

KATHLEEN TEREZA DA CRUZ

A FORMAÇÃO MÉDICA NO DISCURSO DA CINAEM

CAMPINAS

2004

KATHLEEN TEREZA DA CRUZ

A FORMAÇÃO MÉDICA NO DISCURSO DA CINAEM

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção de título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

Orientador: Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes.

CAMPINAS

2004

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

C889f	Cruz, Kathleen Tereza A formação médica no discurso da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico / Kathleen Tereza Cruz. Campinas, SP : [s.n.], 2004. Orientador : Everardo Duarte Nunes Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 1. Escolas médicas. 2. Currículo. 3. Médicos – formação profissional. 4. Diretrizes. 5. Educação Médica. I. Everardo Duarte Nunes . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
-------	--

KATHLEEN TEREZA DA CRUZ

A Formação Médica no Discurso da CINAEM

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Aprovada em 24 de agosto de 2004

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes.

Prof. Dr. Nelson Felicile de Barros

Prof.^a Dr.^a Regina Marsiglia

DEDICATÓRIA

À

Maria, Toninho, Jack, Jeff e

André Minhas referências...

AGRADECIMENTOS

Neste momento, no qual finalizo este trabalho, tenho a percepção de que o meu envolvimento com o objeto deste estudo tem sido uma *regularidade* em meu discurso político-acadêmico, bem como tem produzido o sentido de minha atuação como médica e de minha formação como docente. Dessa forma, a conclusão desta pesquisa representa para mim uma releitura dessa trajetória – de estudante de medicina para médica e mestre em Saúde Coletiva – e a produção de novos sentidos e significados para o que foi vivenciado até então.

Neste sentido, destaco como fundamental nesse processo a participação dos vários interlocutores – amigos, companheiros, mestres – os quais tive o prazer de partilhar as conquistas e os percalços ao longo dessa caminhada.

Inicialmente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pela oportunidade de desenvolver minha formação na Saúde Coletiva. Agradeço, também, aos professores do DMPS pelos preciosos momentos de diálogo que permitiram minha construção enquanto sujeito docente e aos trabalhadores do DMPS, com destaque para Leoci, pelo apoio logístico e muitas vezes “moral” para que continuássemos nosso trabalho.

Agradeço também, à calorosa acolhida do Professor Everardo Duarte Nunes, orientador desta dissertação, na área de Ciências Sociais aplicadas à Saúde, entendendo que a possibilidade do desenvolvimento de um trabalho em conjunto foi fundamental tanto para a construção teórica desta pesquisa quanto para minha iniciação no campo das Ciências Sociais. Portanto, os frutos dessa interação extrapolaram em muito o conteúdo objetivo presente nesta dissertação, estando inscritos na minha construção enquanto sujeito epistêmico.

E já que falei em texto, não seria possível esquecer também a fundamental participação de Ecilda, que pacientemente realizou as correções deste texto, permitindo que pudéssemos alcançar em nossa narrativa uma maior clareza e coerência de idéias, bem como uma melhor adequação no uso da língua portuguesa.

Agradeço a Fátima, pelo apoio e companheirismo nos momentos de incertezas e dificuldades; e pela contribuição na revisão dos textos finais da análise, interlocução que nos permitiu adequar a narrativa ao que gostaríamos de comunicar ao leitor.

Agradeço também a Luciana, responsável pela biblioteca da ABEM, pela sua contribuição na recuperação de parte das Atas de Reuniões da CINAEM.

Além das contribuições desse momento específico de desfecho da dissertação, gostaria de destacar a participação indireta de várias pessoas que estiveram presentes neste empreendimento desenvolvido nos últimos dez anos. Nesse sentido agradeço ao amigo Emerson Canonici pelo entusiasmo contagiante de sua militância estudantil, que me estimulou a ingressar tanto ao universo do Movimento Estudantil de Medicina quanto no da Saúde Pública; aos professores e amigos Donadio e Maria Bernadete pela contribuição em minha formação de médica e de militante da saúde; ao professor Emerson Merhy pela contribuição para minha formação de sanitarista e de sujeito da saúde coletiva; ao amigo Rogério pela sua firmeza e entusiasmo no desenvolvimento de projetos coletivos; aos professores e amigos Piccini e Facchini pela empolgante vivência na CINAEM; às amigas do LACES/DMPS Sissa, Karla, Nayara e Cecília pela oportunidade de conhecer a saúde e a educação em sua intersecção; à mestre e amiga Haydee pela minha iniciação no mundo do trabalho na saúde pública e na militância pelo SUS; aos colegas do Centro de Saúde da Vila Ipê que me apoiaram nos momentos críticos, à amiga Mina pela acolhida na cidade de Campinas; aos amigos Giovani e Taniela pela vivência instigante no Sindimed, aos irmãos Rafaela e João pela amizade e apoio incondicional; a Lena pelo apoio durante a elaboração do trabalho e pela apresentação dos conhecimentos na Análise do Discurso; a amiga Priscila que me socorreu nas primeiras correções de português e finalmente aos colegas da Diretoria de Saúde da Prefeitura de Aracaju, especialmente Mônica, pela compreensão e pelo apoio no momento final deste trabalho.

“Os teimosos são os sublimes. Quem é apenas bravo tem só um assomo, quem é apenas valente tem só um temperamento, quem é apenas corajoso tem só uma virtude; o obstinado na verdade tem a grandeza. Quase todo o segredo dos grandes corações está nesta palavra: perseverando. A perseverança está para a coragem como a roda para a alavanca; é a renovação perpétua do ponto de apoio.”

V. Hugo

	Pág
RESUMO.....	<i>xxxi</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxv</i>
1- INTRODUÇÃO.....	39
2- OBJETIVOS.....	49
2.1- O Objetivo Geral.....	51
2.2- Objetivos Específicos.....	51
3- METODOLOGIA.....	53
3.1- A construção do olhar.....	55
3.1.1- O material investigado.....	57
3.1.2- A opção teórica.....	58
3.1.2.1- A teoria do campo por Pierre Bourdieu.....	59
3.1.2.2- Michael Foucault e a “história arqueológica”	63
3.2- O Campo da Saúde e da educação médica no Brasil: aspectos históricos e institucionais.....	72
3.2.1- A noção de campo, o campo médico e o campo da educação médica.....	72
3.2.2- Saúde no brasil: aspectos históricos e institucionais.....	86
3.2.3- A educação médica.....	110
3.2.3.1- Os modelos do ensino médico.....	110
3.2.3.1.1- O Século XIX no Brasil – Institucionalização da Formação dos Médicos.....	110

3.2.3.1.2- A Educação Médica no Brasil do início do século XX até os anos 50: “a americanização do ensino médico”.....	118
3.2.3.1.3- A educação Médica pós 1950.....	139
3.2.3.2- As Reformas Curriculares nas Escolas Médicas do Brasil...	166
3.2.3.2.1- As Reformas Curriculares do Século XIX.....	166
3.2.3.2.2- As Reformas Curriculares do Século XX.....	173
3.3- CINAEM: história e discurso.....	185
3.3.1- A Emergência da CINAEM.....	185
3.3.2- Quem Fala?.....	193
3.3.3- As Regularidades do Discurso: Algumas Pistas!.....	196
3.3.3.1- A Primeira Fase.....	199
3.3.3.2- A Segunda Fase.....	232
3.3.3.3- A Terceira Fase.....	269
4- CONCLUSÃO.....	305
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	319
6- ANEXO A – FONTES CONSULTADAS.....	329

Lista de Siglas e Abreviaturas

ABE	Associação Brasileira de Educação
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AD	Análise do Discurso
AMB	Associação Médica Brasileira
AMRIGS	Associação Médica do Rio Grande do Sul
ANDES-SN	Associação Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior – Sindicato Nacional
ANM	Academia Nacional de Medicina
ANMR	Associação Nacional dos Médicos Residentes
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CFE	Conselho Federal de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRUB	Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
ECEM	Encontro Científico dos Estudantes de Medicina
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
GGL	Grupo Gestor Local
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MNRS	Movimento Nacional da Reforma Sanitária
MP	Medida Provisória
MPAS/INAMPS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MPV	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SEPLAN	Secretaria de Planejamento da Presidência da República
SESu/MEC	Secretaria de Ensino Superior/MEC
SUS	Sistema Único de Saúde
TCQF	Teste Cognitivo Final
TCQI	Teste Cognitivo Inicial
UDUAL	União das Universidades da América Latina
UNI	Uma nova iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1- Teorias científicas utilizadas na Educação Médica.....	85
Quadro 2- Data de fundação das escolas médicas até os anos 50.....	123
Quadro 3- Data de fundação das escolas médicas na década de 50.....	140
Quadro 4- Data de fundação das escolas médicas após 1960.....	149
Quadro 5- Comparação das Modalidades de Reforma Educacional para a Escola Médica.....	160
Quadro 6- Currículo das primeiras Escolas Médicas.....	166
Quadro 7- Comparação entre as grades curriculares das Faculdades de Medicina em 1832 e 1854.....	168
Quadro 8- Comparação entre as grades curriculares das Faculdades de Medicina em 1832, 1854 e 1882/84.....	172
Quadro 9- Disciplinas que compõem a grade curricular das escolas medicas.....	174
Quadro 10- Comparativos entre os Currículos Experimentais da UnB, UFMG e USP.....	177
Quadro 11- Distribuição das matérias no Currículo Mínimo - 1969.....	181
Quadro 12- Comparação entre as grades curriculares do curso de Medicina da UFMG (1965-2004).....	183
Quadro 13- As Matrizes Discursivas Presentes na Discussão do Paradigma atual da Educação Médica.....	221
Quadro 14- As Matrizes Discursivas Presentes na Discussão do Novo Paradigma da Educação Médica.....	222

Quadro 15-	Valoração numérica das categorias utilizadas pelo Protocolo.....	225
Quadro 16-	As redes explicativas produzidas pelos participanetes das oficinas sobre situação atual.....	257
Quadro 17-	As redes explicativas produzidas pelos participanetes das oficinas sobre situação Objetivo.....	259
Quadro 18-	Principais dificuldades encontradas para implantação da Projeto CINAEM.....	263

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1- Cronologia das fases do projeto CINAEM.....	57
Figura 2- O Espaço Social por Bourdieu.....	62
Figura 3- Espaços que Compõem o Campo Médico.....	76
Figura 4- Relações de Determinação dentro da Escola Médica.....	80
Figura 5- Espaços que Compõem o Campo da Educação Médica.....	83
Figura 6- Correntes que propõem a reforma do ensino médio a partir de meados do séc. XX.....	165
Figura 7- As etapas da Produção de Conhecimento da CINAEM.....	198
Figura 8- Analogias do Discurso.....	203
Figura 9- Marcha de Argumentação	214
Figura 10- Modelo de Análise Proposto pela CINAEM.....	228
Figura 11- Métodos de Transcrição.....	229
Figura 12- Transformação dos Objetos.....	248
Figura 13- Novas redes conceituais.....	252
Figura 14- Distribuição dos objetivos por categoria: consolidado geral.....	255
Figura 15- Conteúdo de cada rede conceitual.....	256
Figura 16- O filtro produzido pelo PES.....	261
Figura 17- Estrutura curricular das BEM's na Situação Inicial.....	268
Figura 18- De avaliação para transformação.....	279
Figura 19- Linha de Produção do cuidado.....	300

RESUMO

Esta dissertação tem por objeto analisar a proposta de transformação do ensino médico para a graduação no Brasil, formulado pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM. Esta foi composta por 11 entidades que, entre os anos de 1990 e 2000, realizou, em conjuntos com as escolas médicas brasileiras, um processo de avaliação destas e uma proposta de reformulação para o ensino médico no Brasil.

