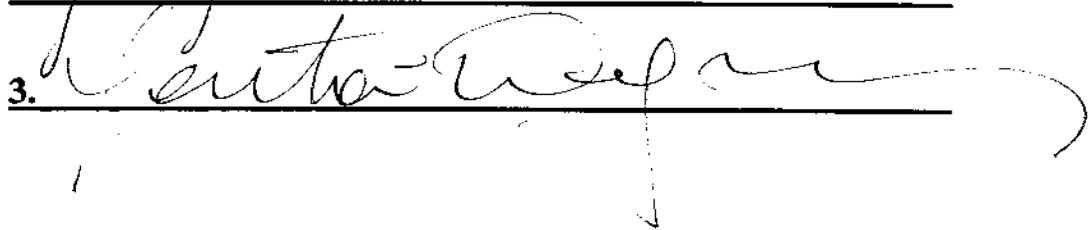
1. _____



2. _____



3. _____



Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 10/ 02/ 1998.

OFEREÇO este trabalho a todos os meus mestres:
João Alves do Nascimento
Antônio Samarone de Santana
Alcindo Antônio Ferla
Gastão Wagner de Sousa Campos
Edmundo de Almeida Gallo
Emerson Elias Merhy
Márcia Aparecida Amaral
Roberto Xavier Piccini
À companheira de todos os dias, Ivana, e a todos os
companheiros do Movimento

Agradeço a Márcia Aparecida Amaral pela iniciação
como profissional da saúde pública.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETO.....	37
3. METODOLOGIA.....	49
4. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	64
5. DISCUSSÃO.....	83
6. SUMMARY.....	112
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114

APRESENTAÇÃO

Este trabalho se propõe a revelar alguns encontros produtores de sentidos e significados em dez anos de formação na militância como estudante de medicina na Pastoral Universitária, no Movimento Estudantil de Medicina, no Movimento Estudantil Geral, na Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), no Movimento de Médicos Residentes, na Comissão Nacional de Residência Médica e, mais recentemente, como pesquisador. As discussões sobre educação médica sempre foram objeto de reflexão e análise durante os anos de militância nos espaços políticos em que atuei.

Relato e tomo como objeto os meus encontros com produções teóricas, processos políticos, organizações, instituições e atores sociais, através dos quais incorporo novos saberes que me instrumentalizam para a ação social.

Segundo o professor Mario Testa, *“tornamo-nos sujeitos para cada coisa, tornamo-nos sujeitos na militância política e tornamo-nos sujeitos na investigação científica”*¹. Falo da dificuldade da transição da condição de líder estudantil (sujeito da política, aquele que sente o problema, verbaliza e tem dificuldades para propor um projeto alternativo ao existente) para pesquisador (sujeito da pesquisa). Por isso, faço a opção de narrar a transição de um momento esquizóide, representado pela militância, para o momento paranóide, representado pela condição de pesquisador². Foi angustiante, pois não possuía instrumental teórico para me afirmar como pesquisador e tampouco podia assumir a espontaneidade do militante. À medida que o tempo

¹ Tema abordado em seminário da pós-graduação em saúde coletiva, DMPS/FCM/Unicamp, em novembro de 1996.

² Parodiando Deleuze e Gattari que nas suas enunciações sobre a “esquizoanálise” adotam esta nomenclatura.

passa, o investigador continua a sua busca, através do encontro com o novo, na bibliografia e outras fontes.

No curso com o professor Mario Testa³ discutiu-se sobre o eixo da epistemologia, que é definido pelo significado e o sentido das coisas. Ao longo da militância política e na academia, os fatos podiam fazer sentido, mas não eram claros os seus significados. À medida que adquirimos saberes, todavia, tornamo-nos sujeitos do conhecimento, entendemos o significado dos fatos que se configuram como objeto da investigação. O professor Mario Testa⁴ também demonstra que, para sair da atividade política, temos que nos abstrair e nos dedicar ao objeto que incomoda, devemos sair da vida cotidiana e nos ater ao objeto de reflexão e análise. Este pode ser um caminho para se construir algo novo e para se criar um novo saber fazer, e, assim, contribuir com a mudança de ideologias na sociedade.

Tento explicitar o quanto a condição de estudante de medicina e militante foi importante na definição de um objeto de estudo no campo da educação médica que fosse capaz de descrever o modo como são transformados “*calouros/bichos*” em médicos⁵, sua problematização, e pensar possíveis modos alternativos de organizar a sua transformação.

³ Tema abordado em seminário da pós-graduação em saúde coletiva, DMPS/FCM/Unicamp, em novembro de 1996.

⁴ Seminário da pós-graduação em saúde coletiva, DMPS/FCM/Unicamp, em novembro de 1996.

⁵ Denominação dada aos ingressantes nos cursos de graduação.

RESUMO

O autor faz uma narrativa de sua trajetória no movimento estudantil, desde outubro de 1986, na Pastoral Universitária em Aracaju (SE), até sua atuação como pesquisador, neste trabalho. Na Pastoral conhece textos da Igreja Progressista e os métodos de intervenção desta na sociedade, que o levam a assumir a luta pela libertação de todos os homens e do homem todo.

Em um período de crise na Faculdade de Medicina da UFS, assume o Centro Acadêmico e lidera as reformas estruturais do Hospital Universitário e do Projeto Pedagógico do curso de Medicina, quando começa a discutir e problematizar as questões relacionadas ao ensino médico no Brasil. Participa de ECEMs, COBREMs, CONEEMs, e passa a fazer parte das lideranças do movimento estudantil nacional de medicina, quando assume a presidência da DENEM em 1991.

Na DENEM, se utiliza do método do planejamento estratégico para reestruturar internamente a entidade e legitimá-la junto aos estudantes, reorganizando as agendas dos fóruns do movimento estudantil de medicina. Ainda como membro da DENEM, ingressa na CINAEM, na figura de representante discente. Durante a elaboração da 2ª fase do projeto, que visa conhecer e analisar a realidade das escolas médicas do Brasil, propõe a utilização do planejamento estratégico situacional para avaliar o modelo pedagógico das escolas médicas. Passa então a integrar a equipe técnica do Projeto CINAEM – 2ª fase.

Neste, realiza oficinas de avaliação das escolas médicas, nas quais compareceram 50 das 83 escolas convidadas, com a participação de representantes docentes e discentes de cada escola. Nas oficinas foram colhidos dados sobre a situação atual das escolas na interpretação desses atores e diretrizes para uma situação-objetivo, que contemple a escola que estes atores

vislumbram, para formar um médico apto ao atendimento resolutivo das necessidades prevalentes, letais e com potencial preventivo apresentadas pela população.

Na análise e interpretação dos dados, o autor analisa as variáveis situacionais que interferem no processo de formação do médico no Brasil, esquematiza a estrutura curricular vigente nas escolas brasileiras e discute os movimentos de reforma curricular que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas três décadas (de 70 a 90), considerando que não surgiu entre eles nenhuma proposta que conseguisse romper com o modelo atual, que forma médicos voltados ao atendimento da dimensão biológica do indivíduo, inadequados ao atendimento das demandas sociais e desarticulados das necessidades do SUS.

Baseado nas diretrizes colhidas nas oficinas, o autor constrói uma outra estrutura de formação para o aluno ingressante na faculdade de medicina. Tomando como objeto da prática médica as necessidades das pessoas, nas suas dimensões psíquicas, sociais e biológicas, propõe uma estrutura curricular que põe o aluno, desde o primeiro ano, em contato com o objeto de seu trabalho, em um sistema tutorial de ensino, que estimula o aprendizado participativo e criativo.

O autor conclui dizendo que o exercício de construção de um novo processo de formação permitiu a visualização de uma nova escola e consolidou o conceito de objeto da medicina, a organização da prática médica e o modelo de ensino como categorias centrais a serem consideradas para analisar o modo atual de formar médicos e as proposições de novos modelos de formação.

I. INTRODUÇÃO

Uma trajetória e um encontro: identificando a formação médica como um problema.

Em outubro de 1986, na primeira semana do curso médico, fui convidado a participar de um encontro da PASTORAL UNIVERSITÁRIA, o que, logo a seguir, me proporcionou integração ao grupo. Durante o segundo semestre desse ano, um professor da escola em que cursei o segundo grau me convidou para lecionar em Boquim, interior de Sergipe, onde havia uma vaga para professor de biologia. Aceitei o convite e, todas as quartas-feiras, estávamos juntos em Boquim, quando tive a oportunidade de conhecer melhor o professor João Alves do Nascimento, um grande conhecedor das tendências e correntes de pensamento da Igreja Católica na América Latina. Graças ao convívio com este colega de trabalho e amigo, tomei conhecimento de algumas obras da teologia da libertação, tais como: *E a Igreja se fez povo*, *A fé na periferia do mundo*, *Igreja carisma e poder*, *Vida para além da morte*, de Leonardo Boff; e *Sinal de contradição*, de Frei Beto; e *Teologia da libertação*, de Gustavo Gutierrez.

Através do contato com estas obras, fiz a opção de lutar pela libertação do indivíduo e da coletividade. Logo, estava assumindo a orientação das tendências progressistas, na militância dentro do movimento pastoral da Igreja, comprometida com a libertação dos povos da América Latina. Um ano depois, graças ao conhecimento acumulado sobre a Igreja e ao envolvimento com as atividades do grupo, fui eleito para o cargo de Coordenador Geral da Pastoral Universitária de Sergipe, numa disputa acirrada com os carismáticos.

Em agosto de 1987, participei do Seminário da Pastoral de Juventude Estudantil, ocorrido na Paraíba. Neste seminário, tomei conhecimento do objeto, das celebrações e “pistas⁶” de intervenção prática das pastorais. Pela primeira vez, mantive contato com marxistas, com as tendências e partidos políticos que disputavam o movimento estudantil.

Em janeiro de 1988, participei do Seminário Nacional da Pastoral Universitária, em Arrozal, Volta Redonda (RJ), a fim de acumular mais conhecimentos sobre os movimentos pastorais. Neste seminário, assisti às seguintes discussões:

- 1) Análise da conjuntura nacional, apresentado por Plínio de Arruda Sampaio e Dom Valdir (Bispo de Volta Redonda), na qual os palestrantes identificaram os grupos políticos nacionais, sua constituição e como eles se articulavam na defesa de seus interesses;
- 2) Reconstituição da história do movimento estudantil, caracterizando sua origem, suas várias correntes, suas influências partidárias e sua importância na história política do Brasil;
- 3) Caracterização da universidade como espaço social de atuação da Pastoral Universitária;
- 4) Definição da Pastoral Universitária como agente de transformação da universidade em aparelho formador de intelectuais orgânicos, com opção preferencial pelos pobres;
- 5) Apresentação do método “VER, JULGAR e AGIR” - método de trabalho das pastorais, calcado no conhecimento histórico de um determinado sujeito/objeto de intervenção. Neste, seria preciso conhecer profundamente a realidade em seus aspectos políticos, econômicos e sociais, para definirmos um juízo de valor e estratégias de intervenção. Discutimos também o que se chama de *revisão de prática* - avaliação do impacto das ações no coletivo e retorno para o grupo e *revisão de vida* - avaliação dos indivíduos do grupo na perspectiva da libertação enquanto

⁶ CORCIONE, D. *Pistas para uma metodologia da Pastoral Universitária*. 1981. p.18.

indivíduo. Assim, a revisão de prática e a revisão de vida tinham o objetivo de avaliar o impacto das ações nos indivíduos e na coletividade.

Os grupos de pastoral não tinham apenas o objetivo de transformar a realidade coletiva, mas a transformação dos indivíduos como parte desta coletividade.

Este encontro lançou bases consistentes para nossas atividades como Pastoral Universitária. Voltando a Sergipe, após várias reuniões, a pastoral foi subdividida em grupos por unidades de ensino, pesquisa e extensão universitária e definiu como orientação influir na política dos cursos.

Seguindo a orientação do grupo, iniciei minha atuação em meados de 1988, no Centro de Ciências Biológicas da Saúde. Neste período, a Pró-Reitoria de Graduação estava promovendo um debate sobre o Projeto Acadêmico da Universidade. Ao final da apresentação, convidei o Pró-Reitor de Graduação para apresentar e discutir o Projeto Acadêmico da Universidade em uma das reuniões da Pastoral. Terminada a reunião, fomos convidados a participar do grupo de estudos de reformulação do curso de medicina. Neste momento, existiam vários grupos de estudos para todos os cursos.

O curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe foi criado em 1961 e, desde sua criação, funcionava em um hospital conveniado, Hospital de Beneficência de Cirurgia, o maior e mais importante hospital do Estado. O Hospital de Cirurgia, como é conhecido, tinha o interesse de ampliar os serviços e queria a área física onde a universidade estava instalada. A diretoria do hospital começou a pressionar e questionar os termos do convênio que mantinha com a universidade. Na ocasião, a universidade não dispunha dos recursos exigidos pelo hospital para a manutenção do convênio nos termos vigentes, o que gerou impasse entre as partes.

O Centro Acadêmico, que politicamente estava enfraquecido, sem legitimidade e sem representatividade, conseguiu organizar uma reunião com os alunos do ciclo básico e foi exposta a tentativa de renúncia do convênio por parte do Hospital de Cirurgia ou, no mínimo, a redução do número de leitos. Ao mesmo tempo, foi comunicado que a gestão do Centro Acadêmico estava acabando e não havia nenhum grupo para assumi-lo. Neste momento tive interesse em participar do Centro Acadêmico, quando percebi a possibilidade de inserção de maneira direta nas discussões de políticas do curso de medicina. Do grupo da pastoral, entraram na chapa eleita do Centro Acadêmico a companheira Maira de Oliveira e eu.

Em março de 1989, a crise do hospital ressurgiu. Sua diretoria não tinha mais interesse em manter o convênio com a universidade, já que desejava aumentar a área física do hospital e ampliar seus serviços. Dentro desta atmosfera, realizamos, no dia primeiro de abril, o *I Encontro Sergipano de Estudantes de Medicina*. O encontro foi organizado com os seguintes objetivos: 1) divulgar as condições precárias de funcionamento da ala do Curso de Medicina no Hospital de Cirurgia; 2) divulgar e sensibilizar a comunidade universitária sobre a existência do Hospital Universitário, pronto havia seis anos e boicotado por grupos de professores; 3) discutir a importância do Hospital Universitário e sua localização na região mais pobre de Aracaju como fatores fundamentais para a mudança do enfoque da formação médica na Universidade Federal de Sergipe.

O encontro deliberou pela transferência das atividades do curso do Hospital de Cirurgia para o Hospital Universitário. Dois meses depois, iniciávamos as atividades teóricas e ambulatoriais do curso no Hospital Universitário.

No segundo semestre de 1989, surge uma nova crise: A Maternidade Hildete Falcão Baptista, pertencente ao Estado, com a qual a universidade mantinha um convênio para

treinamento dos alunos de medicina em ginecologia e obstetrícia, vinha realizando poucos partos normais e cirúrgicos. O maior movimento era de curetagens pós-abortamento. A causa do problema estava no desvio da clientela para as maternidades conveniadas do SUDS pelo próprio corpo clínico da maternidade. Só realizavam curetagens porque este procedimento não era rentável para as maternidades conveniadas. Deu-se início ao movimento de transferência da maternidade, por comodato, à universidade. Entretanto, havia interesses dos donos das maternidades conveniadas com o SUDS em transformar a maternidade num centro de treinamento de pessoal de nível médio. Por isso, reagiram à proposta com a argumentação de não haver recursos nem da universidade nem do Estado, visto que este último se isentaria de qualquer responsabilidade, a partir do momento que entregasse a maternidade à universidade.

As mobilizações para transferência das atividades do curso do Hospital de Cirurgia para o Hospital Universitário tinham capacitado os membros do Centro Acadêmico e, portanto, sabíamos da existência de um convênio entre o Ministério da Educação e o Ministério da Previdência e Assistência Social, através do qual os hospitais universitários ganhavam por produção. Por estar coordenando as atividades do Centro Acadêmico, fui indicado pelo Reitor da Universidade para ir ao Hospital de Clínicas do Paraná, com o intuito de verificar como funcionava o convênio.

No Paraná, depois de cumprir a missão institucional, fui ao Diretório Acadêmico Nilo Cairo para participar de uma reunião com membros da diretoria. Lá, tive acesso às discussões sobre ensino médico do Movimento Estudantil Nacional, informações sobre a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e sobre o *Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina*, que iria ocorrer no começo de 1990.

Chegando em Aracaju, discutimos, no Centro Acadêmico, os encaminhamentos da assembléia para pôr em discussão a aquisição da maternidade e a possibilidade de participarmos do *II Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina (COBREM)*, em Fortaleza. A maternidade foi transferida para a universidade no dia dois de janeiro de 1990.

No congresso, já fazia parte de uma tendência dentro do PT (mesmo tendo tido uma formação na Igreja), que era a Articulação. Este congresso, para nós, tinha uma importância muito grande, não só por ser o primeiro, mas porque nos mostrava como funcionava o movimento estudantil nacional. Apesar de ser um período conturbado, pós-derrota de Luiz Inácio Lula da Silva para Fernando Collor de Mello, a discussão estava muito mais em torno das causas que dos resultados observados na eleição e em torno de como a conjuntura nacional - em termos de Educação - iria se desenrolar. Na verdade, a análise era de como as tendências iriam se posicionar. Havia posições extremas de como fazer a revolução armada, defendidas pelo Partido da Libertação Proletária (PLP) e Convergência Socialista (tendência do PT). Havia ainda posicionamentos das demais tendências, as quais faziam uma avaliação da crise e apontavam estratégias de intervenção como movimento organizado dentro da ordem estabelecida.

A discussão seguinte foi a apresentação do relato das experiências dos Centros Acadêmicos e seu posicionamento no movimento estudantil. Nosso relato causou estranheza aos participantes, que questionaram como foram possíveis tantas modificações e conquistas de nossa parte, uma vez que em tão pouco tempo conseguimos organizar política e burocraticamente o Centro Acadêmico e mostramos como o trabalho coletivo resultou em ações.

Neste COBREM, o ex-presidente da DENEM, Armando De Negri, apresentou a proposta de transformação de ensino médico da DENEM (PTM), a qual tinha como cerne: *“quebra do sistema disciplinar de ensino, substituindo o modelo curricular formativo onde se trabalhe com*

as potencialidades individuais de cada um, através de pequenos grupos e instrutores fixos, altamente qualificados. A formação aprimorada de cada um dos membros do grupo é a responsabilidade coletiva. (...)Nessa mesma progressão trabalhamos o estudante para que ele aprenda a aprender, ensinamos a ele o método para construir cientificamente o pensamento diagnóstico fazendo a análise crítica do conhecimento e da prática médica. (...)O conhecimento das ciências básicas se faz ao longo do curso de maneira integrada, respondendo às necessidades de cada situação-problema que surja, as quais certamente corresponderão aos problemas mais comuns que irão surgir no cotidiano de sua prática futura. Desse modo cada situação-problema será analisada com a contribuição de todos os conhecimentos...⁷”

Até então, as motivações para nossas ações eram as que se definiram na *Conferência Mundial de Saúde de Alma Ata*, que influenciou mudanças curriculares no mundo todo, inclusive na nossa universidade. Estes eram os pressupostos teóricos aos quais tínhamos acesso e, naquele momento, com as reflexões de Armando (ex-presidente da DENEM, no período de 1986 a 1988), houve uma ampliação, já que, para ele, a mudança do ensino médico não passava apenas pela modificação de disciplinas, mas também pela revisão de metodologias pedagógicas, ou seja, o curso inteiro teria que ser repensado. Esta proposta trazia o aluno para a vivência do serviço de saúde e para a interdisciplinaridade.

Voltamos para Sergipe e continuei freqüentando as reuniões do colegiado. No entanto, não estava me dedicando como gostaria porque a questão do Hospital Universitário continuava a ser premente, uma vez que as enfermarias não estavam funcionando. Aproveitamos a visita do Ministro da Saúde na época, Alcenir Guerra, a Sergipe, e programamos uma manifestação, a fim de mudar sua agenda, tentando fazer com que ele fosse ao Hospital Universitário. No aeroporto,

⁷ Proposta de transformação de ensino médico da DENEM, apresentada em jornal divulgado no XIX ECEM, em

uma mobilização de estudantes sensibilizou o ministro e, na mesma noite, ele foi ao hospital. Neste, a direção do HU e o Centro Acadêmico (que era um porta-voz da instituição, já que os professores haviam se ausentado) mostraram os problemas que impediam o funcionamento do hospital. Um deles era o de pessoal porque o concurso tinha perdido a validade e não havia quadro de servidores. O ministro, sabendo destes problemas, propôs que o pessoal, necessário para o pleno funcionamento do hospital, fosse contratado pelo Estado na forma de convênio e outras disposições legais e tal procedimento foi assumido pela direção.

Porém, depois de certo tempo, não verificamos qualquer modificação no quadro do hospital. Não houve a decisão do governo para contratação do pessoal, nem tampouco a administração hospitalar mostrou-se ágil para sugerir alternativas e para cobrar a implementação das enfermarias. Haviam vários grupos técnicos para o desenvolvimento da instituição, mas eram ineficazes. O Centro Acadêmico conversou com a enfermeira Ruth, que tinha um papel de gerenciamento dentro do hospital, a fim de articular a realização de uma assembléia que deliberou pela criação de um grupo de apoio político para viabilizar a internação. Não tínhamos formação técnica especializada, mas legitimado pela assembléia, o grupo de apoio político era uma via de intervenção na elaboração de como contratar pessoal.

Nesse meio tempo, chegou o Ministro da Educação. Como não havia mais força para articular uma manifestação, o Centro Acadêmico conseguiu ter acesso ao ministro e ao governador, através do diretor do hospital, quando fizemos nova proposta de contratação. O governador a aceitou e a cumpriu e, em 1991, foi iniciada a internação no Hospital Universitário.

O processo de transformação que se estabeleceu no curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe teve como principal dispositivo o conhecimento adquirido pelos dirigentes do Centro Acadêmico através das disciplinas da saúde coletiva, que nos possibilitaram o acesso à bibliografia relacionada à discussão de políticas de saúde. Este conhecimento foi de grande relevância em todo o processo. Era de fato necessário ter profundo conhecimento destas políticas para sugerir e discutir com as autoridades constituídas sobre os rumos do campus da saúde da universidade.

O coordenador do curso de saúde coletiva divulgou, junto ao Centro Acadêmico, informações sobre o *Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, que seria realizado na USP, em julho de 1989. No congresso, fui orientado a assistir a comunicação coordenada do professor Gastão Wagner de Sousa Campos sobre *MODELO TÉCNICO ASSISTENCIAL* e sua implantação, que apresentava o que vinha sendo trabalhado em Campinas. Tratava-se de um modelo de saúde que não se baseava apenas em programas, mas pressupunha uma organização que efetivamente suprisse o atendimento às necessidades dos usuários, expresso a partir do atendimento às demandas espontâneas.

Na disputa interna dentro da universidade, verificamos que a saída dos dirigentes do Centro Acadêmico na perspectiva de acessar novos saberes funcionava como um dispositivo de acúmulo de poder. Logo, ao invés de disputarmos na agenda estabelecida, apresentávamos novas propostas que geravam uma nova agenda. Isto definia uma forma de atuação e criava grande movimento dentro do hospital.

Até então, a matriz discursiva que norteava nossa análise no campo da saúde era estruturalista, fruto da influência do mentor intelectual do Centro Acadêmico, o professor Antônio Samarone de Santana, da saúde coletiva. Naquele momento, não enxergava a clínica

como espaço possível de atuação na construção das reformas, acreditava que na saúde pública havia a possibilidade de libertação de todos os homens.

A reflexão acessada sobre o sujeito como construtor de história através do professor Gastão no congresso de saúde coletiva, não era totalmente compreensível para mim. Do ponto de vista teórico, ainda interpretava a realidade de forma estruturalista, na qual os fatores econômicos eram determinantes.

Numa outra disciplina, lecionada por Samarone, fiquei incomodado, já que não via a possibilidade de fazer história. A compreensão de que a clínica poderia auxiliar na ampliação da autonomia e aí promover, como aprendemos na Igreja, a libertação do homem todo, não era vislumbrada e eu não tinha acumulado saberes para interpretar estes fatos. No final de 1989 eu era o protótipo do sanitarista da medicina social.

Em abril de 1990, participamos, em Niterói, do Conselho Nacional de Entidades de Estudantes de Medicina (CONEEM), quando reencontramos o pessoal do DCE da Unicamp que nos despertou o interesse de conhecer o programa de iniciação científica da universidade. Fomos à Unicamp, sendo recebidos pela chefe do Departamento de Medicina Preventiva, na época a professora Ana Maria Canesqui, que nos expôs como a instituição captava recursos e como os estudantes de graduação participavam das atividades de pesquisa. Percebi que a atuação dos estudantes na pesquisa, mesmo na Unicamp, era posta no segundo plano. A inserção dos alunos era pontual na realização do trabalho de campo das pesquisas em andamento.

Voltamos para Sergipe, mas sem muitos elementos para organizar projetos de pesquisa na graduação. Continuamos as lutas junto ao hospital e junto ao colegiado do curso, no que tange às modificações no currículo. No ECEM do Rio de Janeiro, em 1990, surgiu a proposta, logo

acatada, de o Centro Acadêmico da Universidade Federal de Sergipe organizar o *III Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina*.

As discussões que assistimos no COBREM de Fortaleza, no CONEEM de Niterói e no ECEM do Rio de Janeiro se repetiam. Eu acreditava que a circularidade das discussões devia-se à indefinição dos objetivos das mesas e à falta de orientação dos grupos de discussão.

Em novembro de 1991, apresentei no CONEEM de Botucatu o *Projeto III COBREM*, que previa a definição dos objetivos das mesas e o papel dos grupos de discussão. Neste encontro, conheci o acadêmico Alcindo Antônio Ferla, estudante de medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e funcionário da Secretaria de Saúde e Assistência Social de Porto Alegre, que apresentou uma discussão elaborada sobre a Lei Orgânica da Saúde e uma crítica estruturada sobre a proposta de transformação de ensino médico da DENEM, além de propor a criação do Centro de Estudos e Pesquisa em Educação e Saúde (CENEPES).

No III COBREM, realizado em Aracaju em 1991, apesar de termos definido e pactuado os objetivos e a dinâmica do evento previamente, não foi possível a construção coletiva de uma proposta de intervenção na realidade. Percebi que não bastava estarmos organizados e sabermos onde queríamos chegar. Havia algo que precisava ser substituído para que as decisões fossem efetivas. Naquele momento, não percebíamos o que faltava, mas hoje compreendo que era uma questão de cultura que instituiu a prática do movimento estudantil. O instituinte desta prática consistia nas disputas entre as tendências que se utilizavam das discussões dos fóruns do movimento estudantil, com o objetivo de arregimentar o maior número de militantes, na perspectiva de somar a força necessária para assumir a direção das entidades.

Estavam no congresso, Victor Salazar, secretário geral da UNE, e Alcindo, que apresentou a proposta de criação do CENEPES e levantou a possibilidade de encabeçarmos uma chapa para a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM.

Findo o congresso, houve um encontro em Vitória (ES), em 1991, onde aprovamos a criação do CENEPES, no qual ocupei o cargo de tesoureiro. O CENEPES tinha como proposta criar grupos de discussões, em cada escola, que acumulasse cognitivamente sobre os temas “política em saúde” e “educação em saúde”.

Alcindo, Coordenador do CENEPES, e Alexandre Padilha, presidente da DENEM, propuseram, em conversa reservada com Cláudia Menezes Santos e comigo, que o Centro Acadêmico de Medicina “Dr. Augusto César Leite” da UFS assumisse a direção da DENEM, na qual eu seria o presidente. Aceitamos, desde que fosse construída viabilidade para concorrer à eleição.

Houve no final de maio e início de junho de 1991 o I Seminário de Planejamento do CENEPES, no HC-Unicamp, que contou com a participação de alunos militantes de todo o Brasil. Este Seminário proporcionou aos participantes o encontro com formuladores como: Gastão Wagner de Souza Campos, Nelson Rodrigues dos Santos, Emerson Elias Merhy, Lília Blima Schraiber, Benedictus Philadelpho de Siqueira e Maria Cécilia Micovisk, que nos apresentou parte da obra do professor Mário Testa. Para mim, militante do movimento estudantil de Sergipe, cujo método “VER, JULGAR E AGIR” da Pastoral Universitária era o que norteava minha ação, passei a entender a partir da racionalidade do postulado de coerência do professor Mário Testa, o que fazia de maneira intuitiva. Vislumbrei a possibilidade de enxergar as nossas ineficiências na viabilização técnico política dos projetos.

O CENEPES passou a ser, de certa forma, um poder paralelo dentro da DENEM consolidando-se como espaço de formação de novas lideranças, que viabilizaram a nossa eleição para a direção da DENEM no ECEM de Belém (PA), em 1991.

Ao retornarmos para Sergipe, vivenciamos uma greve geral na universidade. Como já haviam iniciado as internações no HU e a maternidade já estava sob a gestão da universidade, voltamos nossa atenção para a reforma do ensino médico. No período de greve, organizamos uma reunião entre estudantes e docentes de medicina e docentes de outras áreas, a fim de expormos as insatisfações e problemas sobre o **ensino médico**.

As questões levantadas não deveriam estar ligadas apenas à grade curricular, mas a como seria gerido o novo currículo. O curso de medicina na nossa universidade não tinha direção, estava dividido em cinco departamentos, onde cada um tinha uma chefia e autonomia administrativa, o que na prática inviabilizava as políticas definidas pelo colegiado do curso. Fazia a leitura de que os poderes não poderiam estar concentrados em atores distintos, o que inviabilizava o projeto político. Entendia que esta questão deveria ser resolvida para que o novo currículo fosse implantado.

Outra análise estava na discussão sobre o modelo técnico assistencial, pois houve apenas uma mudança do espaço físico do Hospital de Cirurgia para o Hospital Universitário. Precisávamos discutir este modelo assistencial e também a relação com a grade curricular.

Instalava-se assim uma crise. Do ponto de vista administrativo, do modelo técnico assistencial e do pedagógico, não havia uma proposta; o que existia era apenas uma proposta de modificação da grade curricular. O Centro Acadêmico tinha acumulado uma discussão sobre estes pontos e expusemos estas premissas. Nesta reunião, os docentes nos desafiaram a apresentar um projeto que contemplasse todas as questões levantadas. Pedimos um prazo para apresentarmos

uma proposta. Tínhamos, então, que apresentar um projeto de curso, sabíamos de nossas deficiências e que precisávamos conhecer mais sobre modelos técnicos assistenciais e aprofundar a discussão sobre ensino médico e gestão em saúde.

Assim, articulamos os Centros Acadêmicos em torno do CENEPES, criamos uma relação com outros cursos da área de saúde e propusemos que os recursos do Centro Acadêmico patrocinassem a ida de estudantes destes cursos a Campinas, para o Seminário do CENEPES, com o objetivo de gerar interdisciplinaridade e reflexão. Nesta ocasião, tivemos contato com o professor Emerson Elias Merhy, que nos apresentou a um texto - “Modelos técnicos assistenciais em Defesa da Vida”⁸, o qual nos serviu de guia para estruturarmos a proposta de Distrito Geo-Educacional. Além disso, logo após o Seminário do CENEPES, ocorreria o *Congresso Brasileiro de Educação Médica*, onde os membros do Centro Acadêmico puderam ampliar seus saberes sobre o tema.

Desde 1988 vinham sendo estudadas propostas de mudança no currículo médico pelo Colegiado do Curso de Medicina da UFS. Conforme desafio dos docentes, apresentamos a proposta de projeto de curso e foi criada uma comissão do colegiado para avaliar as mudanças que propusemos. O resultado foi que nosso projeto passou a ser o *Projeto de Reforma do Curso Médico da Universidade Federal de Sergipe*. Esta proposta incluía a criação de um Centro de Ciências de Saúde, do Departamento de Medicina, que decorria da unificação dos departamentos, definindo o espaço de direção do curso tanto nas questões acadêmicas como administrativas, e do distrito geo-educacional. Parte desta proposta foi aprovada no Conselho de Ensino e Pesquisa da universidade e outra encontra-se em fase de tramitação.

⁸ MERHY, E.E. Op.cit.

Em 1992, na Conferência Estadual de Saúde, foi aprovado que o Hospital Universitário seria sede do 4º Distrito Sanitário da Capital. As atividades de ensino foram transferidas para uma das unidades básicas. No entanto, houve somente a transposição dessas atividades, sem que isso gerasse mudanças no enfoque da abordagem sobre o processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico. Mesmo tendo a discussão acumulada da DENEM e da Associação Brasileira de Educação Médica, não conseguimos apresentar uma proposta de organização do curso que representasse um avanço do ponto de vista pedagógico.

Porém, outros fatos que ocorreram em 1991 foram importantes para definir os rumos do movimento estudantil: o ECEM de Belém e a criação do CENEPES tinham como perspectiva a articulação de um grupo que pudesse ser alternativo à direção da DENEM.

Fomos para Belém, sabendo que tínhamos uma disputa. Teríamos que construir a viabilidade do grupo à frente da DENEM. Na época disputávamos com a Nova Esquerda, uma tendência do PT encabeçada pelo pessoal do Rio Grande do Sul e de Belém, que estava organizando o ECEM e pretendiam assumir a direção da DENEM. Havia um grupo do Ceará, Democracia Socialista, tendência do PT; nós, Articulação, também tendência do PT, e um grupo do Rio de Janeiro, do PCB.

Os gaúchos retiraram a candidatura e conseguimos montar uma chapa de composição que incluía a Articulação da qual faziam parte Mozart Júlio Taboza Sales, candidato a secretário geral, eu, candidato a presidente; Cláudia Menezes Santos, candidata a secretária de comunicação e Fábio Feitosa de Carvalho, candidato a secretário de finanças, ambos sem tendência, mas nossos aliados; e Davi Somberg, do PCB, candidato a vice-presidente da DENEM.

Conseguimos ganhar a eleição com um grupo de distintas origens de formação política. Alguns se formaram na militância dos movimentos capitaneados pela Igreja, como Alcindo e eu;

Cláudia e Fábio não tinham passagem prévia em nenhum grupo político; Mozart e Davi se formaram na militância partidária. Assim, a heterogeneidade e a inexistência de projeto político partilhado constituíam-se em dificuldades para o grupo.

Assumimos a DENEM numa fase de franco declínio. O movimento que a criou em 1986 no ECEM do Ceará contou com a participação de 5.000 estudantes. No ECEM de 1991 havia apenas 600. Diante disso, com o que aprendi do pensamento do professor Mario Testa sobre planejamento, propus a realização de um seminário em Recife, para o qual convidamos os membros da DENEM para fazerem o planejamento da gestão.

O planejamento contou com a participação de poucos dirigentes eleitos da entidade. Ficamos isolados, uma vez que Estados que tinham uma participação importante no movimento, naquele momento, como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Ceará, não foram representados. Isto, por um lado, foi ruim, pois demonstrava nossa fraca influência em nível nacional, mas, por outro lado, reuniu um grupo que tinha poucas amarras e poderia propor algo novo. O seminário apontou alguns problemas, como por exemplo:

- Inexistência de identidade legal e funcional da DENEM;
- Baixa legitimidade e representatividade da DENEM entre os estudantes;
- A agenda do movimento é diferente da agenda definida para os estudantes - A agenda do movimento era carregada de discussões sobre política de saúde, de educação, econômica, etc... e sobre educação médica, o que destoava da agenda cotidiana do estudante, que privilegiava as informações técnicas. Assim, diagnosticamos que não haveria estudantes ativos no movimento, se não transformássemos as instâncias e os processos da escola médica que geram a agenda dos estudantes;

- Inexistência de instrumento de comunicação interna, entre direção nacional e CAs / DAs, nem tampouco comunicação direta com os estudantes.

Como propostas surgiram:

- Criar um estatuto que organizasse a DENEM como entidade legal e formal;
- Criar uma campanha nacional em defesa da vida, que articulasse as distintas frentes presentes na agenda do movimento estudantil, como implantação do SUS e transformação do ensino médico;
- Criar um boletim interno e o jornal da DENEM que tivessem alcance a todos os estudantes.

Na condição de presidente eleito, assumi a tarefa de elaborar uma proposta de estatuto para a DENEM. Antes de tomar posse, presenciei uma discussão entre Alexandre Padilha (presidente da DENEM) e militantes do PC do B, na qual, Padilha foi questionado sobre a ausência da entidade na condução do movimento, e ele declarou: “*A DENEM somos todos nós, CAs e DAs*”. Esta expressão despertou em mim a necessidade de relatar uma proposta de estatuto que transformasse os CAs/DAs e DENEM numa única organização sem perda de identidade.

A solução que encontrei foi chamar de DENEM uma organização nacional com dois níveis de direção, um nacional e outro local. O nível nacional seria representado pela Coordenação Nacional (a antiga DENEM) e o nível local pelas Coordenações Locais (CAs e DAs). Uma vez que os CAs e DAs transformaram-se em coordenações locais, propus que o Conselho Nacional de Entidades de Estudantes de Medicina (CONEEM) passasse se chamar *reunião* dos órgãos de direção da DENEM, compostos pela coordenação nacional e pelas coordenações locais. Faltava discutir o papel dos fóruns no estatuto, isto é, COBREM e ECEM.

Em novembro, aconteceria um CONEEM no Rio de Janeiro, no qual tomaríamos posse e discutiríamos em qual cidade seria realizado o XXII ECEM: Campinas, Goiânia ou Aracaju. Entendíamos que Campinas seria o melhor local, pois quando surgiu a idéia do *slogan* “em defesa da vida”, víamos uma possibilidade de conseguir patrocínio, uma vez que já tínhamos conseguido da FCM-Unicamp a promessa de um financiamento. No entanto, uma controvérsia interna do CA da FCM/Unicamp impediu que o ECEM se realizasse em Campinas. Daí restaram duas possibilidades: Goiânia ou Aracaju. Goiânia constituía-se como problema, pois lá o grupo do PC do B tinha uma perspectiva diferente de movimento da do nosso grupo. Transferimos a decisão do local para o IV COBREM.

No IV COBREM, decidimos não apresentar a proposta de planejamento construída na reunião de Recife e posteriormente consolidada no II Seminário do CENEPES realizado em outubro de 1991, para que os próprios participantes construíssem uma proposta de gestão. Foi fantástico, pois esta construção foi mais ampla do que a que tínhamos feito. Daí surgiu a idéia de transformar o COBREM num congresso de planejamento. Depois de muita discussão, o plenário do congresso aprovou a realização do XXII ECEM em Aracaju.

Em maio de 1992, no congresso da UNE, em Niterói, apresentei a segunda versão do estatuto, na qual defino os papéis dos fóruns do movimento estudantil de medicina.

É importante ressaltar que o professor Mario Testa foi o teórico que subsidiou todo o nosso entendimento sobre o movimento estudantil entre 1991 e 1995. Teve também importância quando formulamos as bases da reforma administrativa do curso de medicina da UFS. O professor Emerson Elias Merhy forneceu elementos para a concepção do modelo técnico assistencial.

Para o ECEM de Aracaju, tínhamos a pretensão de capacitar os estudantes, a fim de que estes incorporassem técnicas de planejamento. Alcindo sugeriu que o professor Emerson protagonizasse o curso mas, como não pôde, indicou o professor Edmundo Gallo, que cumpriu a tarefa. Conseguimos dobrar o número de participantes - fato importante do ponto de vista de reestruturação e consolidação da DENEM como entidade nacional organizada. Definimos os CAs como organizações locais, o papel do ECEM e do COBREM e que o CENEPES teria um regimento interno.

A seguir, fizemos a sucessão: Mozart assumiu a Coordenação Geral da DENEM e eu assumi a Assessoria de Educação Médica. Mudamos a data de posse da diretoria para o COBREM, fórum de planejamento da entidade. Com isto, criamos um dispositivo capaz de permitir a coexistência das duas diretorias, no intuito de que a transição se desse de forma gradual e permitisse a interação entre as duas gestões.

Na assessoria de ensino médico, aproximei-me ainda mais da Educação Médica como objeto de reflexão e análise. No período anterior, acumulei a agenda de presidente e de representante da DENEM na CINAEM.

A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) foi criada, em 1991, pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com o objetivo de avaliar o aparelho formador e identificar que tipo de profissional estava sendo formado, como se processava esta formação e de se contrapor às investidas do Ministro da Saúde e da APM que transferiam a crise da saúde aos médicos e aos recém-formados, respectivamente. A APM propunha ainda, na ocasião, exame de final de curso.

Hoje a CINAEM tem a seguinte composição: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de

Medicina (DENEM), Sindicato Nacional dos Docentes do Ensino Superior (Andes), Associação Médica Brasileira (AMB), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP), Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) e Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR).

Esta comissão criou um Projeto de Avaliação das escolas médicas do Brasil, que, numa primeira fase, envolveu 96,25% das escolas médicas do Brasil e produziu os seguintes resultados:

- 1) Formação de um banco de dados sobre as escolas médicas do Brasil;
- 2) Avaliação do conjunto das escolas médicas do Brasil quanto à estrutura político-administrativa, estrutura política-econômica, infra-estrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico, papel da escola médica na assistência e na pesquisa e produto final formado;
- 3) Forneceu às escolas um consolidado descritivo de suas condições gerais;
- 4) Efetivou a articulação das entidades médicas em torno da educação médica.

No Congresso da ABEM de Londrina, em 1992, onde foram apresentados os dados da Primeira Fase do Projeto da CINAEM, os estudantes tiveram uma participação histórica, devido à intervenção organizada e ao número de participantes. Aprovamos modificação do estatuto, no qual os estudantes assumem 50% das vagas de delegados dos congressos da ABEM, fórum que decide os rumos políticos da entidade. Antes, contávamos com um terço dos delegados. Conseguimos aprovar uma composição paritária.

Depois do congresso em Londrina, realizou-se o V COBREM, em Belo Horizonte, símbolo do auge da reestruturação do movimento estudantil de medicina. No IV COBREM de Cuiabá, em 1992, do qual participou o professor Mario Testa, tivemos 30 estudantes: 17 de

Belém e 13 de outros Estados. Foi uma representatividade muito pequena, o que refletia a perda de importância política dos fóruns do movimento estudantil de medicina. Em 1993, no congresso de Belo Horizonte, participaram 300 estudantes. É interessante enfatizar que a participação foi efetiva. Por isso, este congresso foi a consolidação do que havíamos construído no ano anterior, um congresso de planejamento participativo, no qual se definiam as políticas da entidade.

O curso de planejamento do ECEM de 1992, proferido pelo professor Gallo, foi decisivo na efetivação de uma nova cultura de definição coletiva de políticas. Pela primeira vez no movimento estudantil, independentemente do acúmulo teórico dos participantes, os estudantes puderam partilhar suas vivências em torno de um objeto, analisado através da categoria problema, que possibilitou o recorte coletivo da realidade auto-referida pelos estudantes participantes. Isto foi interessante, pois ao contrário das tentativas de engajamento a partir de subterfúgios alegóricos do tipo: *shows*, mostras de arte, etc., os estudantes participaram ativamente por experimentarem a condição de sujeitos na produção coletiva de políticas.

Outra marca deste congresso foi que o COBREM deixou de ser um espaço de disputa de projetos preestabelecidos, isto é, fora do espaço do movimento, o que aconteceu no I, II e III COBREM_s. A história das pessoas no movimento definiu o que seria discutido e não apenas as tendências.

Um fato importante para a educação médica foi a definição do modelo pedagógico das escolas médicas como problema e de ter sido analisado coletivamente pelos estudantes que ali estavam. Eles construíram uma explicação, fruto de suas vivências na realidade de suas escolas, utilizando técnicas de planejamento, mesmo que superficialmente.

A partir da definição do modelo pedagógico como problema pelos estudantes no COBREM de Belo Horizonte, foi que tive a iniciativa de propor o planejamento como método de avaliação das escolas médicas do Brasil na segunda fase do projeto CINAEM.

O congresso fechou o ciclo da organização do movimento. Foi o momento em que definimos coletivamente uma estrutura de organização do movimento, uma forma de participação e papel dos fóruns. O COBREM consolidou-se como sendo um espaço de formulação coletiva do projeto político da organização. Para o movimento estudantil, o que ficou faltando foram os pressupostos técnicos e o questionamento sobre como o movimento capacitaria seus militantes para intervir nas suas escolas. Esta discussão ficou a cargo dos dirigentes da DENEM.

No final deste COBREM, ao assumir a Assessoria da Educação Médica, queria continuar militando nas atividades da CINAEM. Afinal, conhecia todas as escolas médicas do Brasil, por ter podido acompanhar a CINAEM ao longo de um ano e o término da primeira fase do projeto. Inicialmente, houve conflito com o Coordenador geral da DENEM, que tomou posse no V COBREM, pois a CINAEM tornou-se um espaço privilegiado de articulação política entre as entidades que a compunham. Depois de várias discussões, definimos que trabalharíamos em conjunto, cabendo a mim articular a intervenção para a conformação das características técnicas da segunda fase e ao Mozart a sua viabilização a partir da articulação política com os CAs e DAs.

Enquanto militante, coordenador geral da DENEM, a questão do ensino médico já era um problema de meu interesse. Apesar de termos identificado os problemas anteriormente na militância e no próprio decorrer do projeto CINAEM, não consegui nem aprofundar nem tampouco apontar caminhos para resolver questões como a da estrutura pedagógica do ensino médico.

Dentro da assessoria do ensino médico e, portanto, mais centrados na preocupação com ensino, tinha que ter uma abordagem mais profunda. Foi um período incômodo, já que não sabia como contribuir com o processo de avaliação enquanto representante da DENEM, de maneira que solucionasse aquilo que identificamos como problema durante a militância do Centro Acadêmico e na presidência da DENEM.

Um dia, depois de muito refletir, vendo o material do COBREM já digitado, percebi que era possível utilizar o método de planejamento estratégico como método de avaliação de ensino médico. Existia, além disso, uma crise dentro da CINAEM, na área de financiamento, para desenvolver a segunda fase. O professor Roberto Xavier Piccini apresentou uma proposta, para a qual as entidades diziam não dispor de recursos para o seu financiamento, voltada para o aprofundamento da problemática levantada na primeira fase, isto é, o modelo pedagógico e o perfil do corpo docente, que possui peso importante no perfil do médico recém-formado.

Naquele momento, a CINAEM não tinha recursos para contemplar a segunda fase da avaliação. Com esta crise, tínhamos que criar alternativas. Foi aí que pensei em dividir as despesas com as escolas médicas, que seriam o sujeito do processo de avaliação. O que também nos motivou em propor esta alternativa para as escolas foi o fato de que, concluída a primeira fase, as escolas participantes não mudaram sua postura diante dos dados revelados pelo projeto, e, quando havia um posicionamento, este era conservador.

Numa escola do interior de São Paulo, o diretor estava utilizando o relatório da primeira fase para definir políticas de recursos humanos, pois a escola não tinha nem doutores nem mestres. Porém, o que se revelava na primeira fase era muito mais amplo. Sentimos, em muitas escolas, logo que receberam o resultado da primeira avaliação, que não sabiam proceder metodologicamente na resolução dos problemas levantados na primeira fase. Assim, deveria

haver um recurso metodológico na segunda fase que possibilitasse a criação de um processo de discussão coletiva, em que as escolas pudessem articular soluções para as demandas levantadas e sua viabilidade política. Tudo isto me fez propor o planejamento estratégico como método de avaliação das escolas médicas.

Houve um encontro de estudantes em Volta Redonda (RJ), em abril de 1993, no qual havia marcado uma conversa com o professor Edmundo Gallo, que coordenou a oficina de planejamento do ECEM de Aracaju e as atividades de planejamento do V COBREM, para propor e discutir a utilização do planejamento como método de avaliação das escolas médicas. Ele considerou oportuno e pertinente a proposição e se dispôs a participar.

Depois deste contato, haveria uma reunião da CINAEM em Botucatu, agora presidida pelo Dr. William Saad Hossne. Esta reunião contou com a presença do professor Roberto Xavier Piccini, coordenador técnico da CINAEM, e autor de uma proposta para a segunda fase do processo de avaliação, que fora apresentada no Congresso da ABEM, em Londrina, 1992. Nos intervalos da reunião, conversei com o professor Piccini sobre a possibilidade da incorporação do planejamento estratégico como método de avaliação do modelo pedagógico a ser utilizado na segunda fase, e do professor Gallo como consultor em planejamento. Ele concordou.