Os objetivos do trabalho foram: analisar como a CINAEM produziu o seu discurso sobre a formação médica e como as estratégias sua formação discursiva retomam, dentro do campo da Educação Médica, as várias propostas de reformas para o ensino médico que a antecedem.

Utilizou-se, para desenvolvê-los, a noção de campo e *habitus* de Bourdieu, a proposta metodológica da “Arqueologia do Saber”, de Foucault e alguns conceitos operativos da análise do discurso. A construção do discurso foi erigida por meio da análise de fontes documentais oficiais da CINAEM, datadas no período de 1990 a 2000, nas quais buscou-se identificar a formação dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e das estratégias de intervenção do discursivo no campo não discursivo.

Como regularidades do discurso, observou-se: uma filiação ao discurso científico presente no âmbito da construção e execução dos projetos de pesquisa; a avaliação da escola médica como objeto da primeira e da segunda fase; estruturas discursivas em torno da crise do ensino médico, reafirmando, nos diferentes momentos, a relação desta com a crise da saúde pública no Brasil; a transformação do ensino médico como objeto da terceira fase; a institucionalização de políticas institucionais como ação de transformação que tem como principal foco de intervenção as relações de poder presentes na interação entre os atores nos espaços sociais da escola médica.

Foi possível perceber também a emergência de novas redes conceituais que são estruturantes do novo processo de formação: as necessidades de saúde da população são objeto, tanto da prática médica quanto do processo de ensino-aprendizagem; a finalidade do curso médico passa a ser a formação de um médico que seja cuidador e que tenha como resultado de sua intervenção a produção de progressivos graus de autonomia dos usuários em relação a sua normatividade; as categorias acolher, compreender, significar,

responsabilizar, intervir, resolver são destacadas como elementos essenciais do ato médico na construção da abordagem sobre o objeto da prática médica, e são tomadas como o *modus operandi* do processo de produção de conhecimento médico pelo estudante ao longo do tempo.

Após o tratamento analítico dos documentos, foi possível tecer algumas considerações sobre a formação do médico no discurso da CINAEM. A formação do médico está atrelada à dinâmica social do campo médico e da educação médica, e está inscrita dentro de um *habitus* científico. Este é forjado a partir das estruturas estruturadas do campo da educação médica fundadas nas relações de poder naturalizadas, que atuam dentro da escola médica. Estas, por sua vez, são condicionadas a partir das posições que estes ocupam dentro do campo médico. Portanto, a definição do objeto da prática médica está inserida em uma arena de disputa, onde o que está em jogo são as autorias dos novos projetos e a protagonização de processos políticos.

Portanto, a partir deste estudo, é possível afirmar que tanto a produção discursiva, como a produção política oriunda do processo social protagonizado pela CINAEM introduziram no campo da educação médica significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas estruturadas fundantes de novos sentidos para a educação médica no Brasil e de novas estruturas estruturantes de um novo *habitus* do campo da educação médica e de uma nova linguagem no campo médico. Assim, concluiu-se ser de extrema relevância o legado deixado pela CINAEM para as próximas gerações de médicos, tendo em vista as possibilidades criadas para o desenvolvimento da escola médica a partir de suas contribuições.

ABSTRACT

The object of this dissertation is “the transformation proposal for the graduating medical education in Brazil, formulated by “comissão interinstitucional nacional de avaliação do ensino médico” – CINAEM. This commission was formed by eleven entities which, from 1990 to 2000, executed, in partnership with Brazilian medical schools, a process of evaluation and a proposal of reformulation for the medical education in Brazil.

The objectives of this work were: analyse how CINAEM produced its speech about the medical graduation process and how the strategies of its discursive formation retake, in the medical education field, the several former proposals of reforms for the medical education.

In order to develop these objectives we used the notion of field and *habitus* of Bourdieu, the Foucault’s Knowledge Archeology and some of the operative concepts of the Speech Analysis. The construction of the speech was built through an analysis of official documental sources from CINAEM, dated in period of 1990 till 2000, in which we search for identify the formation of the objects, the enunciative modalities, the concepts and the discursive intervention strategies in non discursive field.

As regularities of the speech we noticed: a filiation to the scientific speech present in the scope of construction and execution of research projects; the evaluation of medical school as object of the first and second stages; discursive structures around the crisis of the medical education reaffirming, in distinct moments, the connection with the health sector crisis in Brazil; the transformation of the medical education as object for the third stage; the institutionalization of policies as action of transformation which had, as the principal focus of intervention, the relations of power established in interaction between the actors in social places of the medical school.

It was possible to notice also, the needing of new conceptual nets which are structuring of the new graduation process: the population health necessities are objects of the medical practice as they are in process of teaching-learning; the purpose of the medical course becomes the graduation of a doctor that is caretaker and has as a result of his intervention, the production of progressive degrees of user’s autonomy in relation of his normativity; the categories, sheltering, understanding, signifying, blaming, intervening, resolving, are detached as essential elements of the doctor’s act to construct the approaching of the object

of medical practice and are taken as the *modus operandi* of the production process of medical knowledge by the student along time.

After the analytic treatment of the documents, it was possible weave some considerations about the doctor's graduation process in the speech of CINAEM. The doctor's formation is connected with the social dynamics of the medical field and medical education, and is inscribed inside of a scientific *habitus*. This, is wrought from the structured structures in medical education founded in naturalized relations of power, that act inside of the medical school. These, then, are conditioned from the positions that the actors occupy inside of the medical field.

Therefore, the definition of the medical object practice is inserted in a dispute arena where, what is at stake are the authorships of new projects and the protagonization of political processes.

Therefore, to depart of this study, is possible to affirm that the discursive production, such as the political production arising of the process played by CINAEM, introduced in field of medical education significant changings settled in the revealing of its structures of power and the replacing of the social actors in field, enabling the outcome in its interior of new structured structures establishing new senses for the medical education in brazil and new structuring structures fostering a new *habitus* of medical education and a new language in medical field. Thus, we conclude to be extreme relevant the legacy of CINAEM for the next generations of doctors, having in mind the possibilities maid for the medical school development from cinaem contributions.

1- INTRODUÇÃO

A formação de médicos é um tema amplamente debatido em nossa sociedade, dentro de uma visão de que “de formação médica todo mundo entende um pouco” – parafraseando o ditado popular “de médico e louco todo mundo tem um pouco” – e reverbera nos vários espaços sociais onde se tematiza o cuidado em saúde: nas esferas leigas, de onde falam usuários dos serviços prestados por médicos; nas especializadas, escolas médicas e associações de médicos (associações e sociedades de especialidades, sindicatos e conselhos), de onde falam médicos em geral, docentes médicos, educadores de médicos; dentro do Estado (Ministério da Saúde e Educação, Secretarias Estaduais de Saúde e Educação e Secretarias Municipais de Saúde) de onde falam gestores das políticas governamentais de Saúde e Educação Superior; e nos setores do mercado de saúde, de onde falam gestores de agências que comercializam a saúde como produto.

Em todos esses setores parece haver um consenso de que a forma como os médicos assistem seus pacientes está inadequada e que para mudar essa situação é preciso reformular a formação dos médicos. Entretanto, o sentido dessa mudança está em disputa, e têm como arenas quatro instâncias diferenciadas: o espaço das associações e dos movimentos médicos, o espaço da formação, o de produção dos conhecimentos médicos e o da prática médica¹. O espaço de formação é constituído formalmente no Brasil pelas escolas médicas. As sociedades de especialidades, as associações médicas, os grandes centros médicos especializados localizados nos principais centros urbanos do país, os hospitais universitários e algumas grandes escolas médicas conformam o espaço de produção de conhecimentos. O Sistema Único de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal – principalmente a última – e todos os serviços próprios e dos prestadores do Sistema Suplementar de Saúde (planos de saúde, seguradoras, auto-gestão e cooperativas) são os espaços da prática médica.

A escola médica tem o papel de instância de incorporação das inovações na prática médica: estas devem ser aprovadas e incorporadas ao currículo do curso de medicina para se tornarem legitimadas socialmente. Esta é a razão pela qual a escola

¹ GARCIA (1972) discute, dentro de um referencial estruturalista, que no “campo médico aparecem instâncias diferenciadas: a formação de pessoal, a produção de conhecimentos e a prática médica”. A partir da idéia de estrutura, afirma que “cada uma destas regiões tem uma certa autonomia, porém a prática médica apresenta um papel dominante sobre as outras”.

médica converte-se em um centro de conflitos no campo médico, onde os interesses dos vários atores disputam a hegemonia do currículo e sacralização das práticas médicas (GARCÍA, 1972). Este *status* é consolidado no início do século XX, a partir de uma política de revisão da prática e da formação médica ocorrida nos Estados Unidos da América e no Canadá, que se tornou paradigmática para as Américas. Foi realizada uma avaliação das condições de funcionamento de todas as escolas médicas, e publicada, além dos resultados da avaliação, uma “cartilha” que propunha a reorganização da escola médica e do currículo do curso de medicina a partir da concepção cientificista da educação. Nesta visão, a Medicina é concebida como uma ciência que tem na física, na química e na biologia suas ciências-suporte. A prática médica é compreendida como aplicação e produção da ciência médica, indissociável da investigação científica, e o método clínico é eleito como o método de elaboração próprio da ciência médica. A educação médica é concebida como a aquisição de conhecimento da ciência médica e de suas ciências-suporte, isto é, essencialmente a capacitação no método clínico. O ensino é centrado na qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa (integração hospital laboratório) e a aprendizagem reside na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial. A garantia de uma educação realmente científica é dada pela estreita e contínua aliança com a pesquisa, tornando-se essencial vincular a escola médica como um todo à “comunidade científica” (SCHRAIBER, 1989) – isto é, articular a escola médica com os demais conhecimentos científicos. Este paradigma torna-se hegemônico e somente passa a ser questionado a partir dos anos 40, em seu país de origem, e a partir de 50, na América Latina, quando se articulam vários movimentos com o objetivo de reformular a prática e a educação médica (LIMA, 1983).