Na reunião definimos que o planejamento estratégico seria incorporado ao processo de avaliação da CINAEM e que o professor Gallo seria o consultor da área; criamos uma assessoria técnica responsável pela elaboração da proposta para a segunda fase. Essa assessoria era composta pelos professores José Eberianos Assad e Piccini, e por mim; aprovamos o cronograma de trabalho da assessoria para a elaboração da estrutura da proposta da segunda fase. O professor Gallo, no primeiro momento, seria agregado à assessoria.

Aprovadas estas sugestões, voltei para Sergipe (na assessoria técnica da CINAEM), pedi licença do internato para visitar as escolas na tentativa de mapear movimentos e mobilizações geradas pela divulgação dos resultados da primeira fase, a fim de buscar alguns elementos que justificassem a suspeita de que os resultados por si não davam direcionalidade aos processos internos de mudanças das escolas e, ao mesmo tempo, suscitavam poucas discussões internas. Visitei a maioria das escolas do Estado de São Paulo, financiado pela contribuição devida dos CAs/DAs à DENEM.

É importante ressaltar que, antes da reunião de abril de 1993, em Botucatu, o professor Piccini já havia apresentado o projeto para a segunda fase da avaliação das escolas médicas. Este projeto tinha dois estudos:

a) Um estudo para avaliar os médicos recém-formados, no qual os alunos se submeteriam a uma prova teórica no início do internato, que se chamou *Teste de Qualificação Cognitiva Inicial*; outra, ao final do internato, denominada *Teste de Qualificação Cognitiva Final*. Eles seriam acompanhados durante o internato, por meio de observações práticas através de uma ficha estruturada de avaliação aplicada pelos docentes. Este estudo tinha como objetivo avaliar o perfil do aluno ao final do curso, além de verificar a importância do internato e como os alunos responderiam a uma intervenção do docente, através da observação mais efetiva. Assim, o resultado esperado deveria dizer como os alunos acumulam saberes durante o internato, como se dá a interação com o docente e qual a importância do internato na formação médica.

b) O outro estudo, *tipo transversal*, objetivava fazer um corte temporal do perfil do corpo docente das escolas médicas do Brasil. A proposta do professor Piccini, apresentada em Londrina, no ano de 1992, era a mesma que estava em discussão na reunião de Botucatu, no mês de abril de 1993. Nós, do movimento estudantil, tínhamos uma crítica: achávamos que faltava um

instrumento que gerasse uma participação mais ativa das escolas e também um estudo que avaliasse o *modelo pedagógico*, que seria mais difícil para discussão e avaliação a partir de um desenho metodológico quantitativo.

Teríamos, portanto, que incorporar um modelo qualitativo que contemplasse a avaliação do modelo pedagógico em toda a sua dimensão. Conseguimos consolidar esta proposta quando aprovamos em reunião da CINAEM a incorporação do planejamento estratégico para avaliar o modelo pedagógico.

Em toda a sua proposição, a segunda fase da CINAEM continha então três estudos:

1. Avaliação dos recursos humanos da escola;

2. Avaliação do perfil do médico recém-formado;

3. Avaliação do modo de como os alunos são formados ao longo dos seis anos, isto é, o modelo pedagógico.

Definindo estas etapas de forma política, teríamos que viabilizar o projeto na prática.

Vivenciamos várias dificuldades, tais como:

- Falta de apoio logístico para que a assessoria técnica da CINAEM pudesse se reunir e iniciar a elaboração;
- Falta de mecanismos que efetivassem o professor Gallo como consultor da segunda fase do projeto.
- Falta de vontade política da direção da CINAEM para que o projeto se realizasse.

As reuniões para elaboração do projeto ocorreram devido à minha determinação, até porque era claro para mim que, mudando-se o enfoque da formação médica, poderíamos ter

estudantes-sujeitos e agentes do seu processo histórico. O projeto CINAEM era uma possibilidade de transformação do ensino médico em que os estudantes também seriam protagonistas.

Apesar de todas as dificuldades e boicotes, consegui o apoio da DENEM, para junto aos CAs e DAs arrecadar a contribuição devida por estes à DENEM. Com esta verba foi possível conhecer as escolas do interior de São Paulo e capital, a fim de acumular conhecimentos, bem como ir semanalmente ao Rio de Janeiro para discutir e produzir com o professor Gallo o documento: “Avaliação do Modelo Pedagógico a Partir do Enfoque Estratégico” .

No dia 31 de maio de 1993, em Recife, na reunião da CINAEM, conforme cronograma estabelecido pela CINAEM em Botucatu, tínhamos parte do projeto disponível. Nesta reunião expressei o descontentamento da DENEM ao boicote à elaboração do projeto da segunda fase e apresentei parte da proposta o documento “Avaliação do Modelo Pedagógico a Partir do Enfoque Estratégico”, uma vez que o professor Piccini não pôde participar, pois o seu pai sofrera um infarto na véspera. A consequência do embate foi o compromisso dos membros da CINAEM com a assessoria técnica em viabilizar as reuniões para a elaboração do projeto.

Em junho de 1993, no Rio de Janeiro, em reunião da assessoria técnica da CINAEM no CREMERJ, conseguimos fechar o arcabouço do projeto. Participaram desta reunião Piccini, Edmundo Gallo e eu. Um mês mais tarde, numa reunião da CINAEM, apresentamos o projeto - ainda que não concluído - e dissemos como seria a segunda fase. Conseguimos o apoio de todas as entidades ligadas à CINAEM.

Nesta reunião, houve tentativa por parte da coordenação de compor um grupo técnico para elaborar um projeto que já havia sido concebido por esta assessoria. Foi proposto que um outro grupo assumiria o que havíamos concebido.

As entidades que compunham a CINAEM afirmaram o professor Piccini como coordenador do projeto e, assim, não houve mudanças na coordenação. Seguindo esta discussão, foi levantada a problemática do financiamento do projeto. Não havia recursos para viabilizá-lo e teríamos que apresentá-lo no *III Fórum de Avaliação do Ensino Médico* e no *XXXI Congresso Brasileiro de Educação Médica*, que ocorreriam em São Luiz (MA), no final de 1993. Propusemos que as entidades contribuíssem com a quantia que pudessem e o CFM se dispôs a complementar os recursos necessários à viabilização do projeto e do fórum.

No início de agosto, ocorreu em Fortaleza o XXIII ECEM, aberto pelo presidente do CFM, Dr. Ivan de Moura Fé. Tomei a iniciativa de convidá-lo para uma reunião com o professor Piccini, com o Dr. Jorge Luiz Amaral e comigo, com o intuito de discutirmos sobre a CINAEM. Esta reunião resultou na destinação dos recursos necessários ao financiamento do projeto CINAEM pelo CFM.

No *IV Fórum de Avaliação do Ensino Médico*, que ocorreu em Niterói, em novembro de 1994, ficou definido que o projeto seria implantado nas escolas que aderissem ao projeto.

II. OBJETO

Construindo o olhar da pesquisa do sujeito em formação.

Em março de 1995, em viagem a Pelotas, pela Associação Nacional dos Médicos Residentes (ANMR), motivado pela utilização de instrumentos de descrição de processo de trabalho, incorporados nas atividades da residência e na descrição do processo de produção de políticas da DENEM apresentado no VII COBREM de Vitória (ES), propus ao professor Piccini um final de semana de trabalho com o objetivo de construirmos uma descrição geral dos currículos médicos, para identificar a estrutura curricular mais freqüente sobre a qual se corporificava a formação do médico nas escolas médicas do Brasil, e constituir um parâmetro para analisar as propostas de mudanças e as particularidades de cada escola.

Utilizando-se de um fluxograma de descrição de processo de trabalho, de informações produzidas na primeira fase da pesquisa da CINAEM, dos conhecimentos que acumulamos ao visitarmos a quase totalidade das escolas do país (com relação à regularidade com que os conteúdos programáticos apareciam distribuídos ao longo do tempo, da história natural da doença, do modelo flexneriano e da concepção de formação onde a teoria deve anteceder a prática, presente em todas as escolas) fizemos uma descrição geral dos currículos e do processo de formação da graduação em medicina, conforme esquema abaixo:

“Primeira Etapa: corresponde aos dois primeiros anos do curso de graduação em medicina - Ciclo Básico. Os produtos desta etapa são: 1) acúmulo de conhecimentos biológicos; e 2) incorporação do método científico positivista;

Segunda Etapa: corresponde ao terceiro ano do curso de graduação em medicina - **Propedêutica/Semiologia**. Os produtos destas etapas são: 1) incorporação de uma postura médica; 2) assimilação de método de trabalho; 3) apreensão da linguagem clínica;

Terceira Etapa : corresponde ao quarto ano da graduação em medicina nas escolas que têm internato de dois anos, e quarto e quinto anos nas escolas que têm internato de um ano - **Disciplinas Clínicas e Cirúrgicas**. Os produtos desta etapa são: 1) incorporação de conhecimentos sob a forma de tecnologias diagnósticas e terapêuticas;

Quarta Etapa: corresponde ao sexto ano da graduação em medicina nas escolas que têm estágio curricular de um ano; e quinto e sexto ano nas escolas que têm estágio de dois anos - **Internato**. Os produtos desta etapa são: 1) consolidação de conhecimentos; 2) consolidação de habilidades; e 3) consolidação de atitudes⁹”.

As escolas médicas, nos últimos anos, têm experimentado tentativas de inovação na formação médica. As discussões foram hegemônicas por correntes que baseavam o processo de transformação do ensino médico na redefinição do perfil do profissional que se quer formar, a partir da identificação de conteúdos de cada uma das especialidades da medicina, essenciais para a composição das competências do formando. Adotava-se como estratégia a reforma da grade curricular.

Em documento do Colegiado do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, divulgado em junho de 1989, a seguinte grade curricular foi apresentada como alternativa de mudança:

⁹ PICCINI, R. X. e SANTOS, R. C. “Análise e descrição geral dos currículos e processo de formação médica”. In: Mimeo. março de 1995.

Primeiro ano - “composto pelas disciplinas morfológicas micro e macro, fisiologia, biofísica e bioquímica”; Segundo ano - disciplinas que estudam “os agentes de agressão e reações orgânicas a eles - patologia geral, anatomia patológica, fisiopatologia e introdução aos exames do paciente - propedêutica”; Terceiro e quarto anos - “clínica médica I, II, III e IV , clínica cirúrgica I, II, III e IV, pediatria e tocoginecologia”; dois anos de estágio - seis meses em cada uma das áreas fundamentais: pediatria, tocoginecologia, clínica médica e clínica cirúrgica¹⁰”.

Na década de 90, com a implementação do Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde - em seis centros de formação de profissionais de saúde de nível superior no Brasil, *“as ações prescritas com maior frequência referem-se à revisão do currículo, à articulação docente assistencial, à metodologia de ensino, ao preparo pedagógico dos professores, ao trabalho em equipe multiprofissional, à pesquisa, à informação em ciências da saúde e à educação continuada.*

Aos avanços no campo das idéias, entretanto, não se seguiram progressos correspondentes na prática de ensino das profissões da saúde. Assim pode-se afirmar que não são novas as premissas que compõem o ideário do Programa - UNI, também se pode indagar em quais e quantas instituições se está aplicando o conjunto de tais premissas para orientar a preparação dos futuros profissionais de saúde¹¹”.

No artigo “Reformulação do ensino médico rumo à formação médica de qualidade”, Machado e Col. (1995) descreveram o processo de reforma curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu - um dos centros de formação de profissionais de saúde integrantes do Programa

¹⁰ Proposta de reforma curricular apresentada pelo colegiado do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná, em seminário realizada no Hospital de Clínicas da UFPR, em 1989.

¹¹ O componente acadêmico dos projetos UNI, Alice Reis Rosa, Programa UNI - Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde, Fundação W. K. Kellogg. 1994.

UNI-, que ocorreu em quatro fases: “Fase I - Definição do perfil do médico que se quer formar; Fase II - Avaliação do ensino ministrado frente ao perfil do médico definido na Fase I; Fase III - Formação de módulos disciplinares (grupos interdisciplinares) com vistas à adequação curricular e definição de competências mínimas do graduando; Fase IV - Aprovação do novo currículo”.

Na Fase I, apresentaram as seguintes características de perfil como resultado: “1) curiosidade científica e interesse permanente pelo aprendizado, com iniciativa na busca do conhecimento; 2) espírito crítico e consciência da transitoriedade de teoria e técnicas, assumindo a necessidade da educação continuada ao longo de toda a vida profissional; 3) domínio dos conhecimentos básicos necessários à compreensão dos processos relacionados à prática médica; 4) conhecimento dos recursos semiológicos e terapêuticos existentes na medicina do seu tempo, tendo acompanhado a utilização dos recursos habituais de nível primário e secundário e, dentro do possível, do nível terciário; 5) saber realizar um repertório mínimo de procedimentos semiológicos e terapêuticos; 6) domínio da fisiologia e dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, que o capacitam a enfrentar as principais causas de morbimortalidade no estado e no país; 7) possuir um conhecimento crítico das indicações, contra-indicações, riscos, limitações, contabilidade e relação custo-benefício dos procedimentos semiológicos e terapêuticos que utilizar; 8) ter iniciativa criadora e senso de responsabilidade na busca de soluções para os problemas médico-assistenciais de sua competência; 9) ter visão social dos problemas médicos; 10) estar preparado e motivado para participar de programas que visem a informar e educar a população no sentido de preservar a saúde e prevenir doenças; 11) saber trabalhar em equipe, aceitar e atribuir responsabilidades com maturidade para fazer e receber críticas construtivas; 12) aceitar engajar-se nos processos decisórios que envolvam interesse da comunidade, principalmente no processo de análise e implantação de um sistema de saúde que garanta a efetivação do princípio constitucional “saúde para todos”; 13) empenhar-se em obter a

participação dos pacientes e/ou de suas famílias nas decisões relacionadas com a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde; 14) conhecer as principais características do mercado de trabalho onde deverá inserir-se; 15) ter ética e mais sensibilidade humana.

Na Fase III, apresentaram como produto “23 módulos, reunindo todas as disciplinas que participam do Curso Médico”. O resultado é um conjunto de macrodisciplinas que englobam conhecimentos tradicionalmente próprios de outras nomenclaturas: "1) introdução à medicina; 2) morfológico; 3) ontogenético; 4) fisiológico; 5) física médica; 6) relação agente hospedeiro e meio ambiente; 7) semiologia; 8) enfermagem aplicada à medicina; 9) sistema digestivo; 10) sistema urinário; 11) sistema reprodutor; 12) sistema cardiovascular e respiratório; 13) aparelho locomotor; 14) sistema glandular; 15) metabolismo e nutrição; 16) sistema nervoso e órgãos dos sentidos; 17) assistência materno-infantil; 18) saúde mental; 19) medicina de urgência e terapia intensiva; 20) saúde coletiva; 21) dermatologia; 22) doenças infecciosas e parasitárias; 23) oncologia"¹².

A descrição geral dos currículos e processo de formação me permitiu ao analisar as propostas de reforma de ensino médico da Universidade Federal do Paraná - UFPR e da Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/Unesp, explicitar as tendências de mudança no modo atual de formar médicos e significar, a partir das propostas das correntes, o que pensam sobre modelo pedagógico.

A proposta de grade curricular da UFPR é um exemplo do modelo que se tornou referência para os movimentos de reforma curricular que ocorreram na década de 80, a ação

¹² MACHADO, J. L. M. et al. *Reformulação do ensino médico rumo à formação profissional de qualidade*. Botucatu, FMU, Mimeo, 1995.

prática desta corrente limitou-se ao “*Remanejamento das disciplinas e/ou carga horária*”¹³. Para esta corrente, modelo pedagógico é o mesmo que grade curricular.

Na proposta de reforma da FMB/Unesp verifica-se um esforço no sentido de integrar universidade (componente acadêmico), serviços e comunidade. Na prática, porém, as estratégias de desenvolvimento de cada um dos componentes do programa ocorrem de forma simultânea e, paralelamente, sem um agente integrador capaz de construir algo novo, que rompa com a concepção flexneriana de processo saúde-doença.

Para os centros que estão em Programa UNI, o conceito de modelo pedagógico é mais amplo que o conceito trabalhado pelos movimentos de reforma curricular da década de 80, mas continua limitado ao componente acadêmico que gira em torno dos conteúdos programáticos, aos métodos que buscam a objetivação da avaliação das habilidades e atitudes dos alunos, e incorporação de técnicas pedagógicas integradoras das atividades práticas de ensino e pesquisa, por exemplo, “*Problems Based Learning (PBL)*”- ensino baseado em problemas.

Em todas as propostas de reforma de ensino não há ruptura com o modelo flexneriano. O que ocorre é a aglutinação de conteúdos em macro disciplinas, antes distribuídos em disciplinas que se confundiam com subespecialidades médicas, incorporação de disciplinas com conteúdo humanístico no ciclo básico, ficando os avanços limitados à tentativa de aumentar a eficiência dos processos vigentes. No bojo dessas reformas, percebe-se: “*associação indireta entre políticas de saúde e perfil dos médicos recém-formados*”¹⁴ e pouco acúmulo teórico metodológico para descrever, propor e implementar mudanças nos processos que mantêm o paradigma flexneriano.

¹³ SIQUEIRA, B. P. “História do ensino médico”. Conferência ministrada na UFPR. Curitiba, Mimeo, 1989.

¹⁴ PICCINI, R. X. et al. “Projeto de avaliação das Escolas Médicas do Brasil - CINAEM”. *Revista Brasileira de Educação Médica*. V. 16, n. 1/3. Rio de Janeiro, jan/dez. 1992.

Piccini e Col.¹⁵, nos resultados do *Estudo Epidemiológico de Desenho Ecológico da Avaliação do Ensino Médico no Brasil - Relatório da 1ª Fase* -, apresentam, em seu modelo de análise, o modelo pedagógico como uma das variáveis que influenciavam na constituição do perfil do "Produto Final" - médico recém-formado. O que me leva a supor que o conceito de modelo pedagógico para a CINAEM, até esse momento, era entendido como modo de organização das atividades didáticas e pedagógicas na graduação.

Em 1993, "a equipe técnica da CINAEM¹⁶" elaborou o projeto da segunda fase da avaliação das escolas médicas do Brasil, que tinha como objetivos: 1) descrever a formação, inserção, produção e grau de satisfação dos docentes que compõem as escolas médicas do Brasil; 2) avaliar o crescimento e nível final atingido em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes dos alunos dos cursos de medicina em fase de estágio curricular; 3) avaliar o modelo pedagógico das escolas médicas; 4) monitorar o processo de transformação das escolas. Para tanto, adotou-se o método epidemiológico, visando atingir os dois primeiros objetivos e o método do planejamento estratégico para avaliar o modelo pedagógico e orientar as transformações.

Ao iniciarmos as discussões sobre o Projeto CINAEM com as escolas nas oficinas de implantação, percebi que o modelo pedagógico, objeto de um dos estudos do projeto, assumia configuração de variável situacional, que se manifestava através das atividades de ensino, de pesquisa e de extensão de maneira distinta em cada uma das escolas médicas, de acordo com o comportamento das seguintes variáveis: Sistema de gestão da Escola; Perfil do Corpo Docente;

¹⁵ PICCINI, R. X. et al. "Projeto de avaliação das Escolas Médicas do Brasil - CINAEM". *Revista Brasileira de Educação Médica*. V. 16, n. 1/3. Rio de Janeiro, jan/dez. 1992..

¹⁶ A assessoria técnica da CINAEM, a partir de setembro de 1993, momento em que começou a elaboração da segunda fase do projeto, que o professor Gallo é agregado a assessoria e eu deixo de ser representante dos estudantes e permaneço no grupo como pesquisador, passou a ser chamada de equipe técnica da CINAEM.

Perfil do Corpo Docente; Processo de Formação Médica; Infra-Estrutura Física, de Equipamentos e Serviços; Mercado de Trabalho Médico; Organização do Trabalho Médico; Políticas Públicas de Educação e Saúde.

Depois de definir com que conceito de modelo pedagógico iria trabalhar, e de separar todo o conteúdo das árvores de problema produzidas nas oficinas de implantação do projeto, por variáveis, as questões que se me impunham eram: qual ou quais as variáveis tinham maior importância na definição do modelo pedagógico? E, como interagiam as variáveis na constituição do modelo pedagógico?

Para a primeira questão eu tomei como resposta a manifestação situacional (auto-referida) dos participantes das oficinas de implantação do projeto, cuja frequência de falas sobre processo de formação médica, perfil do corpo docente e o sistema de gestão da escola representou, nesta ordem, a maioria das manifestações. A concentração das manifestações nessas variáveis é corroborada pelos resultados da primeira fase do processo de avaliação da CINAEM, que demonstraram forte associação entre o produto final das escolas e o conteúdo englobado pelas variáveis utilizadas no conceito de modelo pedagógico.

A segunda questão foi objeto de uma discussão com o professor Piccini, num intervalo de uma das reuniões da CINAEM, que me alertou para o fato de que a interação entre os discentes e os docentes era medeada por atividades pedagógicas. Numa reunião com o meu orientador, ele propôs que utilizasse um fluxograma para simular a interação entre as variáveis que compõem o modelo pedagógico. As duas proposições fizeram-me perceber que a variável processo de formação médica medeava a interação das demais variáveis na conformação do cotidiano do ensino médico nas escolas.

Didaticamente, faça uma analogia do processo de formação médica com o *software* de um computador. Através desta comparação tento demonstrar o modo como as variáveis interagem com o processo de formação na conformação do modelo pedagógico, da mesma forma que operador, *hardware*, *software* e banco de dados interagem na construção de um sistema de processamento de dados.

Sistema de Processamento de Dados Comum

No sistema de processamento de dados temos um *hardware* e um *software* que compõem um computador, o digitador, o banco de dados e o produto final, resultado do funcionamento do sistema. O *hardware* é a máquina, o *software* é o modo de processar a informação e é quem define como a máquina vai operar. Por exemplo, se o *software* que tenho na máquina é um editor de textos, a máquina vai processar a informação posta dentro dela sob a forma de textos. Logo, o texto é o produto final. O operador, neste caso, interage com o *software* sem liberdade para mudar a sua estrutura de processamento em operação.

Modelo pedagógico

No modelo pedagógico, temos um conjunto de atividades que, distribuídas ao longo do tempo e através de normas, métodos e técnicas, constrói, transfere e aplica conhecimentos, ao qual chamamos de processo de formação médica - o *software* da escola médica; infra-estrutura física, de equipamentos e serviços - o *hardware*; corpo discente - o banco de dados a ser processado; e corpo docente - o operador do sistema.

O banco de dados a ser processado neste caso é o estudante, indivíduo biológico, social e histórico. Ele é, portanto, um sujeito que interage ativamente com o processo de formação médica -*software*, a infra-estrutura física, de equipamentos e serviços (*hardware*), e com os docentes (operador), podendo alterar ou manter o *software*, o *hardware* e a postura do operador.

O operador (docente) é um indivíduo biológico, social e histórico; logo, também é sujeito e sua interação com o processo de formação médica (*software*), infra-estrutura física, de equipamentos e serviços (*hardware*), e com os discentes (banco de dados), pode alterar ou manter o *software*, o *hardware* e a postura dos discente.

Neste caso, tanto os discentes quanto os docentes na interação com o *hardware* e com o *software* podem modificá-los em operação gerando um médico recém-formado, produto final do modelo pedagógico, distinto de escola para escola. É óbvio que as diferenças estarão condicionadas ao comportamento dos componentes do sistema, ou melhor, ao comportamento das variáveis que compõem o modelo pedagógico.

Se o modelo pedagógico é resultado da interação de um conjunto de variáveis, se o perfil dos alunos de uma determinada escola é caracterizado por idade acima da média, oriundos de outros cursos, que possuem projeto próprio e têm clareza a respeito do seu papel enquanto médicos, com certeza a interação desses alunos com a instituição será diferente e, portanto, exercerá influência na conformação do modelo pedagógico.