Entre os anos 50 e 80 predominava a crença, entre os educadores e sujeitos interessados em intervir no sentido da prática médica, de que a principal estratégia para mudá-la era por intermédio da transformação do currículo médico. Esta concepção ganha força a partir dos anos 50, impulsionada pela ação das agências internacionais norte-americanas e também da Organização Pan-americana de Saúde (OPS) que fomentaram a criação de várias associações de escolas médicas nacionais em toda a América Latina. Estas deveriam ser as protagonistas de um movimento de reorganização das escolas médicas e de reformulação dos currículos dos cursos de medicina dos países

latino-americanos. No Brasil, sob este impulso, é fundada a Associação Brasileira de Escolas Médicas (mais tarde rebatizada como Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM), nos anos 60. Esta entidade, desde então, passa a promover reuniões anuais, congressos e cursos para docentes médicos, em parceria com as instituições internacionais, com destaque para Federação Pan-americana de Escolas Médicas (FEPAFEM) e OPS, com o objetivo de discutir e propor reformas para os currículos da graduação. As propostas de reforma curricular desse período foram elaboradas a partir da perspectiva de reformular a prática médica por meio da reforma do currículo sob duas perspectivas: a) as tentativas de recomposição do ato médico através da educação integrativa propostas pela Medicina Integral, pela Medicina Preventiva e pela Medicina de Família e b) pela tentativa de rearticulação dos serviços médicos com as escolas médicas propostas pela Integração Docente Assistencial, pela Medicina Generalista e pela Medicina Comunitária (SCHRAIBER, 1989).

Nas décadas de 70 e 80, na América Latina, desenvolvem-se vários núcleos de pesquisa sobre ensino médico, onde vários autores tomam o tema da reforma do ensino médico como objeto de pesquisa, apontando para uma fragilidade da tese que sustenta haver uma inadequação do processo educacional dos médicos como a base para o desajuste do ato médico em relação ao que espera dele a sociedade. Esta visão relega para segundo plano a capacidade do espaço da prática médica e do mercado de serviços de cura de determinar qual é o médico que será aceito no mercado de trabalho e que, por conseqüência, deverá ser formado pela escola médica (GARCIA,1972; AROUCA,1975; ANDRADE,1978; DONNANGELO, 1979; LIMA,1983; SCHRAIBER, 1989).

A partir dos anos 70, ocorre grande desenvolvimento da produção de conhecimento sobre a saúde, sobre a organização de serviços e sistemas de saúde na América Latina. Amplia-se a articulação dos vários setores da sociedade em torno da produção e instituição de políticas públicas de saúde a serem assumidas pelo Estado, resultando (no Brasil) na estruturação de sistemas públicos de saúde – articulando as esferas federal, estadual e municipal –, nas redes básicas de serviços de saúde em todo país e na aprovação Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988. Essa nova frente cria a necessidade de produção de conhecimentos relativos à organização e à gestão de

serviços e promove um deslocamento da produção de conhecimento sobre ensino médico para a produção de conhecimento sobre este novo tema, tendo como consequência o progressivo esvaziamento da agenda de reforma curricular das escolas médicas. Após um período de intensa participação de professores de todo o Brasil nos eventos de educação médica promovidos pela ABEM e suas parceiras, no fim dos anos 80 evidenciava-se um esgotamento do interesse destes pelo tema da “reforma curricular” e um esvaziamento dos eventos promovidos pela ABEM. Em 1989 não era possível encontrar mais que meia centena de participantes no Congresso de Educação Médica organizado pela ABEM em Manaus.

O interesse por um profissional de saúde em geral e médico em particular diferente do que estava atuando no mercado persistia, mas a estratégia de transformação da prática médica passa a ser a criação de um novo mercado de trabalho para os profissionais de saúde, que exigisse um outro perfil profissional, diferente do que até então captava o mercado médico liberal. Até então, os serviços públicos de assistência médica eram predominantemente hospitalares e organizados em grandes ambulatórios do INAMPS, onde os médicos prestavam seus serviços especializados. Os centros de saúde não faziam assistência médica e eram executores de ações de saúde pública, entendida como vacinação, programas de controle de tuberculose, hanseníase, etc. Ocorria uma separação entre a assistência médica, a medicina curativa, e as ações preventivas de saúde.

A nova proposta materializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) propõe uma integração entre a medicina curativa e a preventiva, e nessa perspectiva cria novos postos de trabalho para os médicos dentro da rede básica para atuar na atenção primária à saúde numa perspectiva da medicina geral. Acreditava-se que o estabelecimento desse novo mercado público poderia trazer para dentro da escola médica um novo sentido para a formação.

No cenário político do Brasil, e também da América Latina, desenhava-se uma política neoliberal para o ensino superior, com diretrizes operacionais embasadas na “cartilha” norte-americana que preconizava: a constituição de centros de excelência para a formação de médicos, preferencialmente privados; a implantação de um sistema de acreditação institucional para as escolas médicas e a instituição de exame de certificação

profissional para os médicos formados para o controle de qualidade responsável pela seleção dos profissionais médicos aptos a exercerem a medicina, análogo ao “Exame da Ordem” realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) para os advogados. Este último realimentaria o mercado livre de formação superior, através do estabelecimento de um *ranking* de qualidade das escolas médicas, elaborado a partir da avaliação do desempenho dos médicos formados no “exame da ordem” (SANTOS, 1998; AMARAL, 2002; PICCINI, 2003). Esta política neoliberal para a educação foi implantada nos anos 90 e seu braço na avaliação do ensino superior foi batizado de Provão.

Em reação a essa política governamental que vinha sendo implantada no ensino superior no Brasil, em 1990, sob a égide de um novo sentido para o ordenamento da formação de recursos humanos que atendessem aos interesses do SUS, de um lado, (o novo mercado de trabalho) e o interesse em dar resposta à crise de legitimidade do profissional médico amplamente propalada na sociedade no âmbito da corporação médica, de outro, organiza-se a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Esta comissão foi criada a partir de uma iniciativa do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da ABEM no XXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Cuiabá. Nesse sentido, decidiu-se por “criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico do Brasil” (CINAEM, 1994). com a participação de várias entidades ligadas de alguma forma ao campo médico², de caráter não estatal e interinstitucional.

A CINAEM esteve em atividade entre 1991 e 2002, quando a composição da comissão foi reformulada. Durante estes dez anos, a comissão realizou várias pesquisas, congressos, fóruns, relatórios, formulando várias propostas de ação para a transformação da escola médica. Inicialmente – o que foi denominado Primeira Fase – realizou um diagnóstico da situação geral das escolas médicas do Brasil, que em 1991 eram oitenta e

² A CINAEM foi composta por 12 entidades – Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior (ANDES), Federação Nacional dos Médicos (FENAM), Academia Nacional de Medicina (ANM), Conselho dos Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB), Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), Associação Médica Brasileira (AMB).

uma. Constatou que os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada e que estrutura econômico-administrativa, corpo docente e modelo pedagógico são as variáveis determinantes desta inadequação. Na segunda fase, aprofundou o entendimento dos componentes destas categorias e observou o destacado papel do docente na definição do modelo pedagógico, na opção pelo tipo de planejamento e gestão da escola médica, bem como nos resultados alcançados pelas Escolas Médicas, em termos de ensino, pesquisa e extensão. Identificou o modelo pedagógico vigente na grande maioria das escolas participantes como um dos determinantes da ineficiência e ineficácia atual da resposta dos médicos frente às principais necessidades e demandas de saúde de indivíduos e coletividades. Na terceira fase, detalhou os problemas levantados e empenhou-se em construir instrumentos de investigação e intervenção, visando à transformação da escola e do ensino médico, tendo como produto a proposta de um novo eixo de desenvolvimento curricular para a educação médica. Desenvolveu ainda proposta para mudança na gestão da escola médica e para profissionalização do docente, como suportes para a mudança do modelo pedagógico. Aprofundou a idéia de avaliação como transformação e desenvolveu vários instrumentos (CINAEM, 2000).

Em 2000, acredita-se não ser possível discutir a formação médica sem tomar como referência o que foi produzido no âmbito do movimento CINAEM:

o processo CINAEM passa a ser referência para quem fala sobre ensino médico, ou seja alguns elogiam, outros criticam, mas todos usam o material para sua produção. (...) Artigos da revista da ABEM, dissertações de mestrado e teses de doutoramento, neste campo, durante o último período de tempo constitui uma boa amostra em termos de referência (PICCINI, 2003, p. 20).

Dessa forma é possível pensar que o “movimento CINAEM” produziu um novo corpo de conhecimentos sobre a formação médica, diferenciado dos movimentos de “reforma curricular” que ocorreram até os anos 80.

Nesse sentido, o interesse deste trabalho é precisamente pesquisar a produção do conhecimento sobre educação médica e reformulação do ensino médico produzido no âmbito do “movimento CINAEM”. Busca-se compreender a idéia de educação médica e o

saber produzido sobre a formação médica e a reforma do ensino médico, seus conceitos, seus objetos e suas estratégias de intervenção.

A partir da noção de campo de BOURDIEU (1983, p. 122-123), que concebe o campo de produção social, como um

espaço de jogo de uma luta concorrencial (...) O que está em jogo é o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado,

busca-se perceber como o discurso sobre as Reformas do Ensino Médico e a Formação Médica emerge historicamente dentro da Educação Médica. Procurou-se ter uma compreensão sociológica das questões históricas pertinentes à formação médica e às reformas do ensino médico dentro do campo da Educação Médica no Brasil, “espaço social” onde ocorre o nascimento do Projeto de Avaliação do Ensino Médico do Brasil desenvolvido pela CINAEM. Utilizou-se, para esta fase, a pesquisa em fontes secundárias, teses, livros e artigos que já sistematizaram de certa forma a produção do campo da educação médica.

De posse de um saber sobre o campo da Educação Médica, na segunda etapa do projeto foi realizada uma análise do Projeto de Avaliação do Ensino Médico do Brasil desenvolvido pela CINAEM, que ocorreu no período de 1991 até 2000, em suas várias fases (I a III). Nesta etapa, considerando os dados da fase exploratória, debruçou-se sobre os documentos oficiais desse projeto, produzidos a partir dos vários encontros e oficinas de trabalhos realizados pelo coletivo que participou do projeto, e sistematizados pela equipe técnica responsável. Trata-se, então, de pesquisa a partir de fontes documentais. Para o que chamamos de “abertura” dos documentos oficiais, utilizou-se a proposta metodológica a “Arqueologia do Saber”, de FOUCAULT (2000).

2- OBJETIVOS

O objeto deste estudo é pesquisar e analisar a proposta de transformação do ensino médico, na graduação, no Brasil, formulado pelo movimento CINAEM nos anos 90.

Este objeto está situado dentro de um campo de formulação teórica e prática dos processos de formação dos profissionais de saúde em geral. No caso particular desta pesquisa, a formação do médico é o nosso recorte, e para este tema identificamos a existência de um campo específico, a Educação Médica. Dentro da Educação Médica, fazemos um novo recorte que aborda o tema da reformulação do ensino médico.

2.1- Objetivo geral

Analisar a formação discursiva elaborada pela CINAEM, quando toma como eixo a formação médica.

2.2- Objetivos específicos

Analisar como a CINAEM produziu o seu saber sobre a formação médica, por meio da análise da formação dos objetos, das modalidades enunciativas, dos conceitos e das estratégias de reforma construídas pela CINAEM.

Analisar, na formação discursiva da CINAEM, a forma como esta articulou os enunciados pertencentes às propostas de reformas para o ensino médico que a antecederam.

Identificar, na formação discursiva da CINAEM, qual sua produção inédita.

3- METODOLOGIA

3.1- A Construção do Olhar

A ciência é uma prática social^{1,2}, em que o que se pretende e o que se busca não pode ser separado da vivência e da história do pesquisador. As escolhas deste ou daquele objeto, desta ou daquela teoria, deste ou daquele método, estão inscritas nas preferências pessoais do autor e foram forjadas na sua trajetória enquanto sujeito histórico. A neutralidade científica é, portanto, um mito que não impede que o pesquisador seja objetivo. Para isso, é imprescindível acercar-se de um modelo teórico.

Para a construção do olhar procuro acercar-me de algumas idéias de BOURDIEU, as quais adotei como “conselhos” para a prática da “pesquisa”. O primeiro deles é colocar-me enquanto pesquisadora numa prática de objetivação participante, que propõe um

exercício (de) ruptura (em relação) às aderências e às adesões mais profundas e mais inconscientes, justamente aquelas que, muitas vezes, constituem o ‘interesse’ do próprio objeto estudado para aquele que o estuda, tudo aquilo que ele menos pretende conhecer na sua relação com o objeto que ele procura conhecer (BOURDIEU, 2001, p. 51).

Nesse sentido, pretendo nessa pesquisa realizar um descolamento de minha relação atual com o objeto de estudo que vai de participante ativa no movimento desenvolvido CINAEM nos anos 90, para ser uma pesquisadora desse movimento. Venho ocupando, nestes últimos dez anos, uma posição de linha de frente nesse campo de disputa. Participei como representante estudantil, durante a graduação, tanto do movimento dentro da escola médica, como no movimento nacional de estudantes de medicina. Quando residente fui representante nacional dos médicos residentes no Colegiado da CINAEM, e posteriormente organizadora e monitora das Oficinas de Trabalho, nos anos de 1999 e 2001. Em 2004, encontro-me em situação de docência e discência na escola médica, como aluna da pós-graduação e docente auxiliar da graduação. É nesta situação, de aluna da pós-graduação, que estou empenhada em construir o objeto de pesquisa da tese de

^{1,2} O leitor poderá encontrar um detalhado debate sobre a neutralidade da ciência na obra de JAPIASSU, *O mito da neutralidade científica*.

mestrado. Portanto, o deslocamento que desejo realizar é o de sair de uma posição de intervenção direta no campo da elaboração das estratégias de ação sobre os sentidos do projeto estudo, para uma posição mais afastada, onde o meu objeto mais imediato será o desvelamento do campo da educação médica enquanto local de produção social das “propostas para a formação médica”.

Como foi dito anteriormente, é preciso superar a ingenuidade idealista, de assunção de uma “neutralidade” acerca do objeto e buscar o distanciamento necessário à objetividade científica. Recorro novamente a BOURDIEU, que diz ser preciso,

de certo modo, ter-se renunciado à tentação de se servir da ciência para intervir no objeto, para se estar em estado de operar uma objetivação que não seja a simples visão redutora e parcial que se pode ter, no interior do jogo, de outro jogador, mas sim a visão global que se tem de um jogo passível de ser apreendido como tal porque se saiu dele (BOURDIEU, 2001, p. 58).

Não digo com isso que vou abandonar minha posição dentro do campo, fato que, como afirmou BOURDIEU, parece ser impraticável. Pretendo, contudo, estar atenta para o *modus operandi* dessa pesquisa para que ele seja capaz de iluminar as construções analíticas, de modo a prever que estas não serão análises neutras, mas sim análises a partir de certos conceitos e não de outros, também em disputa no campo e emitidos também a partir dessas relações.

A noção de campo será o *modus operandi* da construção do objeto, e como orienta BOURDIEU,

ela funciona como um sinal que lembra o que há que fazer, a saber, verificar que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações de que retira o essencial das suas propriedades (...) é preciso pensar relacionalmente. (Isto é), compreender a gênese de um campo, é aprender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nele se geram, é explicar, tornar necessário, subtrair ao absurdo do arbitrário e do não motivado os atos dos

produtores e as obras por eles produzidas e não como geralmente se julga, reduzir ou destruir (BOURDIEU, 2001, p. 69).

Essa idéia exprime a preocupação com a prática social (científica ou não) que toma o atributo das coisas como as próprias coisas. Por exemplo, a idéia de que ser negro é ser pobre, pelo fato de grande parte da população de negros estar economicamente desprovida, leva a um raciocínio que tende a considerar a pobreza uma característica própria da etnia negra, e realiza uma naturalização da situação, isto é, uma operação mental de atribuir às características datadas de um objeto o estatuto de essência. Isto comumente produz uma série de analogias do tipo a cultura negra é pobre, de mau gosto, etc. Esta operação de pensamento implica considerar o fato social de forma isolada, fora do seu contexto e de suas relações de produção social e a construir a partir do particular um modelo explicativo de todas as coisas referentes à etnia negra. Isto é o que denominamos de naturalização.

3.1.1- O material investigado

Este estudo utilizará documentos originais produzidos pela CINAEM, que estão distribuídos na linha do tempo em fases: I Fase, II Fase, III Fase. Excluíram-se os documentos referentes a IV Fase.

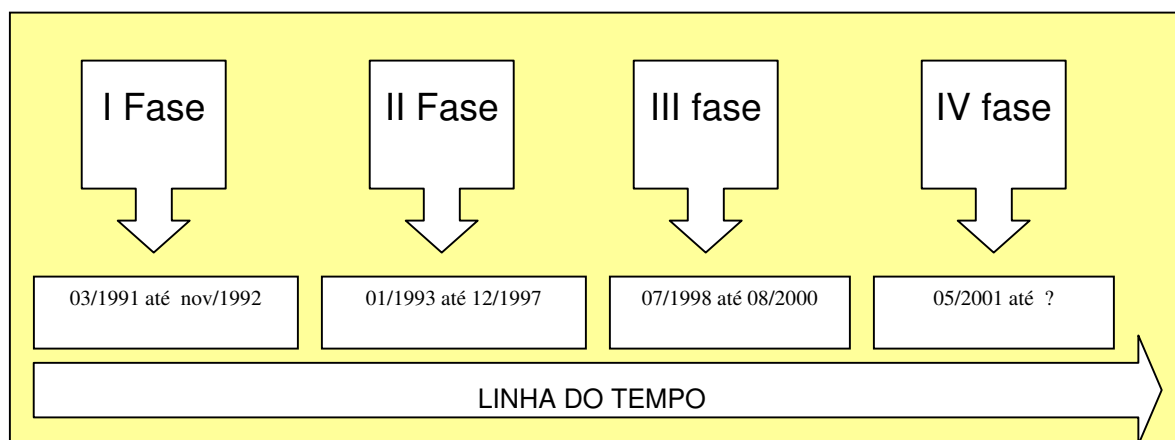
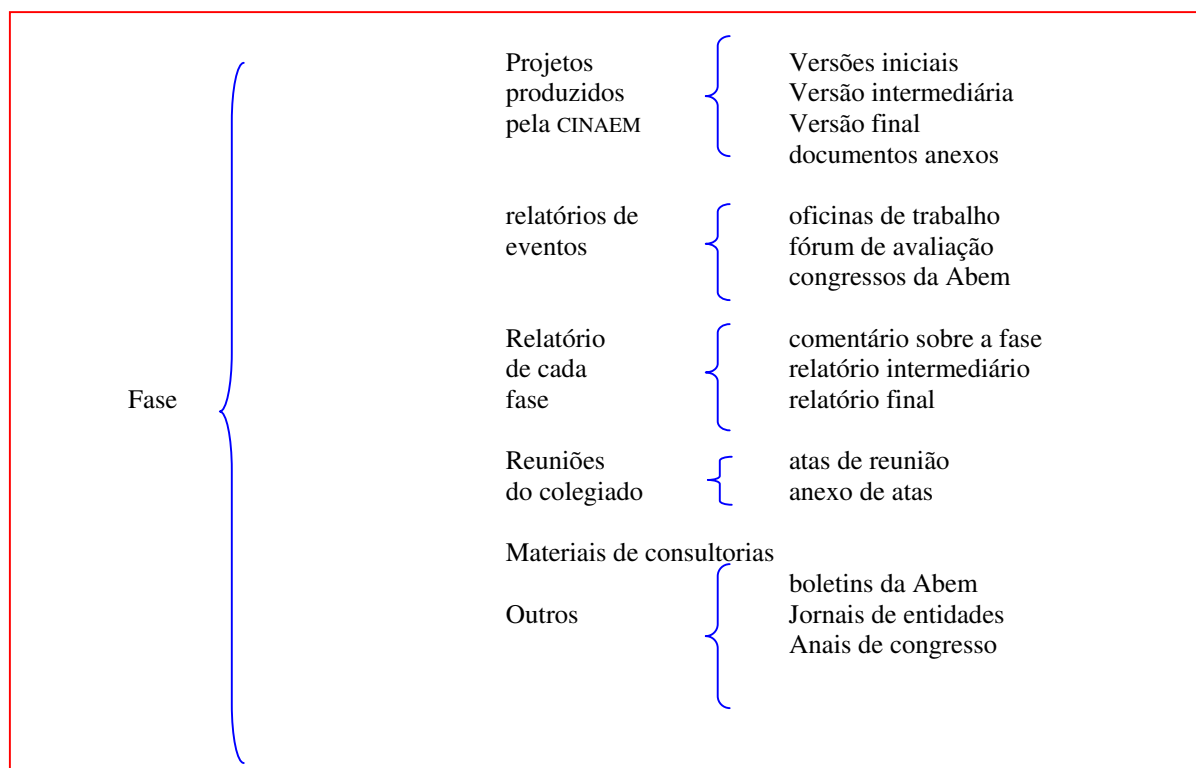


Figura 1 – Cronologia das Fases do Projeto CINAEM

Dentro de cada fase, temos as seguintes categorias de documentos:



3.1.2- A opção teórica

A opção pela análise da formação discursiva da CINAEM sobre a educação médica foi realizada partindo da idéia de que há um “campo” especializado em Educação Médica, que emerge com duas características constitutivas: a de ser um campo de estudo interessado em atender à necessidade de formulação de políticas institucionais para a formação de médicos e a de eleger o tema da reforma do ensino como seu objeto de estudo.