Quando afirmamos que o perfil dos docentes é um componente do modelo pedagógico, acreditamos que, se numa escola temos docentes que fizeram residência médica e que se inseriram no mercado de trabalho privado, o qual incorpora tecnologia na sua prática cotidiana, haverá certamente um modo de interação com o aluno, com a infra-estrutura do serviço e com o modelo de gestão da escola, distinto da de outra instituição na qual os docentes trabalham em sistema de dedicação exclusiva, com perspectivas de ascensão na carreira e boa remuneração. Logo, os modelos pedagógicos destas escolas serão distintos.

Se o mercado de trabalho supervaloriza os profissionais que lidam com procedimentos diagnósticos e terapêuticos e a organização do trabalho médico se caracteriza pela abordagem

fragmentada dos pacientes, haverá pressão de docentes e discentes para que este tipo de conhecimento seja objeto de estudo dentro do processo de formação, interferindo no modelo pedagógico, uma vez que a escola não está fora deste contexto.

Com relação à infra-estrutura de equipamentos e serviços, quando a instituição possui tecnologia avançada, um hospital secundário e uma rede de assistência primária, teremos a oportunidade de oferecer vários locais de treinamento aos alunos e, portanto, influenciar no modelo pedagógico.

Se o processo de formação de uma escola é montado em duas etapas e o de outra escola em quatro etapas diferentes, os processos serão distintos, e o modelo pedagógico também.

Se a política de educação do governo é de fazer uma avaliação final do curso visando creditação, com certeza irá influenciar no comportamento dos alunos e dos docentes desta escola, o que se repercutirá no modelo pedagógico.

Como um *software*, o processo de formação médica acaba sendo a tradução operacional dos projetos e interesses dos distintos atores sociais, na definição da agenda cotidiana de funcionamento dos cursos médicos. Neste sentido, ao descrever e analisar o processo de formação médica, caracteriza-se não só uma das variáveis que compõem o modelo pedagógico, mas também o principal mediador entre os projetos políticos em disputa na escola médica e seu cotidiano.

Em fevereiro de 1996, numa reunião da equipe técnica da CINAEM, apresentei esta discussão e propus focar a avaliação do modelo pedagógico, na descrição e análise dos processos de formação e gestão da escola médica. Decidiu-se que o professor Gallo faria a descrição e análise do sistema de gestão e eu do processo de formação do médico nas escolas.

Neste período, o meu objeto de pesquisa do mestrado ainda não estava definido. Além disso, era membro da equipe técnica da CINAEM, porém ficava isolado fisicamente do dois núcleos de pesquisa, o do Rio e o de Pelotas, o que tornava a nossa produção mais individualizada. Por outro lado, havia um vácuo teórico quanto à utilização da análise situacional como metodologia de produção de dados e de instrumentos que possibilitassem a descrição do processo de formação médica para a CINAEM. O mais instigante de tudo isso, no entanto, era a oportunidade que se apresentava para mim de utilizar-me deste estudo para compreender o modo como se constitui a agenda dos estudantes na graduação, dilema que me acompanhava desde o período da militância na DENEM.

Todos esses fatores me levaram a assumir o tema “*processo de formação médica*”, como objeto de investigação do mestrado. No desenvolvimento deste tema, pretendo descrever, *a priori*, o modo através do qual os conhecimentos, as normas, os métodos e as técnicas se organizam ao longo do tempo em atividades que possibilitam a interação entre professores, alunos, pacientes e recursos na aplicação, construção e transferência de conhecimentos e tecnologias na graduação, bem como identificar como os atores em situação constroem sistemas interpretativos do seu espaço de produção social e alternativas de mudanças.

III . METODOLOGIA

Experimentando a análise situacional como metodologia de produção de dados.

No momento em que articulei a entrada do professor Gallo na CINAEM em 1993, identificava o planejamento estratégico situacional como método capaz de gerar movimento e transformação, por acreditar que fosse possível, através deste método, a apropriação dos membros da CINAEM, dos docentes e dos discentes, de conhecimentos sobre a realidade das escolas, e na troca entre eles, haver uma horizontalização da compreensão sobre a problemática da educação médica, o que nos permitiria definir um projeto comum de transformação do ensino médico no Brasil.

O pedido que fiz ao professor Gallo constava de dois momentos: um, no qual utilizaríamos as técnicas de planejamento para criar o debate sobre educação médica entre as entidades que compunham a CINAEM e, no segundo momento, com as escolas. A proposta resultante da nossa interação, a qual apresentei na reunião da CINAEM de 31 de maio de 1993, na FESP/UPE, em Recife, era composta por dois tipos de instrumentos, os quais foram denominados de Instrumento de Avaliação Estratégica Padrão (IAEP) e Instrumento de Avaliação Estratégica Local (IAEL).

O IAEP era a nossa análise situacional (explicação) sobre o modelo pedagógico das escolas, construída tomando como fonte de informação a bibliografia sobre educação médica, através de um fluxograma explicativo e de árvores de problemas e objetivos, que serviria como parâmetro às escolas para o desenvolvimento da pesquisa. O IAEL seria a análise situacional de cada escola, que assumiria a responsabilidade de construir posteriormente, *in loco*, a aplicação

dos instrumentos propostos pelo IAEP e, a partir daí, iniciar um processo de transformação de maneira autônoma.

Para a elaboração do projeto, seguimos os seguintes passos: 1) levantamento da bibliografia sobre as análises do modo e como são formados os graduandos em medicina ao longo de seis anos; 2) de posse dessa bibliografia, montamos o fluxograma explicativo da situação inicial do modelo pedagógico das escolas médicas do Brasil. Nesse fluxograma, identificamos alguns problemas que nos pareciam ser mais importantes na explicação do modelo pedagógico; 3) construímos árvores explicativas para cada problema através de técnicas do método de planejamento *Zielorientierte Projektplanung* (ZOPP) para a situação inicial e objetivo.

Toda a produção do instrumental de planejamento que constou do projeto CINAEM foi construída em 1993, ano marcado por mudanças significativas dentro do movimento estudantil de medicina, as quais, em parte, poderiam ser atribuídas à utilização do método de planejamento, que possibilitou a construção coletiva de políticas na DENEM. Nesta época eu acreditava piamente que o planejamento, *per se*, construía sujeitos/atores sociais.

O ano de 1994 foi um ano de viabilização política do projeto e pouco se discutiu sobre os seus aspectos técnicos. Neste ano, participei de uma reflexão teórica sobre planejamento na disciplina *Tópicos em planejamento*, ministrada pelo professor Emerson, que cursei como aluno especial, na pós-graduação do DMPS/FCM/Unicamp, no primeiro ano de residência de medicina preventiva. Esse período me fez refletir sobre o movimento estudantil - fora dele - e, conseqüentemente, sobre o papel do planejamento no movimento e na construção de sujeitos. Gradativamente, fui me convencendo de que o planejamento não constrói sujeitos, isto é, consegui entender que o método não constitui o ator e nem o forma: permite somente uma intervenção mais eficaz.

Quando Eder Sader, estudioso dos movimentos sociais da Grande São Paulo, evidencia as matrizes discursivas por trás da ação dos atores que estavam se constituindo *em ato* na militância e na busca da solução dos seus problemas, reforça a idéia de que as **necessidades** e, por conseguinte, a partilha de um projeto que se desdobra em agenda, estabelecem as condições para a criação de atores sociais.

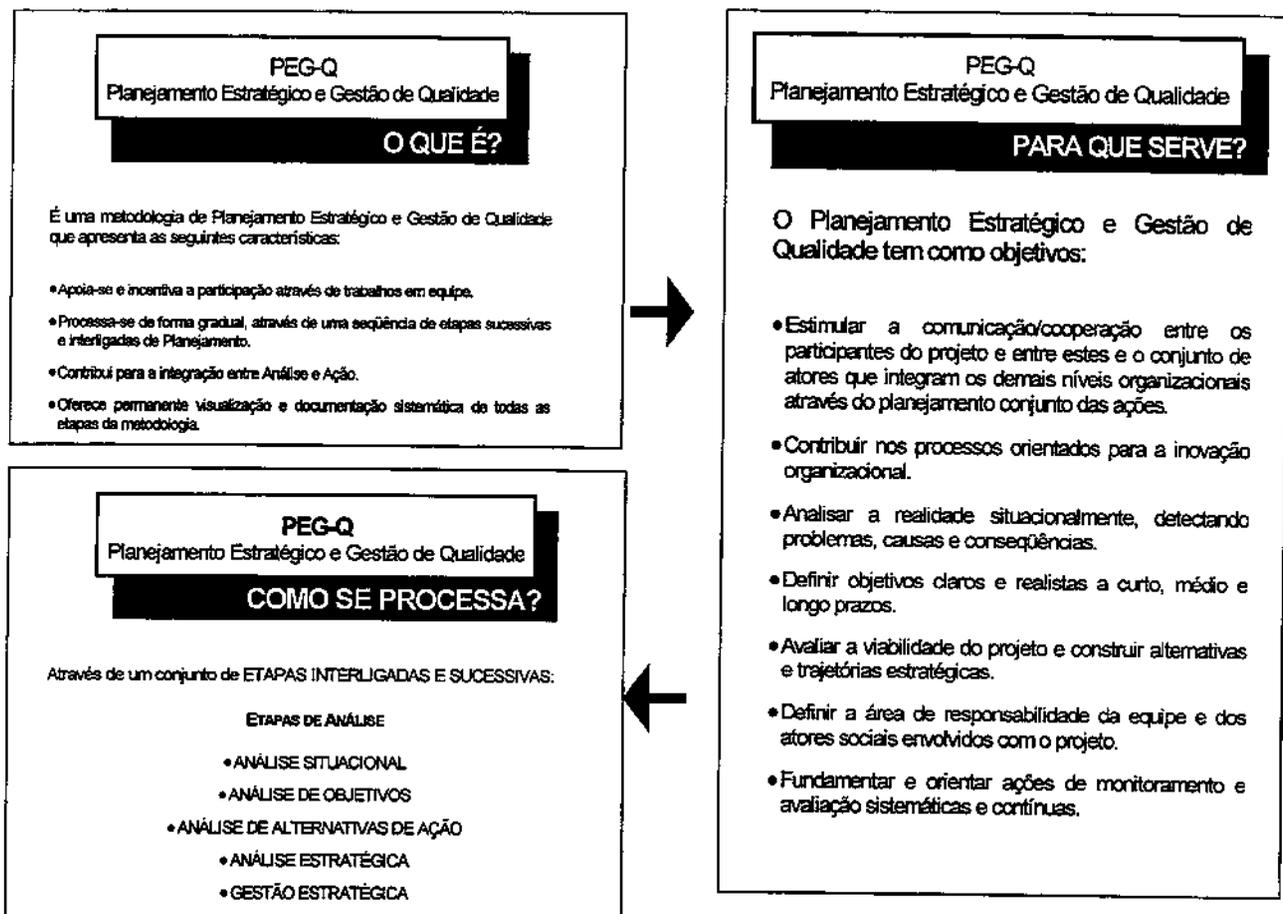
Em fevereiro de 1995, nós da equipe técnica nos reunimos no Rio de Janeiro, com o objetivo de elaborar um plano para a implantação do projeto nas escolas que levasse em consideração a política interna na CINAEM, a adesão das escolas, a dificuldade de encontro da equipe, a inexistência de financiamento e a necessidade de explicitar ao conjunto de entidades da CINAEM a complexidade da gestão do processo técnico político envolvido nesta proposta de avaliação.

Poucos dias antes, fui convidado a fazer um relato histórico da reconstrução da DENEM, no VII COBREM, em Vitória (ES). Utilizando o instrumental teórico de descrição de processo de trabalho incorporado nas atividades da residência no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, fiz uma descrição do processo de produção de políticas da DENEM. Esta experiência me fez propor, no âmbito da equipe técnica da CINAEM, que a elaboração da proposta do processo de avaliação das escolas fosse feita por meio de um fluxograma que articulasse os espaços de decisões técnicas e políticas, as atividades para viabilização e desenvolvimento das oficinas/outros eventos e dos resultados esperados.

Em maio de 1995, quando a equipe técnica da CINAEM se reuniu para montar a dinâmica das oficinas de implantação, o professor Gallo apresentou uma seqüência de técnicas de planejamento estratégico, batizada por ele de "*Planejamento estratégico e gestão de qualidade*

(PEG-Q¹⁷), cujo eixo central é o método ZOPP (*Zielorientiert Projektplanung*), ao qual são incorporados instrumentos potencializadores do PES (*Planificación Estratégica Situacional*), da TQM (*Total Quality Management*) e de outras abordagens, além daqueles desenvolvidos originalmente pelo Grupo de Estudos em Qualidade da Administração Pública da ENSP/Fiocruz (QAP). Suas características fundamentais podem ser sintetizadas na Figura 1:

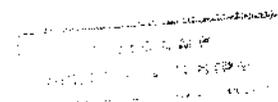
Figura 1. Descrição do PEG-Q¹⁸.



A partir de julho de 1995, como parte do processo de implementação do projeto CINAEM, após terem sido convidadas as 83 escolas médicas existentes no Brasil (EMBs), deu-se

¹⁷ Gallo, Edmundo Almeida. *Planejamento na prática*. Rio de Janeiro. Mimeo, 1995.

¹⁸ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.



o início das atividades da pesquisa com a realização de três oficinas de implantação do projeto, que contaram com a participação de cinquenta escolas, conforme descrito no Quadro 1.

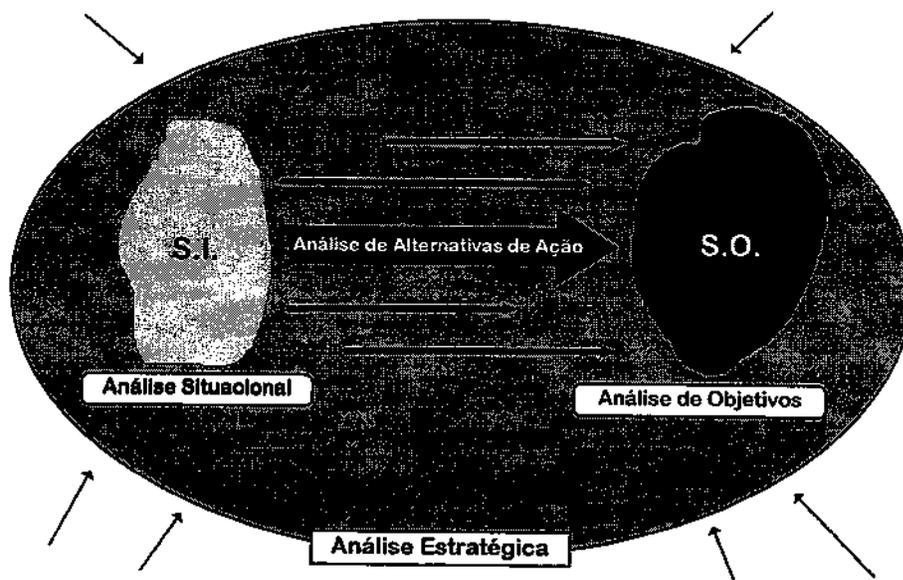
Quadro 1. Oficinas de implantação: período e número de EMBs por oficina¹⁹.

Oficina de Implantação	Período da Realização	Número de EMBs part.
Botucatu	3 a 7 de julho de 1995	14
Salvador	7 a 11 de agosto de 1995	18
Marília	9 a 12 de abril de 1996	18

As atividades realizadas nas oficinas de implantação seguiram a lógica do PEG-Q, respeitando as seguintes etapas: análise da situação inicial, análise da situação-objetivo, análise de alternativas de ação e análise estratégica, com ênfase nas análises da situação inicial e da situação-objetivo. A inter-relação entre as etapas do planejamento pode ser vista na Figura 2.

¹⁹ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.

Figura 2. Etapas do Planejamento Estratégico ²⁰.



No entanto, a aposta feita pelo professor Gallo e corroborada pelo professor Piccini, de que as oficinas, ao capacitarem os participantes em PEG-Q, os transformariam em sujeitos, não se configurou. Pelo contrário, somente quatro escolas reproduziram em nível local a avaliação do modelo pedagógico, envolvendo representantes docentes e discentes, através da reprodução da experiência de construção do IAEP, feito nas oficinas, com o objetivo de construir o IAEL. Eu não acreditava nesta possibilidade, uma vez que para intervir na escola médica não bastava apenas ter acúmulo metodológico: era necessário dominar a história da instituição e ter acúmulo

²⁰ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.

de poder político, técnico e organizacional, a fim de efetivar o processo de avaliação e transformação.

A não-concretização dessa aposta gerou para a equipe técnica o problema da falta de volume de informações que permitisse o tratamento estatístico dos dados produzidos. Essa estratégia de análise incluía toda a produção local de explicação situacional do modelo pedagógico. Esperava-se que no mínimo 50% das escolas em processo de avaliação reproduzissem as oficinas. O que fazer se não houve adesão suficiente?

Ao decidir tomar a avaliação do processo de formação médica como objeto de investigação do meu mestrado em saúde coletiva, busquei nos relatórios intermediários da pesquisa, que produzíamos para as entidades da CINAEM, a seqüência das atividades que foram registradas. Percebi que não houve variações significativas das etapas entre as oficinas e que, portanto, o material produzido poderia ser utilizado como fonte de dados primários para uma pesquisa qualitativa.

A partir deste momento, persegui dois caminhos: um, saber se o que havíamos feito poderia ser considerado como pesquisa social e lancei mão dos ensinamentos da professora Maria Cecília de Souza Minayo que, ao discorrer sobre pesquisa social, em *O desafio do conhecimento*, diz: “*É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados*²¹”.

²¹ MYNAIO, C. de S. M. *O desafio do conhecimento*. 4ªed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec- Abrasco, 1996. p. 23.

Neste sentido, a análise situacional, recurso analítico do Planejamento Estratégico, possibilitou a *“indagação e descoberta da realidade”*²² através do recorte do modelo pedagógico, a partir das visões dos docentes e dos discentes participantes do trabalho de campo da pesquisa.

O segundo caminho foi assumir a limitação da análise situacional e partir do pressuposto de que *“toda explicação da realidade é, em parte, uma explicação de si mesmo”*²³. Assim, entendo que as manifestações objetivas dos atores sociais são a expressão interessada da subjetividade destes atores sobre um determinado espaço de produção social. Por isso, *“uma explicação não é independente de quem explica, para que explica, de que posição explica e para quem explica”*²⁴, ou seja, a historicidade, o posicionamento ético e político vividos, o presente e o projeto futuro de cada ator social o farão assumir visões distintas da realidade.

A utilização da análise situacional como metodologia de produção de dados para a pesquisa social possibilitou uma abordagem limitada do modelo pedagógico das escolas àquilo que está referido, ao coletivo dos atores representantes de cada escola, bem como à construção coletiva de interpretações futuras da formação.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, em *“tecnologia e organização social das práticas de saúde”*²⁵, utilizou-se de um questionário distribuído aos profissionais de saúde da rede pública do Estado de São Paulo para a produção dos dados empíricos da pesquisa e, em seguida, localiza-os em áreas temáticas.

²² MYNAIO, C. de S. M. Op.cit. p.23.

²³ MATUS, C. “Política, planejamento e governo”. Tomo I, cap. 2. Brasília, Ipea, 1996. p.208.

²⁴ Idem. p.210.

²⁵ GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.

Seguimos caminho análogo, mas, ao invés de utilizarmos questionário, construímos coletivamente os dados empíricos em oficinas segundo os passos estabelecidos no PEG-Q. O procedimento de análise contou com as etapas: 1) separação dos dados contidos nas árvores de problemas e objetivos por variáveis; 2) análise teórica dos dados.

Uma diferença importante entre o trabalho de campo das duas pesquisas consistiu na definição do conteúdo produzido, pois o autor mencionado utilizou-se dos recursos da análise do discurso para buscar o significado das falas. Neste trabalho, o significado das falas dos participantes era explicitado no ato da sua produção, em decorrência das técnicas utilizadas e da necessidade do entendimento coletivo dos participantes como fator determinante para a continuação das oficinas.

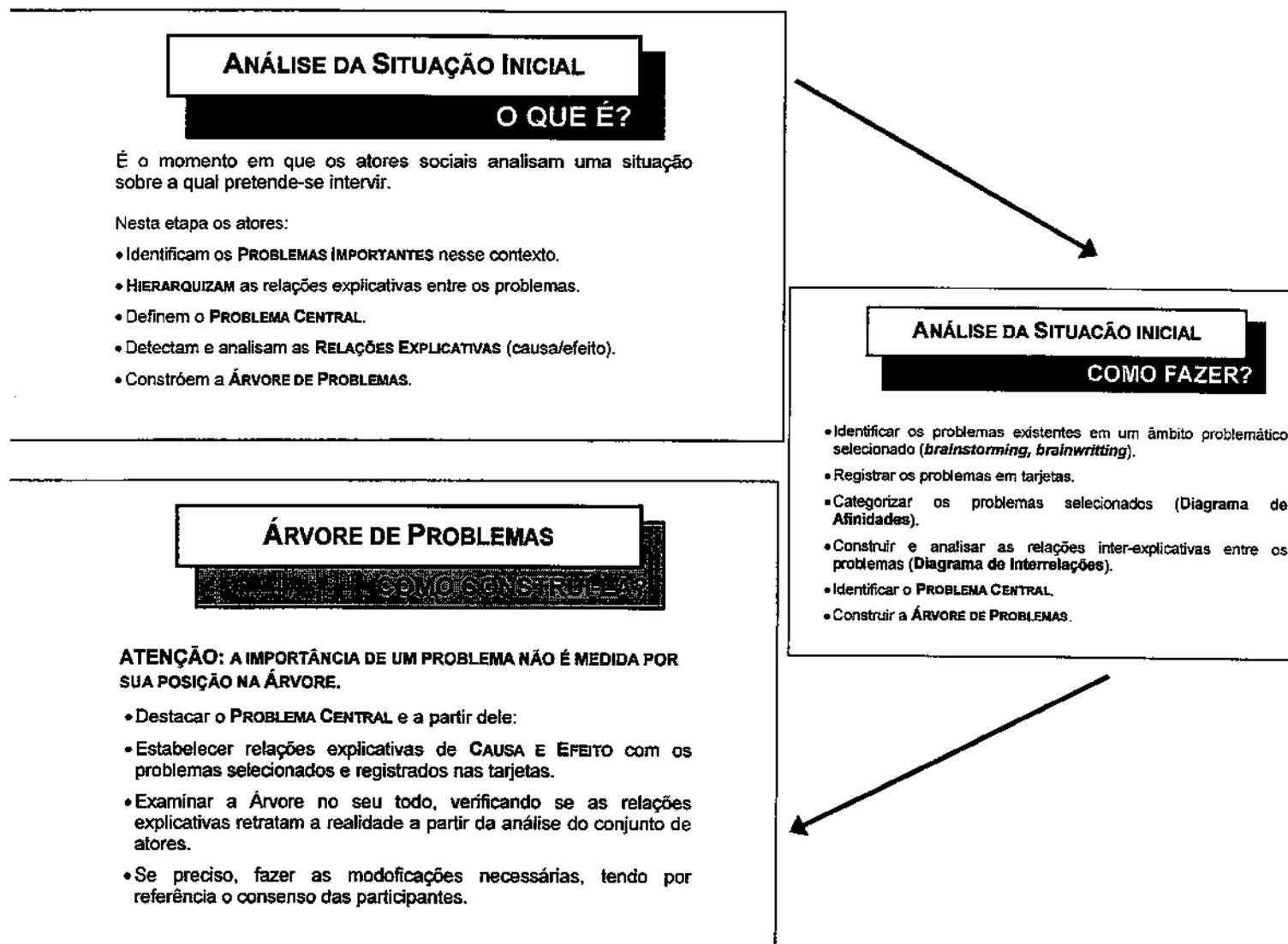
Diante disso, as fontes de dados empíricos que utilizei na análise dos processos de formação foram as árvores de problemas e de objetivos construídas nas oficinas de implantação. Assim sendo, a metodologia será apresentada em dois momentos: o primeiro, referente à produção dos dados, e o segundo, referente à análise.

Procedimentos para a produção de dados empíricos

Os trabalhos realizados nas oficinas de implantação tinham como primeiro passo a apresentação dos participantes, quando cada um deles registrou em tarjetas seu nome, atividade em que trabalha, suas expectativas positivas, fatos que não deveriam ocorrer, e sua opinião sobre o tema da oficina. A partir desses dados, era pactuado um contrato de trabalho e, em conjunto, definido o tema da oficina. Os participantes eram então reunidos em grupos de trabalho, de forma que cada grupo contasse com a participação de um representante de cada escola.