Reunimos dois conjuntos de idéias: o primeiro, tomando como referência os postulados defendidos por Pierre Bourdieu, em especial as noções de *campo* e *habitus* e o segundo, os de Michael Foucault e sua “História Arqueológica”.

3.1.2.1- A Teoria do Campo por Pierre Bourdieu

BOURDIEU (1983, p. 122-123) desenvolve a teoria do campo, em que

campo é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial (...) O que está em jogo é o monopólio da autoridade definida como capacidade técnica e poder social; ou da competência, enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado.

Devemos, dentro desse espírito científico, considerar o mundo social como um espaço de posições e relações que os grupos ou agentes ocupam a cada momento histórico de cada sociedade, um conjunto de posições em um determinado sistema de relações que caracterizam essa sociedade, onde a posição que cada um ocupa em determinado momento é definida pelo conjunto de forças (de relações de poder) que interagem entre as várias posições dos diferentes grupos. É também a posição que cada agente ocupa no sistema completo das relações que determina o sentido de cada relação particular (BOURDIEU, 2001a).

Dessa forma, o olhar para o objeto não deve estar preocupado em isolar uma unidade social do mundo real no qual está inserida, mas sim identificá-la enquanto uma parte de um todo, o qual possui propriedades que são próprias de sua condição material de existência (propriedades de situação) e outras que são referentes a sua posição (propriedades de posição) nessa rede de relações (BOURDIEU, 2001a).

Para analisar este tipo de objeto complexo é preciso pensar relacionalmente tanto as unidades sociais em questão como as suas propriedades, podendo estas ser caracterizadas em termos de presença ou ausência (BOURDIEU, 2001).

Nesse sentido, é possível representar o mundo social

em forma de um espaço [as várias dimensões] construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição constituídos pelo conjunto das propriedades que atuam no universo social considerado, que dizer, apropriadas a conferir, ao detentor delas, força ou poder

neste universo. Os agentes e grupos de agentes são assim definidos pelas suas posições relativas neste espaço. Cada um deles está acantonado numa posição ou numa classe precisa de posições vizinha (Bourdieu, 2001, p.133).

No exercício de pensar uma prática científica que objetiva o conhecimento do mundo real, BOURDIEU constrói o conceito de espaço social que

contém em si, o princípio de uma apreensão relacional do mundo social, (onde) toda a realidade que designa reside na exterioridade mútua dos elementos que a compõem. Os seres aparentes, diretamente visíveis, quer se trate de indivíduos, quer de grupos, existem e subsistem na e pela diferença, isto é, enquanto ocupam posições relativas em que um espaço de relações que, ainda que invisível e sempre difícil de expressar empiricamente, é a realidade mais real e o princípio real dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos” (BOURDIEU, 1996, p. 48).

BOURDIEU propõe pensar a partir da noção de campo, onde o espaço social é concebido como campo de força,

na medida em que as propriedades tidas em consideração para se construir este espaço são propriedades atuantes – que são as diferentes espécies de poder ou de capital que ocorrem nos diferentes campos – , ele pode ser descritivo também como campo de forças, quer dizer, como conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entre nesse campo e irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas entre os agentes (Bourdieu, 2001, p. 134).

Além disso, concebe que o espaço social é um espaço multidimensional, isto é, um

conjunto aberto de campos relativamente autônomos, quer dizer, subordinados quanto ao seu funcionamento e às suas transformações, de modo mais ou menos firme e mais ou menos direto ao campo de produção econômica: no interior de cada um dos subespaços os ocupantes das posições dominante e os ocupantes das posições

dominadas estão ininterruptamente envolvidos em lutas de diferentes formas (sem por isso se constituírem necessariamente em grupos antagonistas) (BOURDIEU, 2001, p. 153).

Para se desenhar a estrutura do campo social,

é definida em cada momento pela estrutura de distribuição do capital e dos ganhos característicos dos diferentes campos particulares, é certo em todo o caso que cada um desses espaços de jogo, a própria definição daquilo que está em jogo e dos vários trunfos pode ser posta em jogo. Todo o campo é lugar de uma luta mais ou menos declarada pela definição dos princípios legítimos de divisão do campo (BOURDIEU, 2001, p. 149).

Os agentes de um determinado campo possuem, respectivamente, diferentes *habitus*, que são adaptados às exigências e às necessidades do campo em questão. O *habitus* é um “sistema de disposições duráveis e estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas do indivíduo, onde se incluem regras e valores oriundos dos processos de socialização” (BOURDIEU, 2001, p. 60).

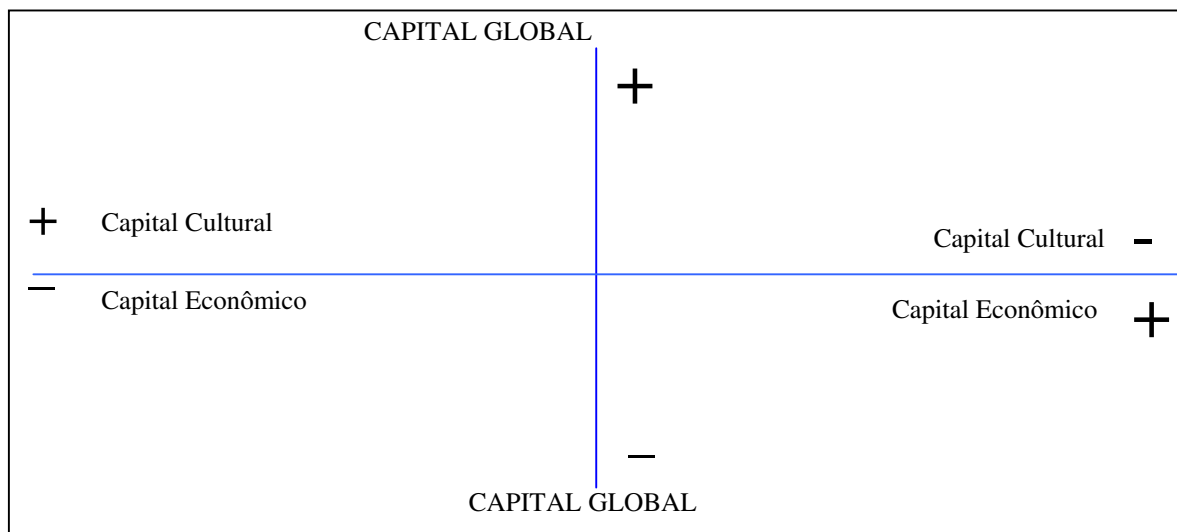
Para construir o espaço social

pode-se construir uma distribuição, sobre um plano fictício de duas dimensões, referentes ao conjunto das posições pertinentes à estrutura de um mundo social, e outras referentes ao conjunto das propriedades e das práticas estruturalmente ligadas a essas posições. Os agentes singulares são distribuídos por esse espaço em virtude de sua posição nas distribuições de duas espécies maiores de capital, o capital econômico e o capital cultural, sendo o afastamento de dois agentes nessas distribuições uma medida de sua distância social (BOURDIEU, 2000, p. 10).

Para representá-lo espacialmente, imagina-se uma espécie de cruz (Figura 2)

uma primeira dimensão, vertical, as posições e os agentes distribuem-se e opõem-se segundo o volume global do capital (capital econômico e/ou capital cultural); e, na segunda dimensão, perpendicular à oposição principal, temos uma oposição entre um

pólo mais cultural e um pólo mais econômico, em posições e agentes que se diferenciam segundo sua riqueza, sobretudo em capital cultural (à esquerda) e ou em capital econômico (à direita). Esse espaço das posições vai exprimir-se num espaço dos estilos de vida e é preciso imaginar, superposta ao espaço das posições, uma transparência sobre a qual se inscreva a distribuição espacial dos estilos de vidas, das preferências, dos gostos. (...) É preciso considerar a relação global entre os dois espaços, o espaço das posições, que se definem relacionalmente, e o espaço dos bens e das práticas. O princípio do relacionamento do dois espaços, o sentido da conveniência entre uma posição e um atributo que, em sua relação com outros atributos, funciona como um signo distintivo, permanece o mais das vezes tácito, inconsciente. (...) O espaço social existe ao mesmo tempo na objetividade e nos cérebros, na forma de disposições adquiridas que orientam, entre outras coisas, as lutas de classificações (BOURDIEU, 2000, p. 42).



Fonte: BOURDIEU, 1996, p. 20

Figura 2 – O Espaço Social por BOURDIEU.

3.1.2.2- Michael Foucault e a “História Arqueológica”

FOUCAULT (1977) define a História Arqueológica como aquela que “estuda as práticas discursivas na medida em que dão lugar a um saber e em que este saber assume o estatuto e o papel da ciência”. Nessa perspectiva, aponta como tarefa a determinação das noções que permeiam o processo da prática discursiva que leva à produção de um saber.

Metodologicamente, Foucault propõe que “o material que temos a tratar, em sua neutralidade inicial, é uma população de acontecimentos no espaço do discurso geral. Aparece, assim, o projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam” (FOUCAULT, 2000, p. 30). Concebe o campo dos acontecimentos discursivos como um “conjunto sempre finito e efetivamente limitado das únicas seqüências lingüísticas que tenham sido formuladas, mesmo que estas possam ser inumeráveis, e por sua massa, ultrapassar toda capacidade de registro, de memória, ou de leitura”. (FOUCAULT, 2000, p.31)

Para Foucault, os pressupostos para a História Arqueológica, que se aplicam a qualquer objeto de discurso, são:

libertar-se do tema da continuidade histórica, da noção de tradição, de influência, de desenvolvimento e evolução, de mentalidade ou espírito de uma época; inquietar-se diante de certos recortes ou grupamentos que distinguem tipos, formas e gêneros de discursos, tais como os da ciência, da literatura, da filosofia, etc; pôr em suspenso as unidades que se definem como livro e obra.

Foucault destaca que a análise do discurso é orientada de forma inteiramente diferente (da análise da história do pensamento); e se propõe a compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência; de fixar seus limites da forma mais justa; de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado; de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Adverte que não se busca o que está sob o manifesto no enunciado, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso.

Enunciado é a unidade do discurso. É caracterizado por ser uma

função de existência que pertence, em particular, aos signos, e a partir do qual pode-se decidir em seguida, pela análise ou pela intuição, se fazem sentido ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signo, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (oral ou escrita) que cruza um domínio de estrutura de unidades possíveis e que as faz aparecer, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 2000, p. 30-31).

Discurso é “constituído por um conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, ou seja, que provem da mesma formação discursiva” (NUNES, 2002, p. 129).

A formação discursiva é um conjunto formado por um certo número de enunciados, conceitos, escolhas temáticas, que descreve sistemas de dispersões e busca verificar como o discurso se organiza em uma ordem, quais as correlações, as posições, os funcionamentos, as transformações” (NUNES, 2002, p. 129).

A análise da Formação Discursiva é realizada a partir de quatro categorias: os objetos, os sujeitos, a formação das modalidades discursivas e as estratégias. É uma forma de descrever sistematicamente os acontecimentos discursivos procurando encontrar as unidades existentes. FOUCAULT (2000, p. 43) define que podemos identificar a existência de uma formação discursiva

[quando] se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhantes sistemas de dispersão,(...) que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformação).

Nesse sentido, “chamaremos de regras de formação as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição: objetos, modalidade de enunciação, conceitos, escolhas temáticas. As regras de formação são condições de existência (mas também de

coexistência, de manutenção, de modificação e de desaparecimento) em uma dada repartição discursiva”. (FOUCAULT, 2000, p. 43-44).

Como forma de descrever uma formação discursiva, FOUCAULT (2000) propõe que analisemos no texto as regras de formação dos objetos, dos conceitos, dos modos de enunciação e das estratégias. A seguir, discutiremos os procedimentos de coleta destes elementos do discurso.

3.1.2.2.1- A Formação dos Objetos

Para conhecer a formação dos objetos do discurso, propõe-se inicialmente que se demarque as superfícies de onde podem surgir os objetos do discurso, enumerando-as e nomeando seus respectivos objetos. FOUCAULT (2000, p.47) justifica que essa operação tem por objetivo “mostrar [de] onde podem surgir, para que possam, em seguida, ser designadas e analisadas essas diferenças individuais que, segundos os graus de racionalização, os códigos conceituais e os tipos de teoria, vão receber [sua] qualificação”.

A seguir, deve-se descrever as instâncias de delimitação: instâncias institucionais superiores que, na sociedade, distinguem, designam, nomeiam e instauram (determinado tema) como objeto (FOUCAULT, 2000).

Finalmente analisa-se a grade de especificação: isto é , os sistemas segundo os quais separamos, opomos, associamos, reagrupamos, classificamos, derivamos, umas das outras, os diferentes enunciados como objetos do discurso (FOUCAULT, 2000).

FOUCAULT (2000) adverte que, além destes três procedimentos, é necessário identificar as relações que existem entre estes objetos. Considera que o objeto existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações; que as relações são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamentos, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização; que estas relações

não definem a constituição interna do objeto, mas o que lhe permite aparecer, justapor-se a outros objetos, situar-se em relação a eles, definir sua diferença, sua irredutibilidade, eventualmente, sua heterogeneidade; enfim, ser colocado em um campo de exterioridade (FOUCAULT, 2000, p. 51).

Existem, segundo FOUCAULT (2000, p. 52), várias possibilidades de descrição destas relações: sistemas de relações primárias ou reais, sistema das relações secundárias ou reflexivas, e sistemas das relações que podem ser chamadas propriamente discursivas. Contudo, o problema “é fazer com que apareça a especificidade dessas últimas e seu jogo com as outras duas”.

As relações discursivas

Estão, de alguma maneira, no limite do discurso: oferecem-lhe objetos de que ele pode falar, ou antes (pois essa imagem da oferta supõe que os objetos sejam formados de um lado e o discurso do outro), determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los, etc. Essa relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática (FOUCAULT, 2000, p. 52).

A prática discursiva pode ser caracterizada por um conjunto de regras que são imanentes e a definem em sua especificidade, onde

não são os objetos que permanecem constantes, nem o domínio que formam; nem mesmo seu ponto de emergência ou seu modo de caracterização; mas o estabelecimento de relação entre as superfícies em que podem aparecer, em que podem ser delimitados, analisados e especificados (FOUCAULT, 2000, p. 53-54).

Em síntese, o trabalho tem como tarefa

não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos, a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam.

Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que faz é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (FOUCAULT, 2000, p. 56).

3.1.2.2.2- A Formação das Modalidades Enunciativas

Para descrever a formação das modalidades enunciativas, deve-se identificar as leis das diversas enunciações que compõem o discurso e o lugar de onde vêm, e como se estabelecem as relações do sujeito que enuncia.

São propostas por FOUCAULT (2000, p. 57-58) as seguintes questões a serem consideradas:

Quem fala? Quem, no conjunto de todos os sujeitos falantes, tem boas razões para ter esta espécie de linguagem? Quem é seu titular? Quem recebe dela sua singularidade, seus encantos, e de quem, em troca, recebe, se não sua garantia, pelo menos a presunção de que é verdadeira?

Qual é o status dos indivíduos que têm – e apenas eles – o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente definido ou espontaneamente aceito de proferir semelhante discurso?

De que os lugares institucionais o sujeito que fala obtém seu discurso, e onde este encontra sua origem legítima e seu ponto de aplicação (seus objetos específicos e seus instrumentos de verificação)?

As posições do sujeito definem-se igualmente pela situação que lhe é possível ocupar em relação aos diversos domínios ou grupos de objetos; pergunta-se se

(...) é sujeito que questiona, segundo uma certa grade de interrogações explícitas ou não, e que ouve, segundo um certo programa de informação; é sujeito que observa, segundo um quadro de traços característicos, e que anota, segundo um tipo descritivo?

Está situado a uma distância perceptiva ótima cujos limites demarcam parcela da informação pertinente; utiliza intermediários instrumentais que modificam a escala da informação, deslocam o sujeito em relação ao nível perceptivo médio ou imediato, asseguram sua passagem de um nível superficial a profundo. (...) é preciso somar também a essas situações perceptivas as posições que o sujeito pode ocupar na rede de informação. (FOUCAULT, 2000, p. 59)

Em síntese, a análise das diversas modalidades de enunciação manifestam o sujeito em sua dispersão:

nos diversos *status*, nos diversos lugares, nas diversas posições que pode ocupar ou receber quando exerce um discurso, na descontinuidade dos planos de onde fala. Se esses planos estão ligados por um sistema de relações (este é estabelecido pela) especificidade de uma pratica discursiva (FOUCAULT, 2000, p. 61).

O discurso assim concebido é “um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos” (FOUCAULT, 2000, p. 61-62).

3.1.2.2.3- A Formação dos Conceitos

A análise da formação dos conceitos põe como tarefa inicial descrever a organização do campo dos enunciados, isto porque os conceitos encontram-se dispersos. Como estratégia de abordagem desse campo, enumeramos a configuração dos grupos de enunciados e tentamos identificar suas formas de sucessão, suas formas de coexistência e seus procedimentos de intervenção. Descreve-se com isso o feixe de relações entre os enunciados e grupos de enunciados, desenhando-se uma rede conceitual.

Nas formas de sucessão, procuramos identificar as “disposições das séries enunciativas [isto é, a ordenação das] inferências, das implicações sucessivas, dos raciocínios demonstrativos, das ordens das descrições, dos esquemas de generalização, de especificação progressiva, da ordem da narrativa”. Os tipos de correlação dos enunciados, isto é, “a correlação hipótese-verificação, asserção-crítica, lei geral-aplicação particular; os esquemas retóricos segundo os quais se pode combinar grupos de enunciados” (FOUCAULT, 2000, p. 63-64)

Nas formas de coexistência, analisa-se o campo de presença, o campo de concomitância e o domínio de memória. O campo de presença analisa todos os enunciados já formulados em alguma outra parte e que são retomados em um discurso a título de verdade admitidas, de descrição exata, de raciocínio fundado ou de pressupostos necessários, e também os que são críticas, discutidos e julgados, assim como os que são rejeitados ou excluídos. Considera-se ainda que as relações instauradas podem ser da ordem da verificação experimental, da validação lógica, da repetição pura e simples, da aceitação justificada pela tradição e pela autoridade, do comentário, da busca das significações ocultas, da análise do erro, [podem ser ainda] ser explícitas ou implícitas e introduzidas nos enunciados correntes (FOUCAULT, 2000).

No campo de concomitância, trata-se dos enunciados que se referem a domínios de objetos inteiramente diferentes e que pertencem a tipos de discursos totalmente diversos, mas que atuam entre os enunciados estudados, seja porque valem como confirmação analógica, seja porque valem como princípio geral e como premissas aceitas para um raciocínio, ou porque valem como modelos que podemos transferir a outros conteúdos, ou ainda porque funcionam como instância superior com a qual é preciso confrontar e submeter, pelo menos algumas proposições que são afirmadas (FOUCAULT, 2000).

No domínio da memória, trata-se de enunciados que não são mais nem admitidos nem discutidos, que não definem mais, conseqüentemente, nem um corpo de verdades nem um domínio de validade, mas em relação aos quais se estabelecem laços de filiação, gênese, transformação, continuidades e descontinuidade histórica (FOUCAULT, 2000).

Os procedimentos de intervenção que configuram o campo enunciativo podem ser descritos a partir da análise das técnicas de reescrita, isto é, quando se utilizam descrições anteriores num novo formato, com nova espacialidade; dos métodos de transcrição, desdobrados em modos de tradução dos enunciados quantitativos em qualitativos e vice-versa, em relacionamento das medidas e descrições puramente perceptivas, em meios utilizados puramente para aumentar a aproximação dos enunciados e refinar sua exatidão, em maneiras pelas quais se delimitam novamente o domínio da validade dos enunciados, em métodos de sistematização de proposições que já existem por terem sido formuladas anteriormente, mas em separado, ou ainda em métodos de redistribuição de enunciados já ligados uns aos outros, mas que são recompostos em um novo conjunto sistemático (FOUCAULT, 2000).

Em síntese,

tentamos determinar segundo que esquemas (de seriação, de grupamentos simultâneos, de modificação linear ou recíproca) os enunciados podem estar ligados uns aos outros em um tipo de discurso; tentamos estabelecer, assim, como os elementos recorrentes dos enunciados podem reaparecer, se dissociar, se recompor, ganhar em extensão ou em determinação, ser retomados no interior de novas estruturas lógicas, adquirir, em compensação, novos conteúdos semânticos, constituir entre organização parciais. Estes esquemas permitem descrever sua dispersão anônima através de textos, livros e obras; dispersão que caracteriza um tipo de discurso e que define, entre os conceitos, formas de dedução, de derivação, de coerência, e também de incompatibilidade, de entrecruzamento, de substituição, de exclusão, de alteração recíproca, de deslocamento, etc (FOUCAULT, 2000, p. 66-67).