Na análise da situação inicial, realiza-se a explicação ativa da realidade elaborada, a partir das visões de distintos atores que compartilham de um espaço de produção social onde desempenham um papel. É o momento de partilha inicial das visões dos atores sobre um espaço de produção social - a escola médica. A primeira etapa do trabalho era o levantamento dos problemas existentes no âmbito das escolas médicas brasileiras, enfocando principalmente o modelo pedagógico. Em seqüência, realizava-se a hierarquização dos problemas, por meio de um instrumento denominado Matriz GUT, que utiliza os critérios de gravidade, urgência e tendência no trato dos problemas. Aqueles problemas hierarquizados como prioritários eram analisados quanto às suas relações através de um instrumento conhecido como Diagrama de Inter-relações. O passo seguinte, que concluía a análise situacional, era a construção da Árvore de Problemas, que explicita graficamente as Inter-relações de causa e efeito entre os diversos problemas em torno de um problema central. A Figura 3 sintetiza os passos da análise da situação inicial.

Figura 3. Descrição da análise situacional ²⁶.



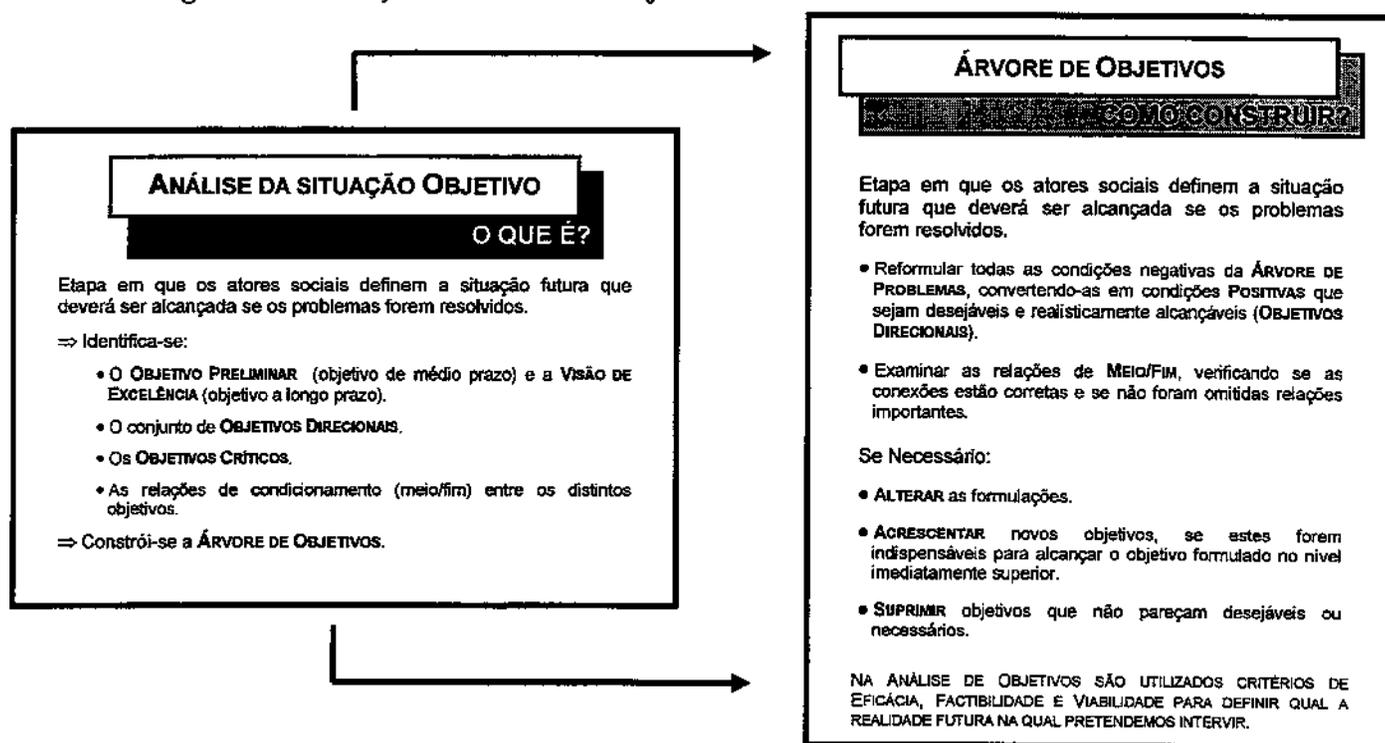
Na segunda etapa de análise, denominada análise de objetivos, constrói-se a imagem objetivo, ou seja, a visão da situação futura que se deseja alcançar a partir da implantação do plano. A análise da situação-objetivo: “*é uma totalidade situacional imaginada ao fim de um horizonte de tempo, no qual as alterações da situação inicial aparecem como uma nova totalidade, e não como mudanças diferenciais*” ²⁷. Em primeiro lugar, define-se o cenário futuro ideal, de longo

²⁶ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.

²⁷ MATUS, C. (1996). Op.cit. p. 244.

prazo, sem considerar restrições - a chamada Visão de Excelência. Em seguida, define-se uma outra situação futura, realisticamente alcançável no período de desenvolvimento do plano, o Objetivo Preliminar do projeto. Esta situação é descrita de maneira mais detalhada pelo conjunto de objetivos expresso na Árvore de Objetivos. Este instrumento expressa as relações meio-fim entre os diversos objetivos delineados a partir dos problemas detectados. A Figura 4 sintetiza os passos da análise da situação-objetivo.

Figura 4. Descrição da análise de objetivos²⁸.



Procedimento de Análise dos Dados:

No momento da análise dos dados, separei todos os problemas e objetivos contido nas árvores por temas. A seguir, considerei os problemas e objetivos relacionados a um tema, conteúdos analisadores de uma variável. Por exemplo, todos os problemas e objetivos

²⁸ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.

relacionados à docência médica passaram a ser conteúdos analisadores da variável perfil do corpo docente. Esse procedimento foi repetido na definição dos conteúdos analisadores das outras variáveis: processo de formação médica, perfil do corpo docente, sistema de gestão da escola médica, infra-estrutura, mercado de trabalho, organização do trabalho médico, políticas públicas em educação e políticas públicas em saúde.

Ao realizar este procedimento verifiquei, ao abordar o modelo pedagógico através da análise situacional, que foram levantados maior quantidade de problemas e objetivos relacionados com a formação do aluno, com a docência e com a gestão da escola, permitindo uma análise mais apurada e abrangente das variáveis processo de formação médica, perfil do corpo docente, e sistema de gestão da escola. Isso se deve ao fato desses temas estarem mais presentes no dia-a-dia dos atores participantes da oficinas.

Depois de alocar todos os problemas e objetivos como conteúdos analisadores das variáveis, considerei as etapas da análise e descrição geral dos currículos e dos processos de formação, apresentadas nas páginas 31 e 32, como modelo de estrutura curricular das escolas médicas. Com os conteúdos analisadores da variável processo de formação médica distribuídos nas etapas da estrutura curricular, foi possível descrever o modo através do qual os conhecimentos, as normas, os métodos e as técnicas se organizam ao longo do tempo em atividades que possibilitam a interação entre professores, alunos, pacientes e recursos na aplicação, construção e transferência de conhecimentos e tecnologias na graduação. A figura 5 mostra a estrutura curricular que tomei como referência.

Figura 5²⁹.



A seguir, fiz o mesmo procedimento com os conteúdos analisadores da variável processo de formação médica na situação-objetivo e percebi que os objetivos, analisadores da variável, não se encaixavam na estrutura curricular utilizada no procedimento anterior. Isso me fez pensar que

²⁹ Relatório geral da 2ª fase do projeto CINAEM. Julho de 1997.

aqueles dados iriam requerer outra estrutura curricular, uma vez que estes só apontavam diretrizes de como deveria ser esta estrutura curricular.

Procedida a descrição das variáveis e a distribuição dos conteúdos analisadores do processo de formação médica sobre a estrutura curricular, utilizei um fluxograma como instrumento que me permitisse reproduzir a analogia com um sistema de processamento de dados. Através dele, foi possível representar graficamente a interação das variáveis, já descritas, que influem na caracterização do modelo pedagógico das escolas, bem como visualizar a importância do processo de formação médica na mediação da interação dessas variáveis.

A “*combinação particular entre teoria e dados*”³⁰ foi feita mediante a utilização das categorias *texto*: explicação de uma realidade revelada através do significado das falas de um determinado ator em situação; e *contexto*: saberes acumulados sobre um determinado espaço de produção social em foco. O texto foi construído nas oficinas e analisado através de um fluxograma que possibilitou a visualização da interação das variáveis. E o contexto, que valida o texto, foi buscado na produção acadêmica que toma o ensino médico como objeto, em relatos oficiais dos movimentos de reforma da graduação em medicina e noutras fontes.

³⁰ MYNAIO, C. de S. M. *O desafio do conhecimento*. 4ªed. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec- Abrasco, 1996. p. 23.

III . ANÁLISE DE RESULTADOS

Um recorte do processo de formação a partir das visões de atores em situação.

Os resultados da investigação sobre o processo de formação indicam claramente que os alunos ingressam na escola médica com a visão do senso comum do que é ser médico, amalgamado em suas vivências sociais, anteriores ao início da sua formação profissional e, de certa maneira, condicionantes da escolha desta profissão. Assumem uma postura passiva, posicionamento estratégico de submissão, como forma de transposição das dificuldades para passar de uma etapa para outra no seu processo de formação. O que conflui com o posicionamento dos docentes que reproduzem no espaço da escola médica o seu modo de atuação no mercado, bem como a centralização do poder de decisão no âmbito das atividades acadêmicas.

A formação dos docentes em um sistema semelhante ao atualmente vigente, bem como sua inserção na docência de maneira secundária em relação à atuação profissional fora da escola, tendem a, por inércia, estimular a manutenção do modelo hegemônico de formação. Na sua grande maioria, os docentes atuam no mercado de trabalho como especialistas, não tendo formação didática e pedagógica específica para a docência e para a tutoria dos alunos. Envolvem-se pontual e parcialmente com o processo de ensino-aprendizagem, estabelecendo uma relação burocrática com os alunos. Têm compromisso consigo mesmos, no sentido de apresentação do conteúdo que dominam, sem se preocuparem com seu interlocutor. A maioria das aulas teóricas é expositiva, promovendo um afastamento dos atores envolvidos na aprendizagem.

A gestão das escolas médicas se caracteriza:

- Pela indefinição do seu projeto direcional. As competências do médico que se deseja formar e o papel da escola médica no sistema de saúde, quando existem, não são explicitados;
- Por um modelo de gestão vertical, burocrático, dissociando quem planeja de quem executa as ações;
- Por um sistema de decisão composto basicamente por dois conselhos, que representam este sistema. São eles: conselho de graduação, que detém o poder de definir a política do curso (não tem poder administrativo, ou o tem de maneira limitada); e o conselho interdepartamental, que detém o poder administrativo e congrega os departamentos, unidades administrativas individualizadas, autônomas e desarticuladas entre si. Estes conselhos figuram com outros nomes como colegiado de curso, congregação, câmara de graduação, etc. Este sistema de decisão, analisado a partir do “*postulado de coerência*³¹”, gera dificuldades operacionais, uma vez que não há integração de poderes de caráter técnico, administrativo e político, essencial à efetivação de projetos e à gestão cotidiana da escola médica;
- Pela inexistência de sistema de informação estruturado, capaz de possibilitar o desenvolvimento de sistema de gestão de qualidade. Não fazem avaliação institucional sistemática, dispõem de pouco - ou nenhum - conhecimento estruturado da realidade de mercado e do perfil epidemiológico da região onde se insere a escola;
- Pela gestão burocrática de pessoal, em que poucas escolas dispõem de programas de qualificação de pessoal e educação continuada. Quando existe sistema de avaliação de

³¹ TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas-Abrasco, 1992.

desempenho de pessoal, constatamos que a finalidade preponderante é atender, ou melhor, preencher requisitos impostos por agências de financiamento;

- Por uma estrutura gerencial centrada nas atividades *meio*, ficando as atividades pedagógicas, de planejamento e definição de programa em segundo plano;
- Por uma sistemática de planejamento centralizado de atividades, sendo as decisões tomadas pela diretoria da faculdade, sem que haja uma participação do coletivo da faculdade, na construção da política da instituição.

O sistema de gestão capitaneado por estes docentes é vertical, centralizador e, de forma previsível, reprodutivo, ratificando o sistema de formação por eles próprios vivenciado.

As políticas públicas em educação se conformam com baixos investimentos, valorização do ensino superior centrada na pós-graduação *stricto sensu* e sistema de avaliações só de resultados. Estas características contribuem para a manutenção do quadro atual do ensino, à medida que não estimula nem tampouco subsidia tecnicamente o envolvimento dos atores das escolas com o aperfeiçoamento permanente dos processos e dos recursos humanos.

As políticas públicas em saúde se caracterizam por baixos investimentos e resolutividade nas ações desenvolvidas. Além disso, existe uma supervalorização das atividades especializadas, gerando uma influência em todo o processo de formação, mais diretamente sobre o aluno e sobre a política da instituição, que prepara o alunos mais especificamente para fazer uma opção de campo de trabalho a partir dos ditames do mercado. Apesar de o discurso ser o de formar um profissional voltado para as necessidades de saúde da população, acabam orientando uma formação especialista.

O trabalho médico se organiza por procedimentos que fragmentam a prática médica em áreas de atuação de especialistas. A cura e o alívio do sofrimento, resultados esperados do ato médico, vêm sistematicamente sendo substituídos por resultados intermediários, num processo de trabalho cuja organização está centrada em procedimentos.

O pacto silencioso entre os gestores políticos da saúde e educação em torno da definição do médico desejado viabiliza distorções existentes no processo de formação, uma vez que esta discussão jamais aflora de maneira explícita e de forma a assegurar a participação de todos os atores envolvidos de alguma forma com o espaço de produção social da EMB, a saber: docentes, discentes, usuários e gestores públicos e privados do sistema de saúde.

Processo de formação na situação inicial

O modelo pedagógico atual é marcado por um processo de formação em que o enfoque dado ao processo saúde-doença, objeto da medicina moderna, é centrado:

- Na dimensão biológica do indivíduo;
- No instrumental de trabalho da clínica (que vem a ser a semiologia, capacitadora do aluno na identificação e localização de lesões e distúrbios fisiomorfológicos);
- Na prática clínica, que possibilita uma intervenção sobre a dimensão biológica do indivíduo.

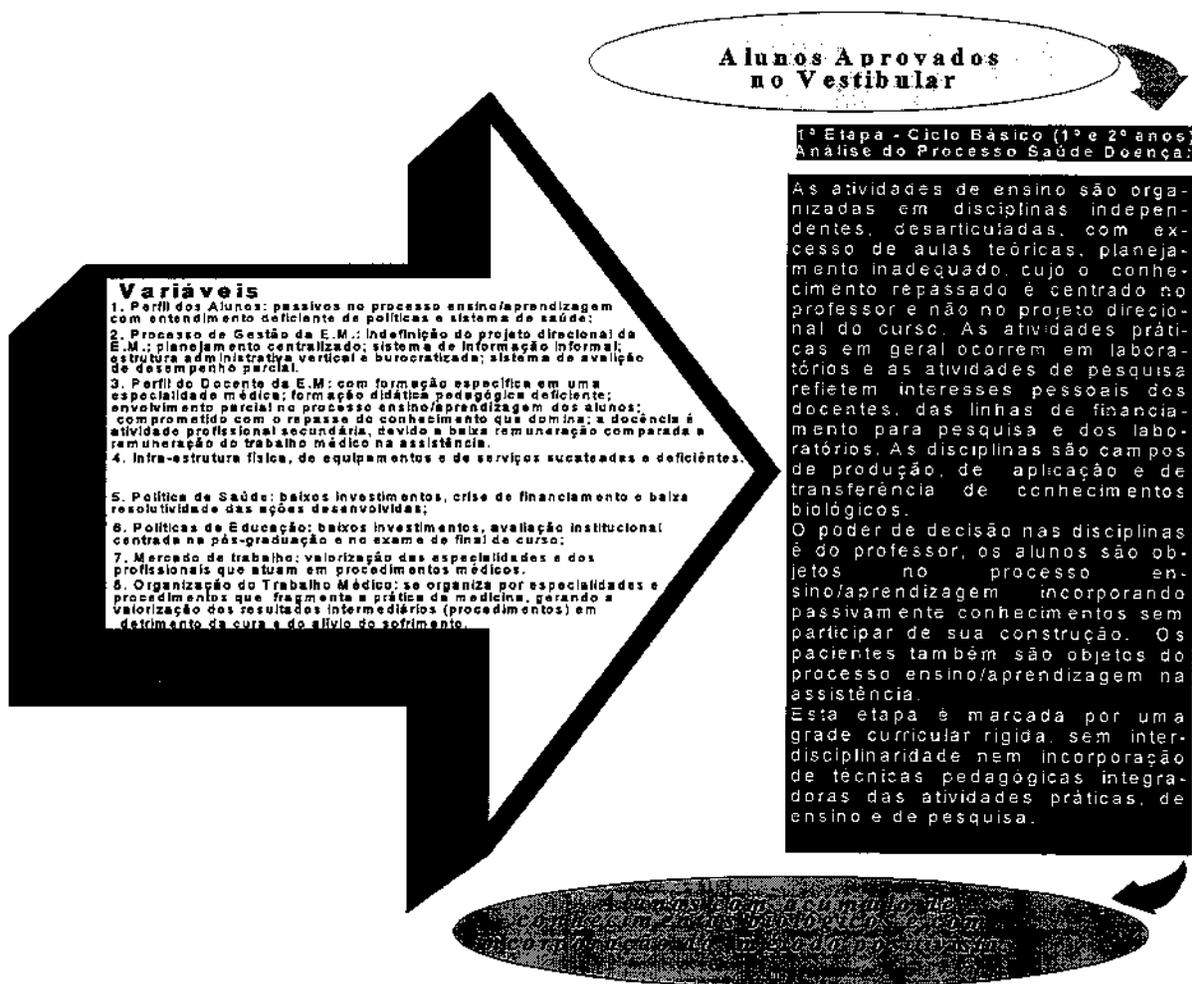
Estes fatores definem uma trajetória para a formação médica, que relega os conteúdos da saúde pública, da saúde mental, e das ciências sociais para a margem deste processo. Tais conteúdos poderiam fornecer a este aluno uma visão mais ampla e global sobre o objeto portador das dimensões biológicas, psíquicas e sociais.

Ao descrever as variáveis e interagi-las com a estrutura curricular, apresentada na página 56, figura 5, construo etapas do processo de formação médica com seus produtos intermediários e final. A seguir, apresento cada etapa com as atividades didáticas pedagógicas através das quais se organizam ao longo do tempo o repasse, a construção e a transferência de conhecimentos e tecnologias que possibilitam a interação entre professores, alunos, pacientes e recursos, na graduação em medicina.

Primeira etapa

A figura 6 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a primeira etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 6³².



³² Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

As disciplinas de outras áreas de conhecimento, como psicologia médica, ciências sociais e disciplinas do campo da saúde coletiva, apesar de figurarem nesta etapa do processo de formação médica, acabam isoladas, sem interface com as disciplinas de conteúdo biológico.

Os movimentos de reforma curricular da década de 80 incorporaram disciplinas de conteúdo humanístico no ciclo básico como estratégia de mudança do perfil dos médicos recém-formados. Na prática, o que se verificou foi a criação de novas disciplinas, aumento da carga horária, baixa incorporação dos conteúdos humanísticos nas atitudes dos médicos recém-formados e estigmatização dos conteúdos das disciplinas do campo da saúde coletiva, saúde mental e ciências sociais.

Segunda etapa

A figura 7 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a segunda etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 7³³.



³³ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

Depois do ciclo básico, o aluno está apto para cursar a disciplina *semiologia médica (propedêutica)*. Aqui começa uma nova etapa do processo de formação médica, na qual os alunos incorporarão a linguagem clínica, importante instrumento de trabalho que institui a prática médica e que iguala os distintos médicos oftalmologistas, internistas, intensivistas, cirurgiões, pediatras, etc. Todos se utilizam, em maior ou menor grau, deste instrumento. Indo mais longe, afirmamos que este é um dos poucos fatores que é comum a todos os médicos clínicos.

Foucault, em *O nascimento da clínica*, reconstrói os passos percorridos para a consolidação da clínica moderna. Ele demonstra a importância dos avanços da patologia enquanto campo de elucidação e de localização das lesões e distúrbios fisiopatológicos como fundamentais na definição da lógica de construção e consolidação da semiologia, linguagem da clínica moderna.

Quero dizer, com isso, que apesar da importância da semiologia, ela funciona como um funil, pois a lógica que norteou a sua consolidação tem suas raízes no modo de entender e analisar o processo saúde-doença no indivíduo biológico. Logo, as tentativas de incorporação de saberes das ciências humanas e de saberes do campo da saúde coletiva no ciclo básico, através da criação de novas disciplinas e/ou da incorporação de técnicas pedagógicas integradoras, não resolveram os limites da semiologia, importante instituinte da prática médica. A semiologia médica não é capaz de instituir a utilização de saberes, métodos e técnicas voltados para o indivíduo nas suas dimensões social e psíquica.

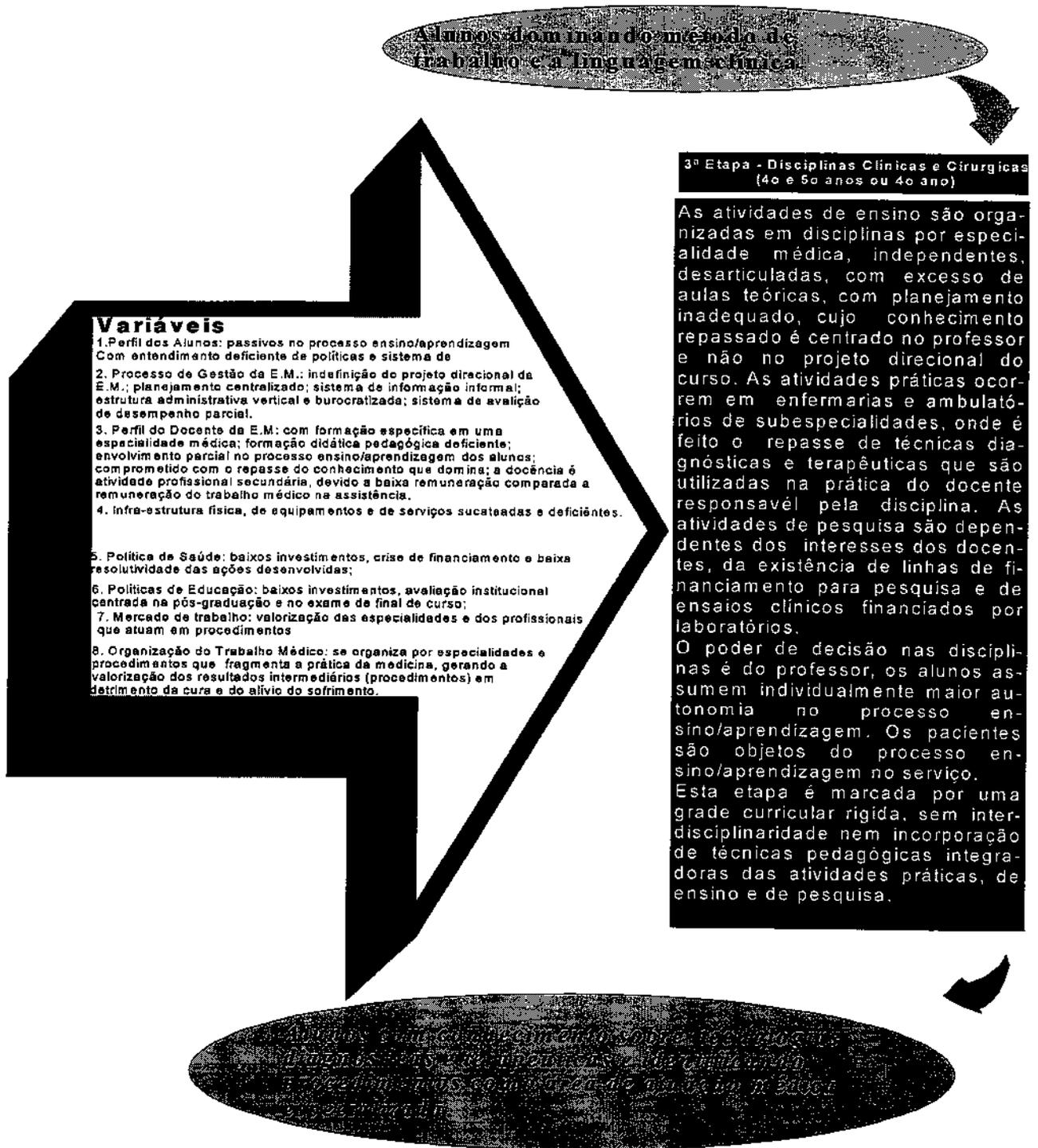
O instrumental da semiologia é limitado. Os alunos não aprendem nada, ou quase nada, sobre a psicanálise - sequer são preparados para lidar com um ser portador de subjetividade e não tomam nem mesmo conhecimento do campo das representações. Nesta etapa, acumulam

conhecimentos biológicos sobre o processo saúde-doença e incorporam implicitamente um único método de análise e de construção de conhecimentos - o método positivista.