As regras de formação têm seu lugar não na mentalidade ou na consciência dos indivíduos, “mas no próprio discurso; elas se impõem, por conseguinte, segundo um tipo de anonimato uniforme, a todos os indivíduos que tentam falar nesse campo discursivo” (FOUCAULT, 2000, p. 68-70).

3.1.2.2.4- A Formação das Estratégias

Os discursos dão lugar a redes conceituais, a reagrupamentos de objetos e a determinados tipos de enunciação que lhe conformam um certo grau de coerência, de rigor e de estabilidade, de temas ou teorias. A esse modo de organizá-los chamamos de “estratégias” (FOUCAULT, 2000).

Para empreender esta tarefa, deve-se:

determinar os pontos de difração possíveis do discurso – que podem ser pontos de incompatibilidade, ponto de equivalência, de junção sistemática;

estudar a economia das constelações discursivas – a relação do discurso com aqueles que são contemporâneos ou vizinhos, a fim de estabelecer analogias, oposições, complementaridades, singularidades (NUNES, 2002, p. 73).

É preciso também estabelecer

a função que deve exercer o discurso em um campo de práticas não discursivas quanto a: relações sociais (nas práticas, nas decisões políticas, nas práticas cotidianas); regimes e processos de apropriação do discurso (grupos sociais), posições possíveis do desejo em relação ao discurso (elemento de simbolização) (NUNES, 2002).

Portanto, para uma formação discursiva ser individualizada é necessário definir “os sistemas de formação das diferentes estratégias que nela se desenrolam, [isto é] mostrar como todas derivam de um mesmo jogo de relações” (FOUCAULT, 2000, p.75).

Finalmente, as estratégias devem ser descritas como maneiras sistematicamente diferentes de tratar objetos de discurso (...), de dispor formas de enunciações (...), de manipular conceitos (...). Essas opções não são germes de discurso (...); são maneiras reguladas de utilizar possibilidades de discursos (FOUCAULT, 2000, p. 76-77).

3.2- O campo da saúde e da educação médica no Brasil: aspectos fundamentais

3.2.1- A noção de campo, o campo médico e o campo da educação médica

O mundo social proposto por BOURDIEU (2001a) é concebido como um espaço de posições e relações que os grupos ou agentes ocupam a cada momento histórico de cada sociedade, um conjunto de posições em um determinado sistema de relações que caracterizam essa sociedade, onde a posição que cada um ocupa em determinado momento é definida pelo conjunto de forças (de relações de poder) que interagem entre as várias posições dos diferentes grupos. É também a posição que cada agente ocupa no sistema completo das relações que determina o sentido de cada relação particular. O mundo social é composto, portanto, por campos de produção social organizados a partir de relações objetivas entre pessoas em torno de interesses em comum. Tais interesses, para conquistarem legitimidade social, devem ser capazes de satisfazer determinadas necessidades humanas, isto é, produzir “valor de uso”. A saúde, como um campo social, é produzida a partir da satisfação das necessidades humanas em termos de cura.

CANGUILHEM (1996) afirma que o homem considera-se a si mesmo como patológico, e por isso identifica certos estados ou comportamentos que, em relação à polaridade dinâmica da vida, são apreendidos sob forma de valores negativos, devendo por isso ser evitados ou corrigidos. Argumenta ser constitutivo do próprio homem o impulso de prolongar a vida, de lutar contra aquilo que constitui um obstáculo à sua manutenção e seu desenvolvimento tomados como normas. A esse respeito, comenta:

(...) para um ser vivo, o fato de reagir a uma doença, a uma lesão, a uma infecção, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais está inserida, nas quais é possível, que a vida é polaridade, posição inconsciente de valor, que a vida é, de fato, uma atividade normativa (CANGUILHEM, 1996, p. 96).

CANGUILHEM (1996) acredita que jamais teria se desenvolvido uma técnica médica ou de cura, se no humano, assim como em qualquer outro ser vivo,

(..) a vida fosse indiferente às condições que se encontra, se ela não fosse reatividade polarizada às variações do meio no qual se desenrola. (...) É fato que o organismo goza de um conjunto de propriedades que pertence a ele, graças às quais ele resiste a causas múltiplas de destruição. Sem essas reações defensivas, a vida se extinguiria rapidamente... O ser vivo pode encontrar instantaneamente a reação útil em relação a substâncias com as quais nem ele nem sua raça jamais tiveram contato. O organismo é um químico incomparável. É o primeiro dos médicos. As flutuações do meio são, quase sempre, uma ameaça para a existência. O ser vivo não poderia subsistir se não possuísse certas propriedades essenciais. Qualquer ferida seria mortal se os tecidos não fossem capazes de cicatrização e o sangue de coagulação (CANGUILHEM, 1996, p. 100).

Para produzirem valores de uso em torno das necessidades humanas de cura ou alívio da dor ou do sofrimento, organizou-se um “mercado de serviços de cura”, onde os investimentos estão voltados a produzirem uma crença no valor de um produto, “curar”, simultaneamente econômico e simbólico. Econômico porque disputa espaço em um mercado de serviços. Simbólico porque disputa produção de crenças em torno do normal e do patológico, do adoecer e do curar. Além disso, disputa-se o que pode ser considerado como legítimo enquanto prática de cura.

LE GOFF (1985) chama atenção para o fato de que essa disputa remonta à Antiguidade, até os tempos de hoje. Percebe-se que as atitudes humanas perante as doenças em nada se alteraram. Se

(...) por um lado, [a] ardente pesquisa do saber científico e de uma prática médica que não pára de alcançar grandes vitórias, da trepanação pré-histórica às vacinas, soros, antibióticos, etc., dos tempos modernos [tenta ganhar legitimidade,] (...) Por outro, a crença inveterada na eficácia da magia (orações ou ervas) e nos mágicos (bruxas, milagreiros, curandeiros de toda a espécie) [mantém viva]. E mesmo hoje será fácil estabelecer a fronteira? (LE GOFF, 1985, p. 7).

Da mesma forma, essa ambigüidade inscreve-se na história da humanidade em geral e da saúde em particular; a necessidade de dar resposta à questão “mas por quê eu [estou doente]? Eis a verdadeira questão que atormentava – e que atormenta ainda – os doentes e os infelizes” (BOTTÉRO 1985, p. 37) é constitutiva do campo a partir do qual emerge a saúde como espaço de social. Para este autor, é preciso crer que o homem tem verdadeiramente necessidade de tais respostas, definitivas a seus olhos, mesmo que não possa controlá-las ou demonstrá-las, mesmo que a resposta não possa “ter a priori a ver senão com o imaginário e o irracional” (BOTTÉRO 1985, p. 37).

Nessa perspectiva, a saúde no Brasil organizou-se ao longo do tempo, marcada principalmente pela divisão em dois campos: o mercado livre de serviços de cura, de natureza privada, e a saúde pública, de natureza estatal. O mercado livre de serviços de cura organiza-se de forma heterogênea e estratificada, em cujo interior se estabelecem diferenciações em função das clientela alvo: a Medicina Curativa, exercida pelos físicos formados na Europa no início do século XIX e posteriormente físicos e cirurgiões formados nas escolas médicas, que se destina às elites que podiam pagar pelos caros serviços. Os serviços de toda ordem, exercidos por cirurgiões-barbeiros, a medicina mágica, curandeiros, as práticas populares com o uso de plantas medicinais, os práticos, boticários, parteiros, sangradores, jesuítas e dentistas consumidos pelos pequenos burgueses donos dos comércio interno, e aos demais de baixa posse.

O campo médico, por sua vez, organiza-se dentro desse mercado livre de serviços de cura, disputando durante praticamente todo o século XIX com seus concorrentes o domínio deste e a produção de um capital específico que identificasse esse campo. A principal estratégia de hegemonia foi capitalizar a partir da produção de uma crença de que só a profissionalização poderia oferecer à sociedade produtos “diferenciados e qualificados” capazes de atender a necessidade social que gera este campo de serviços. Este é o “capital profissional”. Tal crença foi fortalecida no fim do século XIX e durante o século XX pela importância progressiva que a ciência passa a ocupar na sociedade, como produtora do “progresso social” e da ordem institucional. Toda a sociedade passou a organizar-se a partir dos paradigmas cientificista – ocorreu, por exemplo, a higienização dos costumes, organizou-se a indústria a partir de uma administração científica – a

sociedade passou a organizar-se a partir da crença de que a ciência era capaz de produzir a única verdade sobre o mundo.

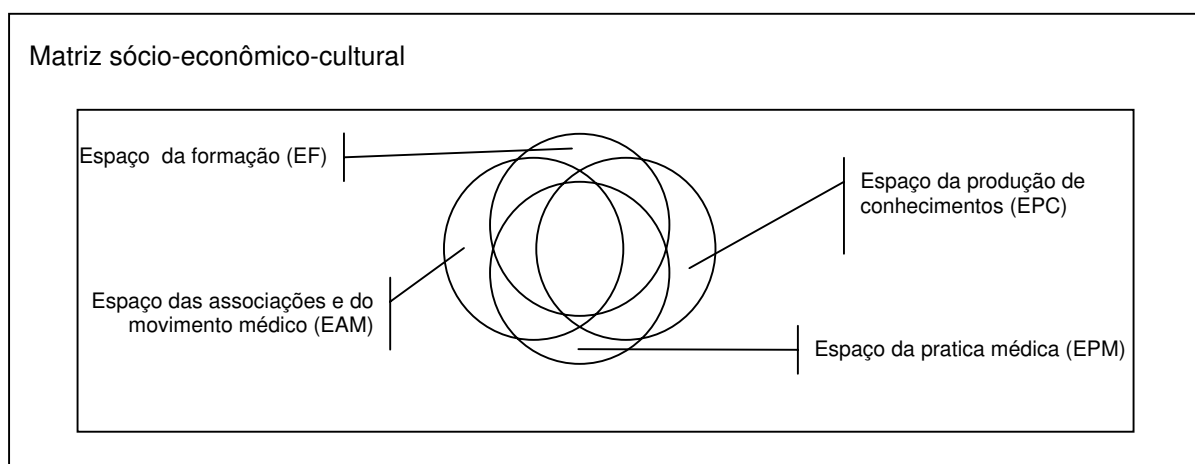
Os produtos das pesquisas científicas passam a exercer o poder de legitimação social, e a produção de saúde como bem social passa a procurar respostas científicas para o sofrimento e a cura. Foi o campo médico, a medicina, que se organizou em torno da produção destes resultados científicos. Contudo, muito antes de obtê-los, os médicos acumularam poder no campo político e iniciaram seu projeto dentro do mercado de serviços de cura, que continha em sua essência a definição de um campo de práticas profissionais, a saúde, para a qual o exercício das práticas de cura deveria ser exercido por profissionais, definidos como os legítimos para disputarem, e não pelos demais, que eram os profanos, os charlatões, desqualificados para a concorrência (PEREIRA NETO, 2001; FELICIELLO, 2001). A construção social do estatuto de profissão, realizada também por outras ocupações, baseou-se no monopólio, unificação e restrição do campo de produção dos serviços de cura. Foram (e são até hoje) utilizadas as seguintes estratégias de reprodução na profissionalização: o aspirante a profissional deverá passar por treinamento específico; após sua formação será constantemente avaliado por pares, e deverá obedecer a normas e regras que os orientam profissionalmente. Como resultado, teríamos a conformação de uma atividade baseada na autonomia profissional, na adesão a um ideal de serviço, na forte identidade moral e profissional, traduzida num código de ética, além da demarcação clara do território profissional pelo mercado de trabalho (MACHADO, 2000).