Terceira etapa

A figura 8 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a terceira etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 8³⁴.



³⁴ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

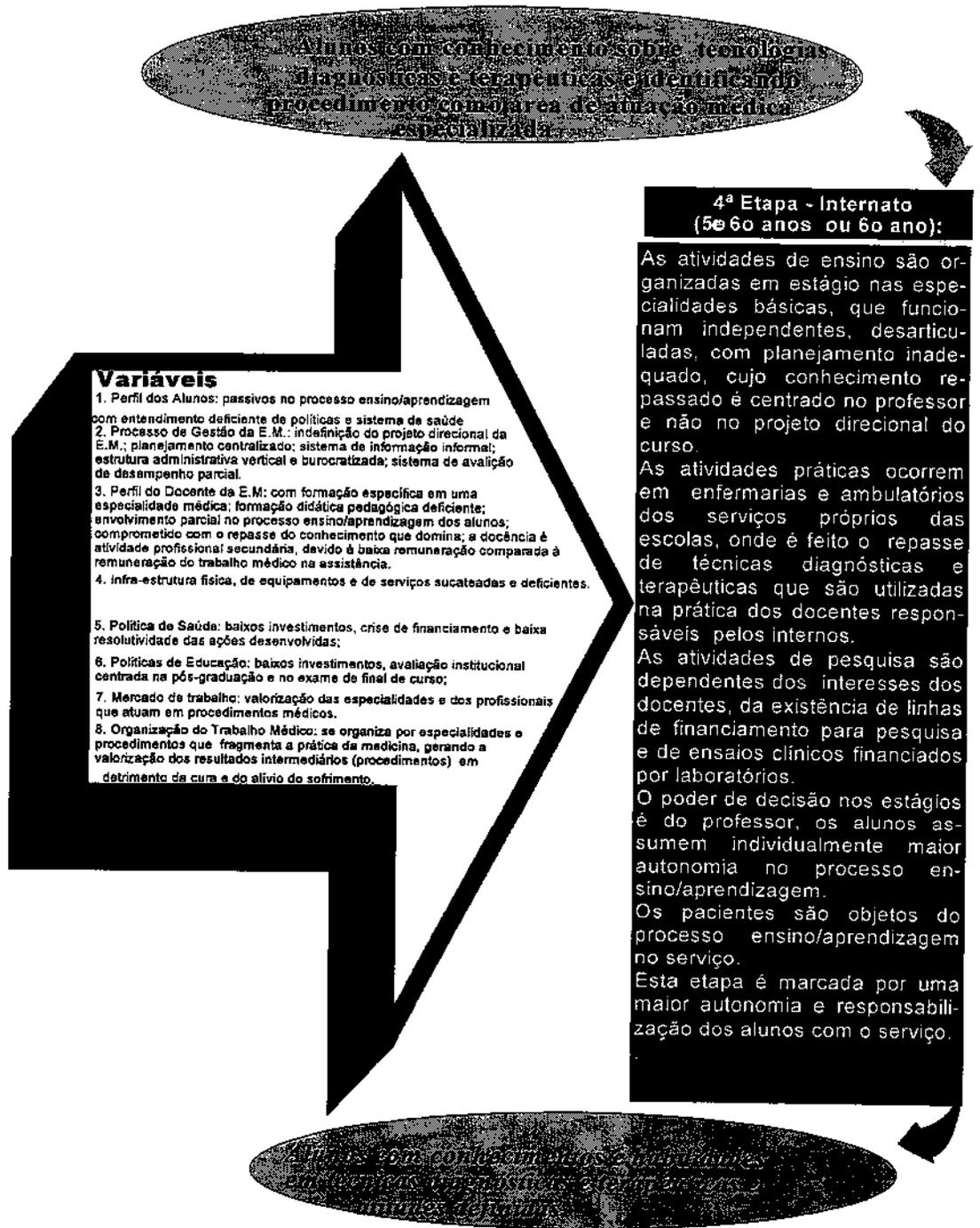
Para esta etapa, as propostas de mudanças dos movimentos de reformas curriculares consistiam na reaglutinação de conteúdos essenciais dos campos da medicina interna, cirurgia, tocoginecologia, pediatria e saúde pública, para dotar o médico recém-formado de capacidade resolutiva nos níveis primário e secundário de atenção à saúde. Parece também não ter atingido os resultados esperados.

As causas deste insucesso estão nos seguintes fatos: manutenção de grade curricular rígida, sem interdisciplinariedade, sem incorporação de técnicas pedagógicas integradoras das atividades de ensino, pesquisa e extensão, e falta de clareza da organização do processo de trabalho médico. Os alunos ganham autonomia, limitada pelo professor e pelas capacidades individuais de buscar conhecimentos. O modo como se organizam os processos de formação e os serviços, não está concebido para o domínio dos trabalhadores em saúde nem tampouco para os alunos. Ao final desta etapa, os alunos têm a formação ético-humanística deficiente e a opção pela especialidade na qual pretendem se profissionalizar consolidadas à concepção funcionalista do processo saúde-doença.

Quarta etapa

A figura 9 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a quarta etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 9³⁵.



³⁵ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

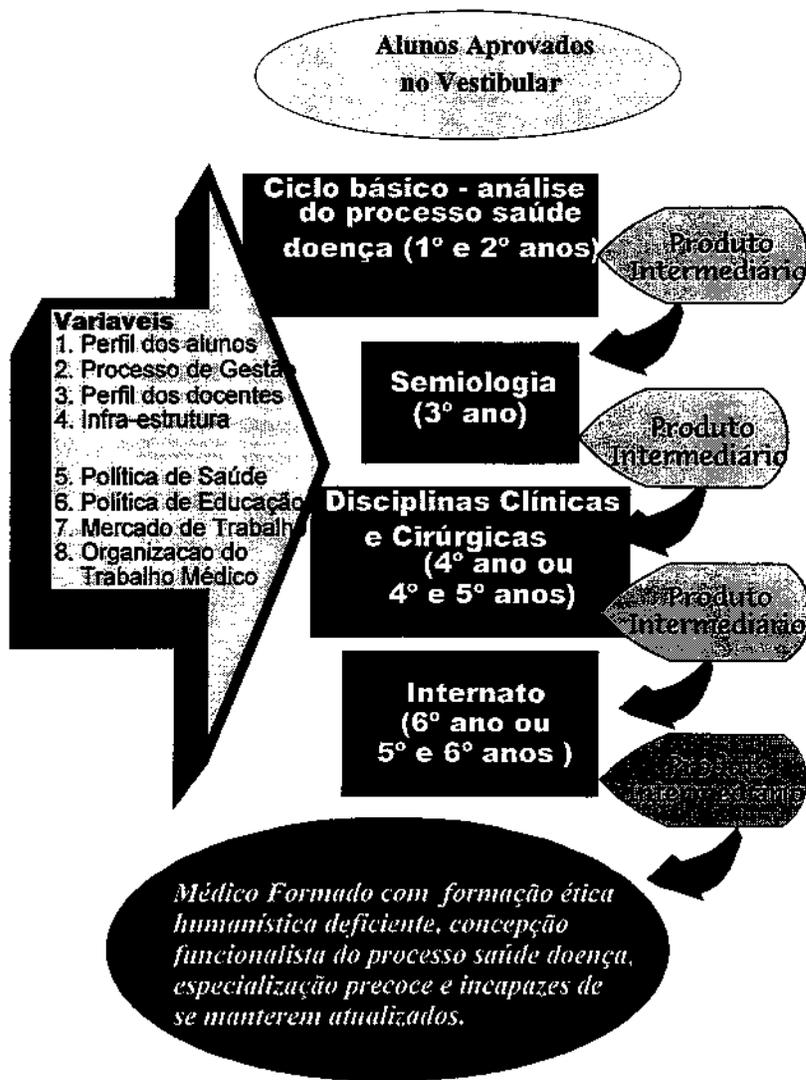
As atividades de ensino são organizadas em estágios nas especialidades básicas *clínica médica, cirurgia geral, tocoginecologia, pediatria* e, em poucas escolas, *medicina preventiva e social*. Nesta etapa, os estágios são independentes, apesar de sua organização se dar nas especialidades básicas. Na prática, o repasse de conhecimento e o treinamento em serviço ocorrem, respectivamente, centrados no professor, através do repasse dos conhecimentos de técnicas diagnósticas e terapêuticas em uso na sua subespecialidade e, em módulos práticos, com atividade de enfermagem e ambulatório nas subespecialidades.

O treinamento em serviço do internato reproduz a organização do trabalho médico fora da escola e é desenvolvido em serviços da escola médica, como hospitais universitários e seus ambulatórios de especialidades. O treinamento em serviço dos alunos na rede de atenção à saúde é uma realidade de poucas escolas. A pesquisa, nesta etapa do processo, é dependente e centrada nos interesses particulares dos docentes, na existência de linhas de financiamento de pesquisa e nos ensaios clínicos financiados por laboratórios.

Nesta etapa, os alunos, dependendo da instituição, assumem a condição de sujeito. Nas instituições que possuem programa de residência médica bastante desenvolvido, os alunos acabam restringindo sua atuação, mesmo tendo um internato mais longo, pois as atividades mais nobres ficam com os residentes. Nas instituições onde a residência inexistente ou não é tão estabelecida, os estudantes acabam assumindo a condução do serviço, porém, sem a orientação desejada. O principal instrumento pedagógico, nestes casos, é a iniciativa do aluno.

A figura 10 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando as etapas do processo de formação e os seus produtos intermediários. Descreve, ainda, o produto final.

Figura 10³⁶.



³⁶ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

A descrição do processo de formação revela a hegemonia absoluta dos conteúdos programáticos que permitem a compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico (1ª Etapa). Desvenda a semiologia como instrumental de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios orgânicos fisiomorfológicos e assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista (2ª Etapa).

Este processo demonstra que o treinamento dos alunos para intervir no processo saúde-doença ocorre em disciplinas que fragmentam a abordagem do indivíduo biológico, reproduzindo a organização do trabalho médico definido a partir da incorporação de tecnologias diagnósticas e terapêuticas (3ª Etapa). O internato, apesar de responsabilizar e ampliar a autonomia dos alunos no serviço, consolida o modo de intervenção no indivíduo biológico delineado ao longo das etapas anteriores do processo de formação (4ª Etapa). Desta maneira, a concepção biologicista de abordagem do processo saúde-doença se mantém estruturalmente e se reproduz através do modelo flexneriano de ensino médico.

Os projetos, interesses e desejos dos atores sociais que disputam políticas dentro e fora da escola médica são medeados, na constituição de seu cotidiano, pelo processo de formação médica, instituinte da formação de médicos com deficiente capacitação ético humanística, concepção funcionalista do processo saúde-doença, inseguros quanto à sua profissionalização e determinados a buscá-la na especialização, além de incapazes de se manterem atualizados; e de um modelo pedagógico consolidado ao longo das últimas décadas, sem muitas modificações, que se caracteriza pela desarticulação das necessidades do SUS e pela inadequação ao atendimento das demandas sociais.

O que acabamos de descrever pode ser utilizado para nos auxiliar no esclarecimento de parte das causas das mudanças ocorridas no ciclo básico não terem gerado os efeitos esperados de mudança do perfil do médico recém-formado. É certo que as mudanças se limitaram somente à criação de novas disciplinas e tentativas de aproximação dos alunos com os serviços de saúde, logo no início da graduação. Também não houve incorporação de técnicas pedagógicas que possibilitassem a transdisciplinaridade.

A partir disso, questionamos se a transdisciplinaridade resolveria o problema. Neste caso, acreditamos que não, pois a questão aqui é de funil de processo. Em outras palavras, a etapa seguinte não foi capaz de processar as novas características do pretense novo produto intermediário da primeira etapa do processo de formação médica. É óbvio que existem outros fatores, mas, em primeiro lugar, esta seria a causa mais importante.

Quando afirmo que o processo de formação médica está para o modelo pedagógico, assim como o *software* está para um sistema de processamento de dados, quero dizer que o processo está subdividido em etapas, mas em etapas que são partes complementares de um todo. Para mudar as características de um produto final, é condição *sine qua non* conhecer cada uma das etapas e seus produtos intermediários, sob pena de fazermos mudanças numa etapa e a próxima não absorver o novo incorporado na anterior. Ou ainda, até mesmo desconsiderá-lo, mantendo seu produto, portanto, tal qual ele era antes da mudança da etapa anterior.

Processo de formação na situação-objetivo

A situação-objetivo delineada pelos participantes das oficinas vislumbra um aluno ingressante crítico e criativo, sujeito de sua própria história. Desenha um curso médico com um processo de formação caracterizado por disciplinas integradas, alunos inseridos desde o começo

do curso em atividades práticas, integração do ciclo básico com o profissionalizante, técnicas pedagógicas capazes de integrar as atividades práticas de ensino e de pesquisa, e por um modelo de ensino no qual o aluno é sujeito no processo ensino-aprendizagem e o paciente é encarado como sujeito.

As falas dos participantes das oficinas apontam como condição para a mudança no ensino médico:

- Existência de um corpo docente com capacitação técnica, didática e pedagógica, realizados com a carreira, envolvidos ético-politicamente com o curso e com o processo de ensino-aprendizagem;
- Mobilização dos estudantes nas discussões sobre ensino médico e compromisso com o processo de ensino-aprendizagem;
- Estruturação de sistemas de gestão, cujos projetos direcionais da escola e do curso estejam claramente definidos, o planejamento seja sistemático, participativo e centrado nas atividades *fim*; a estrutura organizacional seja horizontalizada, cujas instâncias de direções acumulem poder de decisão e de execução de políticas e cujos sistemas de informação e avaliação sejam capazes de produzir dados necessários à gestão, no sentido de lhe apontar caminhos;
- Organização da gestão de pessoal, cujo projeto direcional da escola norteia a montagem de um sistema de avaliação de desempenho em função da aferição da desenvoltura de docentes e funcionários nas atividades *fim*;
- Existência de infra-estrutura física e de serviços, bem como insumos adequados, tanto qualitativa quanto quantitativamente, necessários ao funcionamento da escola;

- Mercado de trabalho que valoriza a incorporação de profissionais capazes de abordar o indivíduo nas suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais;
- Organização do trabalho médico integrado a partir das necessidades do usuário;
- Políticas públicas de saúde que contemplem uma remuneração atrativa para aqueles profissionais que fazem a opção pelo serviço público, fontes de financiamento que garantam o funcionamento do setor e qualificação da participação popular nos órgãos deliberativos do SUS;
- Políticas públicas de educação caracterizadas por orçamentos executáveis e suficientes à manutenção do trabalho qualificado das universidades, avaliação ao modo da CINAEM e redefinição do sistema de pós-graduação, *lato sensu e stricto sensu*.

Foi consenso entre os participantes das oficinas que a interação destas variáveis com o processo de formação acima descrito possibilitaria a formação de médicos profissionalizados para o atendimento resolutivo das necessidades de saúde representadas pelos problemas de maior prevalência, pelas urgências e emergências e pelas patologias com potencial preventivo apresentadas pela população; com capacitação crítica, criativa, orgânica e postura ético política definida, bem como capazes de se manterem atualizados.

V. DISCUSSÃO

Reflexões e proposições nas descobertas de um ator social em formação.

Movimento pastoral - a partida para outra opção.

A pastoral universitária proporcionou-me o que a escola e nenhum órgão formal de educação conseguiu compreender, mesmo que ainda superficialmente, o modo como os homens constroem a realidade em que vivemos. Aprendi através do método ver, julgar e agir a construir explicações menos maniqueístas sobre as questões individuais e coletivas.

Eu diria que foi na militância da pastoral que o referencial materialista, histórico e dialético foi incorporado no meu modo de olhar, de analisar e de atuar nos espaços de convívio social, pondo em questionamento quase todas as explicações sobre o mundo da vida e da subjetividade, gerando inquietação e busca de novas explicações e significados para a existência enquanto indivíduo que vive num mundo, cuja vida que vivemos foi por nós inventada.

A pastoral, ao contrário dos outros movimentos, tinha uma preocupação estruturada com o indivíduo, não haveria libertação de todos os homens se não houvesse simultaneamente a libertação do homem todo. Era esse o ensinamento, mas, na prática, o enfoque sobre os indivíduos se restringia aos membros do grupo e às celebrações. Quando escrevíamos textos ou nos manifestávamos em reuniões, as questões dos indivíduos e das individualidades não eram objeto de reflexões nem das propostas de atuação prática. As questões coletivas eram soberanas, ou seja, na prática dos grupos não nos diferenciávamos da prática dos partidos, a não ser por sermos mais comedidos.

Foi na militância no movimento da pastoral universitária que abandonei o projeto inicial de ser médico, o de ganhar dinheiro na medicina. Resolvi fazer saúde pública e me dedicar à militância da construção de uma subjetividade coletiva capaz de possibilitar a manutenção e a melhora da vida.

Movimento estudantil - da compreensão do seu funcionamento à busca de uma nova cultura de organização.

Ao entrar no Centro Acadêmico, em 1988, tinha como tarefa, definida pela militância na pastoral, fazer daquele espaço um instrumento de transformação da universidade, da escola e da sociedade. Isso era mais do que um chavão incorporado na militância, era uma opção de vida encarada como uma missão que exigia vigília permanente aos fatos que aconteciam, porque deles poderiam advir as possibilidades da ação. Este papel de missionário trouxe uma inserção profissional/missionária produtiva ao movimento estudantil.

No movimento estudantil de medicina local, no começo, as disputas internas eram com militantes de partidos políticos, os quais sobreviviam como parasitas dos movimentos sociais, utilizando-se taticamente dos sindicatos, DCEs, CAs, DAs e de outras organizações, na espera da oportunidade de gerar a crise e tomar o poder de Estado, ou elegendo quadros para cargos proporcionais e barganhando postos de mando em troca de apoio em eleições para cargos majoritários. Isto, de certa maneira, explica a situação em que encontramos o CA quando assumimos: completamente destroçado, física e politicamente. A militância no centro acadêmico trouxe um recorte de sociedade para a qual passei a mirar minha ação na política acadêmica da universidade, o setor saúde.

No começo de 1990, ao participar do II COBREM, em Fortaleza, mantive o meu primeiro contato com o movimento estudantil de medicina nacional. Neste encontro, todos os participantes

faziam parte de uma tendência, 90% estavam divididos entre PC do B, tendências do PT, Partido da Libertação Proletária e os outros 10% compunham o grupo dos independentes, geralmente ingênuos, arrogantes ou oportunistas, que acabavam se configurando na tendência de negação das tendências. Todas as tendências eram portadoras de teses produzidas geralmente fora do movimento estudantil, as quais eram disputadas nos fóruns do movimento.

Em 1990, participei de quatro fóruns do movimento (um COBREM, um ECEM, e dois CONEEMs), nos quais havia repetição das discussões dos eventos anteriores. Somente um grupo de estudantes se manifestava, geralmente os “*capas pretas*”³⁷. A agenda do movimento permanecia inalterada e distante dos fatores que definiam o cotidiano dos estudantes. A novidade em todos os encontros era a proposta de transformação de ensino médico da DENEM (PTEM), talvez porque permitia às lideranças estabelecer um diálogo mais próximo do dia-a-dia das escolas e dos estudantes.

No começo pensei que a repetitividade das discussões fosse decorrente da falta de sistematização dos fóruns, ou seja, problema de dinâmica. No III COBREM que organizamos em Aracaju, em 1991, tudo foi pensado: os objetivos das mesas, das discussões em grupo e das plenárias diárias, assim como o resultado do evento. No entanto, já na primeira plenária, na votação do relatório de conjuntura dos grupos, parecia uma reprise dos fóruns anteriores. De fato, mais uma vez a disputa era o que importava, pois, culturalmente, estava estabelecido que era na disputa que se conquistava a hegemonia.

Por que uma vírgula tinha tanta importância? Por que as deliberações de um fórum do movimento significava tanto para as tendências (quase um objeto de desejo)? Por que cada grupo ou tendência queria impor sua verdade, uma vez que não diferia em quase nada da verdade

³⁷ Denominação dada às pessoas que lideravam as tendências no movimento estudantil.

contida nas teses dos outros grupos e das outras tendências? Qual a lógica de funcionamento deste movimento?

Essas questões e a participação de estudantes, que em 1991 constituía-se de pouco mais de 10% do coletivo que participou do momento de criação da DENEM, em 1986, no ECEM de Fortaleza e do momento da divulgação da PTEM em 1987, no ECEM de Campinas, bem como as questões levantadas na reunião de planejamento da gestão em que era presidente, fizeram-me buscar explicações históricas para esses fatos.

Para responder a todas essas questões busquei entender a origem do movimento estudantil (ME) e com que movimentos se assemelha. Fui ao “caderno de estudos nº4³⁸” da pastoral. Este documento nos apresenta um resumo histórico do movimento estudantil desde a fundação da União Nacional dos Estudantes (UNE) até a data de sua publicação. Neste documento, ao longo da narrativa da história do movimento estudantil, é possível perceber a influência direta dos partidos políticos e suas tendências na disputa da hegemonia dentro do ME.

Se compararmos a estrutura organizacional de um partido de esquerda com a estrutura da UNE, verificaremos muitas similaridades na sua concepção. Ambas são verticais, possuem um presidente, vice-presidentes regionais e executivos; o órgão máximo de deliberação é o congresso, no qual a executiva é eleita por delegados e é aprovado o caderno de teses – a verdade sobre todas as coisas até o próximo congresso.

Arrisco-me a dizer que o ME está culturalmente assentado no centralismo democrático, no qual existe um partido único, cujo comitê central, instância máxima do partido, dirige a sociedade

³⁸ Pastoral universitária/linha diocesana. Movimento estudantil. Caderno de estudos nº 4. Mimeo, 1988.

a partir da tese vitoriosa votada no congresso do partido pelos delegados. Essa concepção explica algumas questões como:

□ A maioria dos congressos do ME são espaços de disputas em torno de teses, às vezes muito parecidas, que servem para diferenciar os iguais nas disputas e justificar a ascensão ao comitê central, executiva da entidade, do grupo que convencer ou arregimentar maior número de delegados para a sua tese;

□ Deliberações de congressos encaradas como leis, verdades legais e legítimas, que estarão vigorando na sociedade no dia seguinte ao congresso, como se todo o poder na sociedade estivesse contido na executiva eleita;

□ “aparelhamento³⁹” das entidades estudantis por partidos, os quais identificam no Estado a única via de implementação de políticas. É comum, ao final do mandato de grupos vinculados a alguns partidos à frente de entidades estudantis, elas se encontrarem completamente consumidas econômica e fisicamente e, principalmente, sem poder político.

O que fazer para mudar esta cultura, que também era a do movimento estudantil de medicina? A solução não veio a seguir ao entendimento, que, na época, nos serviu como mais um elemento para refletirmos sobre a DENEM. Na prática, o que fizemos foi traçar um paralelo das questões e dos acontecimentos marcantes para os partidos políticos e movimentos sociais no Brasil com o momento histórico em que a DENEM foi criada, na tentativa de identificar os elementos que influenciaram no seu modo de funcionamento.

A DENEM foi criada em 1986, ano de ascensão dos movimentos sociais setoriais, da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, do plano cruzado e de divergências entre

³⁹ Termo usado para referir a utilização por um partido político de uma organização para outro fim ao qual ela se propõe.

lideranças do movimento estudantil de medicina, que ocupavam a secretaria de biomédicas da UNE e que romperam com a direção da UNE. Acredito que a criação da DENEM significou uma ruptura estratégica quanto à concepção de transformação de sociedade, significou a aposta na transformação da sociedade a partir da construção e acumulação de poder na disputa e implementação de políticas setoriais. Esse movimento é a cara do Partido dos Trabalhadores que se constitui através de movimentos sociais e cuja trajetória marcada pela ditadura militar lhe imprime como possibilidade de militância a luta em torno de questões mais próximas da necessidade das pessoas, sempre no fio da legalidade imposta pelo regime militar.

Se é correto o diagnóstico de ruptura de concepção de transformação dos militantes do movimento estudantil, o que aconteceu com a sua prática política? Como se produzia política na DENEM ? Se observarmos o que acontecia nos fóruns do movimento e o modo como se estruturava a entidade, chegaremos à conclusão de que era muito parecida com a UNE. Congressos, teses, disputas entre iguais, etc... Penso que a criação da DENEM trouxe novos significados para a militância do movimento estudantil de medicina ao definir novos objetivos estratégicos. Não houve, porém, ruptura com a cultura de organização hegemônica pelo centralismo democrático.

A compreensão destes elementos históricos, o acesso à produção teórica do professor Mário Testa sobre o “*postulado de coerência*”⁴⁰, a dedicação missionária/profissional geradora de um estado de vigília permanente, a oportunidade de participar de uma gestão numa diretoria solidária, e de ser sucedido por um grupo aliado, permitiram-me, ao longo da militância na DENEM, de janeiro de 1990 a agosto de 1993, captar, partilhar, analisar, implementar,

⁴⁰ TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas-Abrasco, 1992.

sistematizar e propor, sob a forma de estatuto e regimento interno, uma nova concepção de organização e de produção de políticas para o movimento estudantil de medicina.

Ao longo deste processo de descobertas e experimentação, transformamos a DENEM numa organização nacional com dois níveis de direção: um nacional e outro local, horizontalizamos a estrutura organizacional, as direções devem estar onde ocorrem as disputas de projetos, nas escolas médicas e em nível nacional.

Os fóruns tiveram seus papéis definidos e foram intercalados por instâncias de deliberação da direção do movimento que aproximam operacionalmente os planos produzidos dos espaços nos quais serão disputadas ou implementadas as políticas; deixaram de ser somente arena de disputas e se constituíram em instâncias coletivas de construção de políticas, a partir das vivências dos estudantes das diferentes escolas, disputadas na construção da explicação e na definição das estratégias de abordagem de temas que afligem situacionalmente esses atores, rompendo com a ditadura da determinação da agenda do movimento pelas tendências ou forças políticas.

A transformação desses fóruns em instâncias de construção coletiva deu-se pela incorporação da lógica de abordagem de um determinado espaço de produção social, do planejamento estratégico situacional, que permite a vários atores partilharem na construção da explicação e das alternativas de ação sobre uma determinada realidade, corroborada por técnicas de comunicação visual que focam cada tema por vez, facilitando a comunicação, a troca de experiências e uma compreensão mais horizontalizada sobre cada tema. É certo que planejamento não forma atores sociais, mas serviu como instrumento que organiza e permitiu partilhar a abordagem no momento da compreensão e da definição da ação sobre um determinado espaço de produção social.

Essas mudanças aproximaram, de certa maneira, o movimento estudantil dos estudantes, pois a ruptura com a ditadura das tendências permitiu a construção de identidade referida às questões mais próximas ao dia-a-dia das escolas médicas e dos alunos. Ampliou significativamente a capacidade de mobilização dos estudantes e a quantidade de lideranças formadas no movimento, a legitimidade junto a outras organizações, e a capacidade de criar fatos políticos com repercussão em outras organizações e instituições.

Apesar de a DENEM significar para o movimento estudantil de medicina a definição de novos objetivos estratégicos e de ter no seu processo de amadurecimento e construção rompido com a cultura do centralismo democrático, incorporando um novo modo de se reproduzir que a aproxima dos estudantes e das escolas, não há ainda uma participação mais efetiva destes na agenda programada pelo movimento.

Fica evidente que mesmo uma entidade que, na crise, conseguiu crescer, tem o seu limite de crescimento em termos de participação se não influir na consolidação de um projeto político que institua, na graduação em medicina, uma nova abordagem dos aspectos psíquicos, sociais e biológicos do processo saúde-doença nos indivíduos e na coletividade, que gere nos estudantes a necessidade de buscar saberes que lhes instrumentalizem para o desempenho de outro papel, enquanto profissional de saúde.

CINAEM - meio de encontro, de disputas, de formação e de desmarginalização do movimento estudantil de medicina.

A criação da CINAEM levou a discussão de ensino médico para todas as entidades médicas e outras entidades que lidavam com a educação no Brasil, bem como permitiu pela primeira vez na história do ensino médico a articulação de maneira sistemática destas entidades de uma só vez em torno de uma agenda comum.

Serviu como espaço de teste de novos caminhos de investigação com envolvimento de escolas, com discentes e docentes, rompendo com os sistemas tradicionais de avaliação, cuja participação dos avaliados é sempre passiva. Submeteu dimensões do mesmo objeto de investigação, a escola e o ensino médico, a pesquisa qualitativa e quantitativa, utilizando-se de quatro desenhos metodológicos diferentes, sendo que um foi desenvolvido numa primeira fase da pesquisa e os outros três foram desenvolvidos simultaneamente na segunda fase.

Gerou espaços coletivos de produção e de formação de novas lideranças para o movimento da educação médica brasileira, possibilitou a ascensão daqueles que fazem o dia-a-dia da escola médica à condição de formuladores de políticas, constituindo-se num determinado momento como um ator social coletivo nacional composto por docentes e discentes.

Tornou-se uma resposta concreta das entidades e das escolas contra a desresponsabilização do Estado de gerir os sistemas de formação de profissionais de nível superior. Em outras palavras, serviu como bandeira contra o sistema de creditação do Ministério da Educação (o provão) e de espaço de articulação contra a criação de novas escolas.

Facilitou a aproximação da DENEM às entidades médicas nacionais, legitimou os estudantes como protagonistas de mudança dentro da escola médica, na medida em que sugeria como condição para participação das oficinas a presença de um estudante e um professor por escola. O movimento estudantil de medicina ganha aliados externos - as entidades - e se legitima internamente na luta pela transformação do ensino médico, bem como acumula novos conhecimentos e aumenta a possibilidade de encontros de articulação.

As conquistas do processo da CINAEM deveram-se à realização das oficinas que serviram como espaços de encontro, de troca de experiências e de produção coletiva de novos significados para as questões do dia a dia; à existência de uma agenda que gerava desdobramentos em cada

escola; à equipe técnica que manteve a continuidade do processo político mesmo quando havia mudanças importantes de representantes de entidades; à aliança do movimento estudantil com a equipe técnica, que assegurava maior viabilidade política ao trabalho proposto; e à confiança creditada pela maioria das entidades e dos docentes das escolas na equipe técnica.

As principais dificuldades do processo e suas conseqüências foram as disputas internas, geralmente motivadas por questões pessoais, relacionadas à utilização do movimento da CINAEM para a manutenção da sobrevivência política dessas pessoas no âmbito de sua atuação externa ao processo, resultando em atrasos nas decisões; a baixa disponibilidade de recursos financeiros para a viabilização do processo, levando à restrição de atividades, mesmo quando se identificava a necessidade de complementar as ações; a inexistência de discussões técnicas com outros núcleos de estudo, o que possibilitaria a correção prévia de erros metodológicos e ou operacionais evitáveis; e a dificuldade de alguns representantes de entidades em acompanhar os trabalhos, causando baixa compreensão por parte destes dirigentes e, conseqüentemente, pouco empenho em viabilizar financeiramente e disputar politicamente o projeto nos órgãos governamentais e na sociedade.

No texto *“autotransformação das escolas médicas⁴¹”*, do Boletim da ABEM, de dezembro de 1997, é feita uma proposta de autotransformação das escolas, que se utiliza do correto princípio de construção de autonomia das escolas, preconizado e praticado em todo o processo da CINAEM. No entanto, não fica explícito qual o papel da CINAEM, neste contexto, uma vez que através de sua equipe técnica apresentou uma proposta de construção coletiva de um processo técnico político de transformação das escolas médicas do Brasil em Uberaba (MG), no Congresso da ABEM de 1997.

⁴¹ Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica, dezembro de 1997.

Esta proposta da ABEM parece significar a substituição das entidades que compõem a CINAEM da condução técnica e política do movimento nacional de transformação do ensino médico, retornando o controle técnico e político a uma pretensa elite de pensadores da educação médica restrita a algumas universidades, que não consegue perceber a importância da CINAEM na ampliação do foco das entidades sobre o ensino médico no Brasil. Esta disputa de poder não pode interessar aos docentes, aos discentes, às escolas médicas e à sociedade brasileira. Acredito que há espaço qualificado para todos os segmentos na construção de uma nova escola médica. No entanto, nem todos acreditam na possibilidade de construção coletiva, pois apostam na disputa como meio de produção e legitimação de uma nova síntese sobre a educação médica.

Minha preocupação é corroborada por algumas lideranças do movimento estudantil que se perguntam: *“Que autotransformação farão as escolas médicas, estando alijadas do processo de discussão dos caminhos que levam à transformação? Onde estão os representantes das escolas que em momento algum puderam expressar suas aspirações quanto à continuidade da CINAEM? Com que direito a ABEM entrega a condução da transformação do ensino médico a um grupo de supostos iluminados passando por cima de professores e estudantes que sempre garantiram a representatividade desta entidade? Onde está a cumplicidade estabelecida entre as entidades médicas que compõem o colegiado da CINAEM? Como uma entidade que preside uma comissão pode se furtar à criação de canais de expressão coletiva, quando ela mesma propõe que as próprias escolas devam criar os seus modelos educacionais? Onde estiveram alguns dos atores que retornam à cena assinando a nova panacéia, nestes sete anos de lutas pela CINAEM? Onde estavam estas brilhantes figuras do passado e todos os seus aliados, quando a educação médica*

passava a ocupar espaço pela primeira vez na agenda das principais entidades médicas deste país?⁴²”

E afirmam : *“Não queremos a arqueologia da mesmice, queremos a força das novas lideranças, não queremos barganhas mesquinhas, queremos cumplicidade na construção do ideal, não queremos indiferença e dissimulação, queremos compromisso e participação, não queremos o que nos é imposto sem nenhuma discussão. Queremos sim é a continuidade do que é produto de nossa união, queremos CINAEM⁴³”*. A manifestação dos estudantes revela a delicadeza do momento para a CINAEM e a necessidade de se repactuar o poder técnico e político para uma nova caminhada da CINAEM, se houver.

Da descoberta de como se constrói a agenda dos estudantes de medicina à proposição do instituinte de uma nova agenda.

A análise situacional como método de aproximação do pesquisador sobre um tema de estudo possibilitou a produção de dados sobre o objeto em oficinas de trabalho de PEG-Q com docentes e discentes de escolas de todas as regiões do país. A reprodução de resultados muito semelhantes em diversas oficinas com diferentes participantes reforça a hipótese de que outros docentes e discentes reunidos produziram material semelhante ao revelado no presente estudo. O método apresentou limitações quando não conseguia produzir manifestações dos participantes em quantidade e profundidade sobre algumas dimensões do objeto que não faziam parte da historicidade, do posicionamento ético e político vividos, do presente e do projeto futuro de cada ator social.

⁴² CAMPOLINA, Alessandro. Assessor de trabalhos comunitários da DENEM. Documento de divulgação interna da DENEM. São Paulo, dezembro de 1997.

⁴³ Idem.

Carlos Matus costuma dizer que “*o plano de um ator é do tamanho do seu vocabulário*”⁴⁴. O vocabulário dos atores participantes das oficinas era mais rico quando se tratava de revelar a situação inicial, pois a quantidade e a qualidade das informações nos permitiu descrever com detalhes operacionais o processo de formação médica atual das escolas. No entanto, a descrição do processo de formação na situação-objetivo ficou no campo das diretrizes, o que revela a dificuldade de proposição de outro modo de formar médicos quando o arquivo de idéias e de projetos é conservador.

No momento que percebi que não conseguiria repetir o procedimento de alocar os conteúdos analisadores da variável processo de formação médica na situação-objetivo, como havia feito na situação inicial, vi-me instigado a elaborar uma nova estrutura curricular que permitisse a interação com as outras variáveis na conformação de um novo processo de formação médica, que contemplasse na sua concepção as diretrizes apontadas pelos participantes das oficinas, quais sejam: a integração das disciplinas, a inserção dos alunos desde o começo do curso em atividades práticas, a integração do ciclo básico com o profissionalizante, a incorporação de técnicas pedagógicas capazes de integrar as atividades práticas de ensino e de pesquisa, a condição de alunos sujeitos no seu processo de ensino e aprendizagem e de pacientes sujeitos do seu projeto terapêutico.

Segundo Merhy, o objeto dos serviços de saúde é “*a necessidade das pessoas*”⁴⁵. Isto muda o referencial, uma vez que a necessidade é socialmente construída e cada sujeito/pessoa é um objeto distinto para os serviços de saúde. Assim, enquanto profissionais da saúde, precisamos

⁴⁴ Fala do professor Carlos Matus em curso de capacitação de monitores em planejamento estratégico situacional, de 15 a 27 de julho de 1996, na FMB/Unesp.

⁴⁵ Temas abordados em aulas proferidas pelo professor Emerson Elias Merhy no Curso de Gestão Hospitalar ofertado pelo DMPS/FCM/Unicamp, no segundo semestre de 1994 e primeiro semestre de 1995.

entender como tais necessidades são construídas e criar mecanismos para satisfazê-las. Às vezes temos um serviço montado disponibilizando um conjunto de tecnologias, mas que não consegue perceber e intervir na necessidade do usuário, isto é, o serviço está tão ensimesmado, que o usuário não se encaixa nele.

A definição de Merhy sobre o objeto do serviços de saúde é de certa maneira corroborada por Georges Canguilhem, em "*O Normal e o Patológico*"⁴⁶, que constrói o conceito de normal e patológico como sendo uma norma significada socialmente. Com isso ele não quer dizer que não exista a doença orgânica, com ou sem as manifestações clínicas. Quer dizer que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém e o possibilita aferir a redução da sua normatividade.

Quando discutia o objeto dos serviços de saúde e do trabalho médico, e retomei a discussão do modo como ele é tratado na graduação em medicina, feita na descrição do processo de formação na situação inicial, percebi que a dimensão biológica do processo saúde-doença no indivíduo é priorizada nas atividades teóricas, práticas e de investigação na graduação. Esse fato é um determinante importante da abordagem positivista do processo saúde-doença, uma vez que a quase totalidade de conhecimentos sobre esta dimensão é produzida a partir deste referencial.

A redefinição do objeto do trabalho médico deve ser considerada um importante dispositivo de mudança na graduação. Ao mudarmos o nosso objeto de trabalho, teremos que repensar a organização dos serviços de saúde, o processo de formação, a organização do trabalho médico, o papel histórico da medicina, o modo como encaramos hoje os pacientes, e como

⁴⁶ CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2ªed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.

resgataremos a credibilidade e a legitimidade da medicina na sociedade. A definição de um novo objeto para a medicina pode desencadear mudanças intrínsecas no modo de trabalhar do médico, gerando a criação de inúmeras possibilidades de organização do cuidado à saúde.

Campos nos diz que: *“por mais que se criem mecanismos gerenciais na tentativa de disciplinar e racionalizar o uso de tecnologias no trabalho médico, não conseguiremos se não mudarmos o modo de fazer a clínica e a medicina⁴⁷”*. A mudança no *“modo de fazer⁴⁸”* deve ocorrer em todos os frentes de produção, inclusive na escola médica. Quem já participou de algum processo de reforma curricular lembra-se da resposta, quando fazíamos uma crítica ao estabelecido: “Você só sabe criticar” ou “Na teoria, o que você está propondo é lindo. Quero ver se funciona na prática”. Essas expressões só vêm a corroborar com outra que diz que uma instituição só muda se tiver outra para colocar no lugar.

Ao descrever o processo de formação médica atual das escolas, passamos a dispor de informações sobre o modo de fazer médicos, ou seja, instituído que participa da manutenção e da reprodução da instituição escola médica e sobre os seus instituintes: o enfoque no processo saúde-doença do indivíduo biológico, o instrumental de trabalho como a semiologia clínica e armada (instrumental/pesada) restrita à abordagem e significação biológica dos problemas, a organização do trabalho médico por procedimentos e os apelos de mercado que impõem necessidades e estabelecem padrões de abordagem dos problemas de saúde e de consumo de serviços, tecnologias e insumos.

⁴⁷ CAMPOS, G.W.S. Palestra ministrada no Congresso Brasileiro de Médicos Residentes, Campinas, dezembro de 1997.

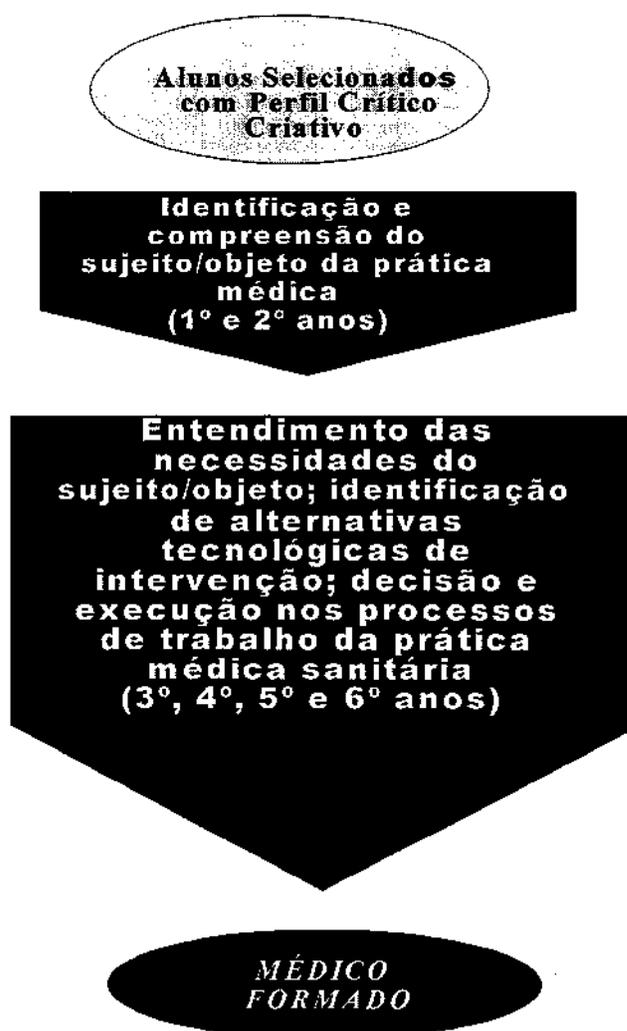
⁴⁸ Idem.

Temos discussões acumuladas sob a forma de diretrizes sobre a construção de um novo processo de formação médica (novo instituído) e da aposta na mudança do enfoque sobre o objeto do trabalho médico do indivíduo biológico fragmentado para o Sujeito = Indivíduo Biológico + Indivíduo Psíquico + Indivíduo Social, portador de necessidades, manifestações dos seus desejos e carências. Essas necessidades referidas à saúde do cliente de um médico, ou mesmo de um serviço de saúde, são historicamente construídas e se apresentarão todas as vezes que este cliente significar na sua historicidade a redução da sua normatividade.

Seria relegar à redução trabalhar como objeto somente a necessidade **referida**, mas é possível tomarmos esta como ponto de partida da interação e abordagem do médico com o seu cliente, e que funcionaria como elemento de integração e composição de um ser portador de subjetividade, para o profissional de saúde, que hoje vive a *coisificação* quantitativa das pessoas.

Tomando por referência essas discussões, arrisquei-me a propor uma outra estrutura curricular, que permite a integração dos conhecimentos hoje contidos em várias disciplinas na abordagem de um objeto, acabando com a separação do curso em ciclo básico e profissionalizante, contemplando a mudança de objeto, a inserção dos alunos desde o começo do curso em atividades práticas, e incorporando, em processo, técnicas pedagógicas que integram as atividades teóricas, práticas e de investigação, tornando o aluno sujeito do seu processo de ensino-aprendizagem. A figura 11 mostra a proposta de estrutura curricular que divide a formação do médico em duas etapas.

Figura 11⁴⁹.



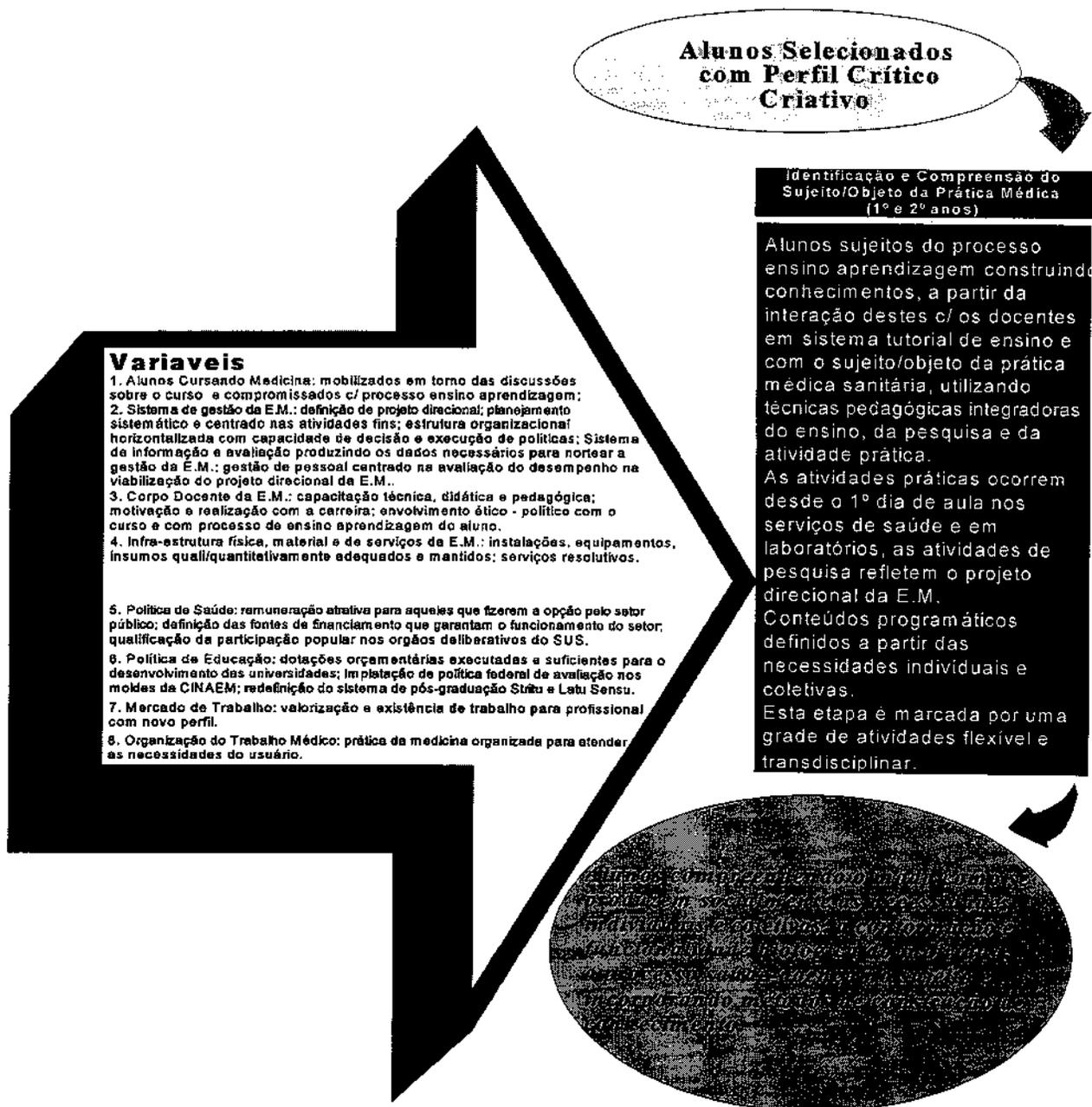
⁴⁹ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

Depois de elaborada outra proposta de estrutura curricular, como na descrição do processo formação na situação inicial, distribuí os conteúdos analisadores da variável processo de formação na situação-objetivo nas etapas da nova estrutura, descrevi as etapas e as inter-relacionei com outras variáveis também descritas para a situação-objetivo, simulando um novo processo de formação médica com seus produtos intermediários e final, conforme esquematizado nas figuras 12, 13 e 14 e a descrição das etapas.

Primeira etapa

A figura 12 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a primeira etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 12⁵⁰.



⁵⁰ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

Considerando um curso de medicina que se desenvolve em seis anos, a primeira etapa teria a duração de dois anos. Nesta etapa, o estudante aprende a identificar e compreender o objeto do trabalho médico. Deve compreender o modo como são produzidas as necessidades num indivíduo biopsicossocial, num sistema tutorial de ensino, no qual os alunos selecionados a cursar medicina seriam subdivididos em grupos de no máximo oito alunos, que ficariam sob a orientação de um docente tutor.

Nos primeiros seis meses, todos os subgrupos estariam estudando a dimensão psíquica do indivíduo. Ao invés de os alunos irem para um laboratório de anatomia, eles iriam para o ambulatório participar do atendimento dos usuários que procuram o serviço e observariam como se manifestam suas necessidades. Identificadas as necessidades de fundo psíquico, estas passariam a ser material de reflexão e pesquisa dos alunos, através das quais compreenderiam o modo como elas se produzem.

Nos próximos seis meses os alunos, sob a supervisão de outro tutor, passariam a estudar a dimensão social do objeto a partir da análise de manifestações individuais de necessidades de fundo social, em ambulatório, e da identificação de problemas de saúde coletiva, em grupos populacionais. Identificadas as necessidade e os problemas, estes passariam a ser material de reflexão e pesquisa dos alunos que buscariam as explicações para a produção das necessidades e dos problemas.

No segundo ano, os alunos passariam a analisar a dimensão biológica do objeto, sob a supervisão de pelo menos dois outros tutores. Nesse momento, as manifestações dos pacientes identificadas em ambulatórios e enfermarias, de fundo biológico, seriam tomadas como objeto de reflexão e pesquisa pelos alunos que fariam a descrição morfológica normal e patológica e dos mecanismos fisiológicos e fisiopatológicos, para as principais afecções.

Cada tutor contaria com o auxílio de outros docentes, médicos ou não, que seriam convidados a participar das discussões, tomando a dimensão em foco como elemento de integração *transdisciplinar do ensino e do conhecimento*. Pedagogicamente esta abordagem dar-se-ia mediante a utilização de um conjunto de técnicas que integraria as atividades práticas, de pesquisa e de ensino, exigindo do estudante uma participação ativa no seu processo de ensino-aprendizagem.

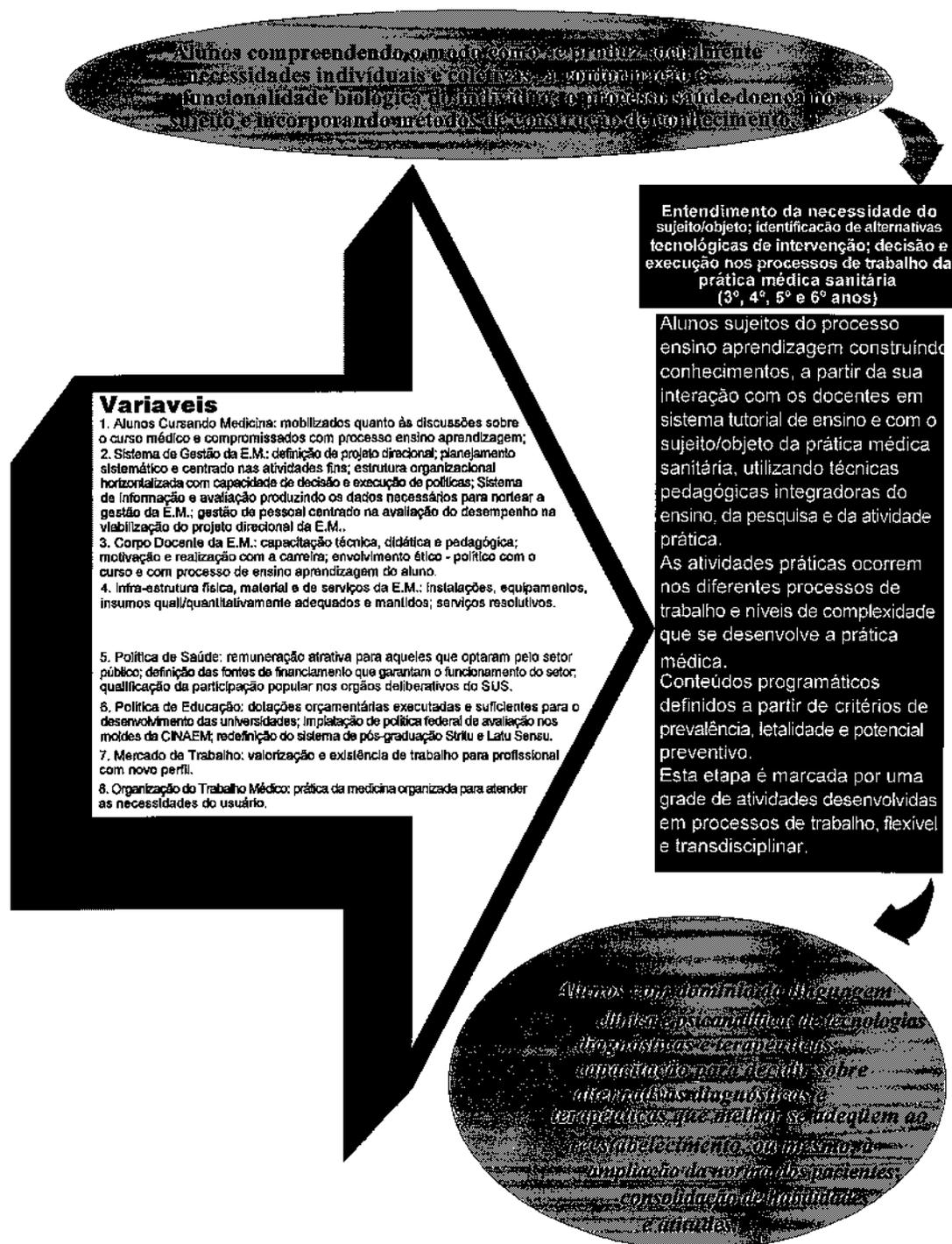
Os campos de estágios seriam as unidades básicas de saúde, comunidades para compreensão dos problemas coletivos e laboratórios, pondo o estudante em contato com o objeto de sua prática, desde o início do curso.

Ao final desta etapa, teríamos como produto a compreensão de como se produzem as necessidades, manifestações dos sujeitos, que são objetos da prática médica; entendimento da conformação e funcionalidade biológica do indivíduo; e, incorporação crítica e consciente de métodos de construção do conhecimento, uma vez que para cada dimensão do objeto são indicados distintos métodos de análise.

Segunda etapa

A figura 13 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando a segunda etapa do processo de formação e o seu produto intermediário. Descreve, ainda, a etapa e o produto intermediário.

Figura 13⁵¹.



⁵¹ Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

Na segunda etapa o alunos seriam subdivididos em grupos de no máximo cinco, que ficariam sob a orientação de um docente tutor diferente a cada seis meses ou período correspondente a cada foco de formação. Nesta etapa aprendem a compreender as necessidades dos pacientes/sujeitos, identificam as alternativas tecnológicas de intervenção, aprendem a decidir e a executar intervenções nos processos de trabalho em saúde.

No primeiro momento desta etapa, os alunos tomam as necessidades como manifestações integradoras dos interesses subjetivos de cura e ou de alívio de sofrimento do sujeito/paciente, como ponto de partida do trabalho médico, as necessidades referidas permitem aos alunos exercitarem técnicas semióticas, instrumentos de compreensão e significações das manifestações biopsicossociais dos sujeitos. Seria o momento de identificação da origem da manifestação e desencadeante do tipo de estratégia de abordagem para o restabelecimento da normatividade do paciente.

Nestas atividades os alunos se apropriariam das técnicas semióticas da clínica, da psicanálise e de compreensão das representações sociais, para que possam identificar qual o cerne do problema do paciente. Esta identificação transcende, inclusive, a condição patológica, ou seja, este aluno, além de estar capacitado para localizar uma lesão orgânica ou um distúrbio fisiológico, percebe um distúrbio de origem social ou psíquico, que acaba afetando a norma do paciente. Este momento é de extrema importância e deve ser o primeiro foco de orientação pedagógica.

Na medida em que o aluno vai se capacitando e incorporando saberes semióticos, amplia-se o foco da formação para o conhecimento das alternativas de intervenção nos campos psíquicos, sociais e biológicos e de complemento diagnóstico. O conhecimento destes recursos gera a necessidade de decidir sobre a sua utilização, ampliando mais uma vez o foco da formação. A

última ampliação de foco ocorre quando os alunos começam o treinamento na realização de procedimentos.

Nesta etapa, as atividades práticas ocorreriam em equipamentos assistenciais, comunidades e em locais que oferecem risco coletivo, definidas a partir do foco de formação. A partir do momento em que ocorrer a última ampliação de foco de formação, o treinamento pode se dar em qualquer nível de complexidade dos serviços de saúde.

Aqui também cada tutor contaria com o auxílio de outros docentes, médicos ou não, que seriam convidados a participar das discussões, tomando o foco como elemento de integração *transdisciplinar do ensino e do conhecimento*. Os tutores e os alunos também seriam os gestores da agenda do curso médico.

A viabilização pedagógica dar-se-á mediante a utilização de um conjunto de técnicas já desenvolvidas, que integra as atividades práticas, de pesquisa e de ensino. Com isto, ao final dos quatro anos, que compreendem esta etapa, o aluno teria o domínio da linguagem clínica, psicanalítica e das representações sociais; conhecimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas; capacitação para decidir a respeito de que tecnologia dispor para o restabelecimento da norma de determinado paciente; consolidação de habilidades e atitudes.

A figura 14 mostra a interação das variáveis com a estrutura curricular gerando as etapas do processo de formação e os seus produtos intermediários. Descreve, ainda, o produto final.

Figura 14⁵².



⁵² Relatório geral da 2ª fase do projeto da CINAEM. Julho de 1997.

Esta proposta não é um novo modelo, é apenas uma simulação de como poderia se dar a formação de um outro médico. Este exercício de construção de um novo processo de formação permitiu a visualização do funcionamento cotidiano de um novo *software* e consolidou o conceito de objeto da medicina, a organização da prática médica e o modelo de ensino como categorias centrais a serem consideradas para analisar o modo atual de formar médicos e as proposições de novos modelos de formação.

Na segunda metade da década de 80 e início da de 90, a proposta de transformação de ensino médico da DENEM (PTEM) era considerada, pelo movimento estudantil de medicina, como sendo o caminho pelo qual dar-se-iam as mudanças no modo de formar e no perfil dos médicos. Se tomarmos a PTEM como objeto de análise a partir das categorias acima, verificaremos que:

- Concebem como objeto “*a demanda real do serviço(...) definidas por dados epidemiológicos*”⁵³, não prevê na sua estruturação as manifestações dos sujeitos, necessidades expressas como desencadeantes da organização e produção do trabalho médico;
- A organização da prática médica se mantém centrada na semiologia clínica como instrumento de significação das necessidades dos pacientes e de orientação para as decisões. Agrega-se à formação a racionalização da utilização de tecnologias quando propõe o treinamento dos alunos em três etapas, cujas atividades práticas, teóricas e de investigação são organizadas e desenvolvidas na primeira etapa no nível primário de atenção à saúde, na segunda no nível secundário e na terceira no nível terciário;

⁵³ Proposta de transformação de ensino médico da DENEM, apresentada em jornal divulgado no XIX ECEM, em Belo Horizonte(MG), 1988.

□ O modelo de ensino é “baseado em problemas⁵⁴” num sistema tutorial com “grupos operacionais de cinco ou seis alunos que deverá ser o mesmo durante os três anos do atendimento primário, mas não necessariamente no secundário e terciário⁵⁵”, supervisionados por “professor tutor por serviço contratados por duas horas dia, para darem supervisão em seu campo específico de conhecimento⁵⁶”. Incorpora técnicas que integram as atividades teóricas, práticas e de investigação numa aproximação horizontal das partes do objeto representadas por problemas, em substituição às disciplinas que abordam verticalmente as partes do objeto.

Os projetos UNI do Brasil avançam em relação às idéias defendidas pelos movimentos de reforma curricular da década de 80, ao propor na década de 90 (como a DENEM na década de 80) a adoção do ensino baseado em problemas (PBL), “método educacional que se utiliza de problemas como ponto inicial do aprendizado do estudante”, como método de ensino.

Este método “na educação médica tomam problemas que integram as ciências básicas com o pensamento clínico(...) ... os problemas podem ser criados e construir atividades de aprendizado (como caso clínico, seminários, oficinas e práticas) (...). O aprendizado individual, atividades de carteira, se seguem com estudantes perseguindo e buscando respostas a perguntas que o grupo criou nas discussões⁵⁷”.

O PBL como método de abordagem ou aproximação de um objeto de ensino guarda vantagens consideráveis sobre as disciplinas. No entanto, não é capaz, por si, de instituir as

⁵⁴Idem.

⁵⁵Idem.

⁵⁶Idem.

⁵⁷BLIGH,John. *Problem based, small group learning*. BJM,Vol. 331. August 1995.

mudanças no modo de formar médicos, uma vez que qualifica o processo de formação vigente sem haver mudanças no objeto e no modo de organizar a prática médica contida nas etapas do processo de formação.

As propostas dos projetos Uni/Kellogg's mantêm o ciclo básico, agora integrado, sem romper o enfoque sobre a dimensão biológica do processo saúde-doença e não avançam na incorporação de outros instrumentais semióticos. Também não incorporam, no ciclo profissionalizante, a discussão dos processos de trabalho. Não conseguem dar conta de construir um novo processo de formação que, segundo este trabalho, é fundamental para a redefinição do modelo pedagógico da escola médica e do perfil do médico recém-formado.

Algumas descobertas como a identificação do processo saúde-doença no indivíduo biológico como objeto da medicina moderna e da graduação em medicina das escolas médicas do país, como um instituinte da agenda dos alunos ao longo da formação, nos mostram a necessidade de termos que repactuar o objeto da medicina para efetivação de mudanças no perfil dos médicos recém-formados.

Quanto aos métodos e técnicas de ensino que abordam verticalmente, através de disciplinas, as partes do objeto, que hoje são utilizados por todas as escolas, as quais são responsabilizadas pelo tipo de médico que formam, fica claro que a sua importância na definição do perfil do médico está mais relacionada com a eficiência que com a eficácia, ou seja, as escolas que fizerem somente a substituição do método de abordagem vertical para outros de abordagem horizontal do objeto não terão as transformações esperadas nos formandos.

Finalizando, a organização da prática médica hoje está centrada em *“tecnologias duras”* definidas por Merhy como *“um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado*

*e normalizável*⁵⁸” representadas, por exemplo, pelas máquinas, e em “*tecnologias leve-duras*⁵⁹”, representadas pela semiologia clínica. Este instrumental de trabalho que na interação médico paciente/sujeito permite a criatividade, apesar de restringir à significação biológica as manifestações dos pacientes, define um modo de fazer para os médicos que é assumido e reproduzido no treinamento das habilidades e atitudes desenvolvidas na graduação. A mudança no modo de formar médicos é dependente da mudança no modo de organizar o trabalho médico, o que sugiro possa acontecer pela ampliação de foco sobre o objeto para as dimensões biopsicossociais através da incorporação de novos recursos semióticos que possibilitem a construção de um novo instrumental de trabalho.

As discussões para a elaboração de um novo modo de formar médicos, requerem o esforço dos atores, que acumulam poder neste campo, para a consolidação de espaços solidários de produção coletiva de novos pactos e saberes capazes de produzir um novo patamar de subjetividade.

Cumpre-se, desta forma, o objetivo de descrever, a partir de uma construção coletiva, o processo de formação dos médicos das escolas e os horizontes a serem alcançados para a transformação desta realidade.

⁵⁸ MERHY, Emerson Elias. *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico Brasil*. Mimeo. Campinas, agosto de 1997.

⁵⁹ *Idem*.

SUMMARY

The author makes a narrative of his career in the student movement, since October 1986, at the University Pastoral in Aracaju (Sergipe), until his actuation as a researcher in this work.

In a crisis period in Medical College at Sergipe Federal University, he takes over the Academic Centre and leads the structural reforms of the University Hospital and of the Medical College's Pedagogic Project, when he begins to discuss and study questions related to medical teaching in Brasil. Takes part of several meetings about medical teaching and becomes one of the leaders of the medicine students' national movement when he takes over the presidency of the National Directory of Medicine Students (DENEM), in 1991.

At the DENEM, he uses the strategic planning method to restructure internally the entity and to legitimate it among the students, reorganising the agenda of the medicine students movement's *forums*. As a DENEM member, he takes part of National Inter Institutional Commission for the Evaluation of Medical Teaching (CINAEM) as a students' representative. During the preparation of the second part of the project, that intends to be acquainted with the brasilian medical school's reality, proposes the utilisation of the situational strategic planning to evaluate the pedagogical model of the medical schools and enters into the technical staff of CINAEM's Project-2nd part.

At this project, makes workshops for the evaluation of the medical schools which counts with the presence of fifty of the eighty-three schools invited, with the participation of teachers and students representatives of each school. Some data about the actual situation of the schools,

through the view of these actors were collected in the workshops, together with some guidelines for a desired situation in which the school could graduate a doctor prepared for the resolutely attendance of the prevalent necessities, the lethal ones and those with preventive potential, presented by the population.

During the data interpretation, the author analyses the situational variables that interfere in the medical graduation process in Brasil, schematises the curricular structure actually used in brasilian schools and discusses the curricular movements for reforms that have been occurring in Brasil during the last three decades (from 70's to 90's), considering that it hasn't emerged among them any proposition that could break with the actual model that graduates doctors prepared for the attendance of the biological dimension of the human being, inadequate for the attendance of the social demands and non-articulated with SUS' necessities.

Based on the guidelines collected in the workshops, the author makes another graduation structure for the student that enters into Medical College. Taking the necessities of the person, in its psychical, social and biological dimensions, as the object of medical practice, proposes a curricular structure that places the student together with the object of his work since the first year, in a tutorial teaching system that stimulates participating and creative learning.

The author closes realising that the exercise of the construction of a new graduation process afforded the visualisation of a new school and consolidated the concept of the medicine object, the medical practice organisation and the teaching model as central categories to be considered to analyse the actual model for medical graduation and the new propositions for graduation models.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAREMBLITT, Gregorio. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3ªed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1996.
- BIRMAN, Joel. *Enfermidade e loucura sobre a medicina das inter-relações*. Rio de Janeiro, Campus, 1980.
- BOFF, Leonardo. *E a igreja se fez povo. Eclesiogênese: a igreja que nasce da fé do povo*. Rio de Janeiro, Vozes, 1986.
- BOFF, Leonardo. *A fé na periferia do mundo*. Rio de Janeiro, Vozes, 1988.
- BOFF, Leonardo. *Igreja carisma e poder*. Rio de Janeiro, Vozes, 1984.
- BOFF, Leonardo. *Vida para além da morte*. Rio de Janeiro, Vozes, 1985.
- BOFF, Leonardo. *Trindade e sociedade*. Rio de Janeiro, Vozes, 1989.
- CAMPOLINA, Alessandro. *Documento de divulgação interna do CENEPES/DENEM*. São Paulo, dezembro de 1997.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Os médicos e as políticas de saúde*. São Paulo, Hucitec, 1989.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo, Hucitec, 1992.
- CAMPOS, Vicente Falconi. *Controle da qualidade total (no estilo japonês)*. 4ªed. Rio de Janeiro, Fundação Christiano Ottoni, 1994.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2ªed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.
- CECCON, Claudius; OLIVEIRA, Miguel Darcy; OLIVEIRA, Rosiska Darcy. *A vida na escola e a escola da vida*. 15ªed. Petrópolis, Vozes, 1986.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec, 1994.
- CINAEM. *“Segunda fase primeiro módulo do projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil”*. Brasília, Mimeo, 1994.

- CINAEM. *“Relatório geral da segunda fase do projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil”*. Brasília, Mimeo, Julho de 1997.
- CLAVREUL, Jean. *A ordem médica*. São Paulo, Brasiliense, 1983.
- Comissão Nacional de Assessores da Pastoral da Juventude-CNPJ. *Os cristãos e a militância Política*. Petrópolis, Vozes, 1988.
- DONANGELO, Maria Cecília F. *Medicina e Sociedade (o médico e seu mercado de trabalho)*. São Paulo, Pioneira, 1975.
- DONANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.
- GADOTTI, Moacir. *Concepção dialética da educação. Um estudo introdutório*. 5ª ed. São Paulo, Cortez Editora-Autores Associados, 1987.
- GALLO, Edmundo Almeida. *Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo, Hucitec, 1995.
- GALLO, Edmundo Almeida. *Planejamento na prática*. Rio de Janeiro, Mimeo, 1995.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho da rede Estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1994.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a história*. São Paulo, Paz e Terra, 1985.
- HOSSNE, William Saad. *A experiência da CINAEM - Brasil*. In: *Anais do Encontro Continental de Educacion Medica*. Punta del Leste, outubro de 1994.
- JESUS, Antonio Tavares. *Educação e hegemonia no pensamento de Antonio Gramsci*. Campinas, Cortez / Unicamp, 1989.
- MACHADO, José Lúcio Martins et al. *Reformulação do ensino médico rumo à formação profissional de qualidade*. Botucatu, FMU, Mimeo, 1995.
- MADEL, T. Luz. *Natural Racional Social Razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- MATUS, Carlos. *Adeus, senhor presidente*. Recife, Litteris, 1989.
- MATUS, Carlos. *Política, planejamento & governo*. Tomos I e II. Brasília, IPEA, 1996.
- MERHY, Emerson Elias. *Modelos técnicos assistenciais que se colocam em defesa da vida*. Mimeo. Campinas, 1989.

- MERHY, Emerson Elias. *Saúde pública como política*. Hucitec, São Paulo, 1992.
- MERHY, Emerson Elias. *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico Brasil*. Mimeo. Campinas, agosto de 1997.
- MYNAIO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1996.
- MOTTA, Fernando C. P. *Teoria geral da administração*. 17ªed. São Paulo,Pioneira, 1992.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: A ciência e arte de ser dirigente*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Record, 1991.
- RODRIGUES, Neidson. *Estado, educação e desenvolvimento econômico*. 2ªed. São Paulo, Cortez , 1984.
- Pastoral Universitária/Linha Diocesana. Movimento estudantil. Caderno de estudos nº 4. Mimeo, 1988.
- PICCINI, Roberto Xavier et al. *Projeto de Avaliação das escolas Médicas do Brasil - CINAEM. Revista Brasileira de educação médica*. V.16, n.1/3. Rio de Janeiro, jan/dez. 1992.
- PICCINI, Roberto Xavier e SANTOS, Rogério Carvalho. *Descrição geral dos currículos e processo de formação médica*. Pelotas, Mimeo, março de 1995.
- Proposta de Reforma Curricular do Curso de Medicina da UFPR*. Coordenação do Curso de Medicina da UFPR. Curitiba, Mimeo, 1989.
- ROSA, Alice Reis. *O componente acadêmico dos projetos UNI. Programa UNI - Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde*, Fundação W. K. Kellogg. 1994.
- SADER, Eder. *Quando novos personagens entram em cena*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1988.
- SCHRAIBER, Lilia. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1989.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes. *Modelos técnicos assistenciais em saúde: O debate no campo da saúde coletiva*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, março de 1996.
- SIQUEIRA, Benedictus Philadelpho. *História do ensino médico*. Conferência Ministrada na UFPR. Curitiba, Mimeo, 1989.
- TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre, Artes Médicas-Abrasco, 1992.
- TEIXEIRA, Sônia Fleury et al. *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez - Abrasco, 1989.