A partir de uma visão baseada em Bourdieu, concebemos o campo médico inserido em um espaço social multidimensional, composto pelo conjunto aberto de campos relativamente autônomos. Cada campo produz recortes de interesse em relação ao mundo dos objetos, que lhe podem ser exclusivos e/ou compartilhados com mais de um campo. Todos estes campos estão de alguma forma “subordinados quanto ao seu funcionamento e às suas transformações, de modo mais ou menos firme e mais ou menos direto ao campo de produção econômica” (BOURDIEU, 2001, p. 153).

Entendemos que as relações entre campo médico e a estrutura econômica realizam-se de forma direta ou mediadas por outros campos, ou mercados, que definem o trabalho médico.

O campo médico, por sua vez, é também um campo multidimensional, no sentido explicitado acima, composto por quatro instâncias diferenciadas: o espaço da formação de pessoal, o da produção de conhecimentos, o da prática médica e o das associações médicas e movimentos médicos. Cada uma destas regiões tem uma certa autonomia, em relação ao próprio campo, porém a prática médica exerce um papel dominante sobre as outras (GARCIA, 1972).

O campo médico não é algo estático, em que os atores sociais então capturados pela estrutura; é, na verdade, um campo de forças, onde as quatro tensões – formar médicos, praticar medicina, produzir conhecimento e disputar projetos – são operadas o tempo todo pelos atores que fazem parte do mesmo. A partir dessas idéias, elaboramos um diagrama da teoria do campo médico (Figura 3).



EF é constituído formalmente no Brasil pelas escolas médicas.

EPC são os grandes centros médicos especializados localizados nos principais centros urbanos do país, os hospitais universitários e algumas grandes escolas médicas, institutos de pesquisa.

EPM são o Sistema Único de Saúde nas esferas federal, estadual e municipal – principalmente a última, clínicas privadas, todos os serviços próprios e dos prestadores do Sistema Suplementar de Saúde (planos de saúde, seguradoras, auto-gestão e cooperativas), hospitais.

EAM são as sociedades de especialidades e as associações médicas, conselhos profissionais federal e estaduais, sindicatos médicos, associações de médicos residentes, movimento estudantil de medicina, movimento de médicos residentes, movimentos de reformas da escola médica, movimento pela aprovação da Lei do Ato Médico.

Figura 3 – Espaços que Compõem o Campo Médico

A prática médica é concebida a partir da centralidade do trabalho médico. Este por sua vez, tem sido definido de forma diferente através da história. Os determinantes que produzem estas variações têm sido elucidados a partir da noção de que a prática médica

está ligada à transformação do processo de produção econômica, onde o que define a concepção da medicina são as relações que esta estabelece com as diferentes “instâncias” que integram a estrutura social. A estrutura econômica, por sua vez, determina o lugar da prática médica nesta estrutura social, por meio da “determinação em última instância”, que consiste em abrir um espaço fora do alcance de sua própria ação, permitindo uma autonomia relativa da prática médica em relação à estrutura econômica e social. Dessa forma, a prática médica articula-se de forma diferente à estrutura social, segundo o modo de produção econômico vigente (GARCIA, 1972).

Ocorre como que uma divisão de funções entre aquelas instâncias do campo médico. As instituições encarregadas da produção de conhecimentos são os centros de desenvolvimento do processo de atenção médica, e necessariamente não coincidem com os centros de formação ou com os espaços da prática médica sem, contudo, excluí-los.

As instituições encarregadas da formação, as escolas médicas, constituem-se em centros de seleção e legitimação da prática médica e do ato médico. As inovações na prática médica devem ser aprovadas pelas escolas de medicina para serem consideradas legítimas. Este papel de árbitro é exercido de diferentes formas, sendo a mais conhecida a incorporação da inovação da atenção médica ao currículo do curso de medicina (GARCÍA, 1972).

Embora a prática médica tenha hierarquicamente uma posição superior – de onde provêm as leis que instituem a organização dos profissionais de saúde, o conteúdo de ensino, o grau de separação que existe entre o ensino e a atividade prática e a seleção dos estudantes – a educação médica tem uma autonomia que chega a chocar-se com os interesses provenientes da prática médica. Estes são decorrentes de uma produção de serviços em saúde desenvolvida sob uma lógica de economia de mercado, que conforma um mercado livre de serviços de cura, onde a prática médica é exercida por especialistas. Isto contrasta com a concepção das escolas que seguem mantendo como seu objetivo a formação de médico geral. Os professores são especialistas e seu ensino entra, por isso, em conflito com aquela meta da escola médica. E os estudantes, por sua vez, são pressionados pelo mercado de trabalho e inclinam-se prematuramente para uma especialidade, o que também contrasta com o ideário da escola médica (GARCIA, 1972).

As tensões aumentam ainda mais quando os seguros sociais tentam estender a cobertura para grupos menos privilegiados, surgindo uma nova demanda de mercado por maior quantidade de médicos gerais, a qual, por um lado, atende aos interesses também da escola médica em ter mercado para os supostos médicos gerais que forma, e, por outro, entra em contraposição com os interesses das corporações médicas liberais em manter o mercado caracteristicamente especializado.

Há um alto grau de complexidade das relações sociais que envolvem o ensino médico, e, segundo uma visão estruturalista althusseriana, a escola médica pode ser concebida como o aparelho institucional da produção de médicos e constitui a superestrutura de processo produtivo. A escola médica tem independência em relação a outras instituições tais como os organismos que administram a atenção médica, o que pode ser considerado como reflexo da separação entre o ensino e o trabalho – o ensino escolar.

Nesse sentido, a escola é uma superestrutura característica de sociedade moderna onde o ensino e o trabalho aparecem como antagônicos – pois a escola tem sua origem no interior das classes altas e estava destinada à formação de seus dirigentes. Seu ensino era de caráter teórico. Somente nas corporações profissionais de artesãos ocorria a integração do trabalho com a escola, com a adoção do ensino prático. A “escola universitária” é o resultado de uma combinação da escola de classe com as corporações de artesãos. Das corporações tomaram-se o tipo de instituição e da escola seu caráter teórico e formador de dirigentes. Em essência a escola constitui-se numa instituição de classes altas que, apesar das várias transformações da revolução industrial, mantiveram sua superestrutura praticamente inalterada. Como consequência dessa combinação histórica que fundou a escola, a estrutura educativa das classes possuidoras estende-se até as classes mais baixas, destruindo suas instituições típicas, como o aprendizado artesanal. Esse fenômeno obedece à necessidade de expandir as conquistas da ciência e integrá-las ao processo laboral. A escola parece ter uma capacidade de sobrevivência mesmo em sociedades que fizeram mudanças na infraestrutura que as sustenta (GARCIA, 1972).

Sob estas relações de dominação social, a escola cumpre um papel ideológico de “apagamento dos conflitos e naturalização das desigualdades”. A idéia de que o ensino médico tem uma autonomia é na verdade um deslocamento ideológico do papel do ensino

escolar na estrutura social capitalista, que produz uma crença que as práticas se organizam em decorrência exclusiva das necessidades técnicas de abordagem e transformação dos objetos, reduzido-as a suas dimensões técnicas e reproduzindo as relações sociais de produção. SCHRAIBER (1989, p. 105) explica que é

(...) Através da construção de tal aparência, [que se cria] uma imagem acerca das relações entre as práticas, resultado da própria construção de um ideal de prática a partir daquelas concepções elaboradas na ideologia, tal que induz a uma compreensão da natureza contraditória das práticas sociais sob a forma de desajustes formais ou de conteúdo técnico, uma vez que as próprias relações entre as práticas sociais são entendidas como relações de ajustes e adaptações entre elas.

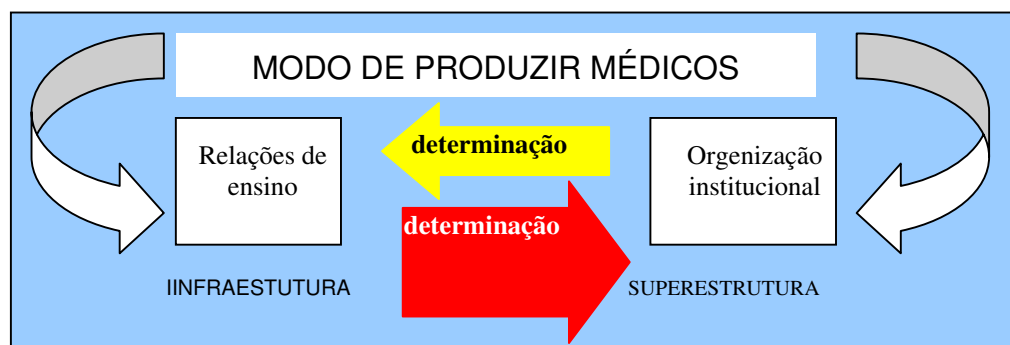
Na Fig. 3 podemos observar que existem várias possibilidades de inserção da escola médica no campo médico, quando consideramos sua vocação, principalmente em relação ao maior ou menor desenvolvimento de pesquisas, e, por consequência, constituindo-se como espaço de produção de conhecimentos, além do desenvolvimento do ensino médico. Qualquer tipo de escola médica é também um espaço da prática médica, visto que a maioria das escolas possuem hospitais universitários ou centros de saúde, onde médicos trabalham.

O campo médico no Brasil, sob a perspectiva esboçada anteriormente, é o espaço onde se produzem as relações sociais que têm grande influência na produção de projetos pedagógicos para as escolas médicas. Dentro do que denominamos espaço de formação, é possível reconhecer a autonomização de um campo de produção social especializado, o campo da Educação Médica, que toma para si o tema da formação médica.

Antes de apresentar o esquema que trata da Educação Médica como campo, faremos uma rápida abordagem da proposta de Garcia. Isto porque, em alguns pontos, iremos trabalhar com idéias similares.

Para GARCIA (1972), nos anos 60-70, é no processo de produção dos médicos que se geram formas particulares de organização, por consequência as características da ordem institucional são subordinadas ou emergem das necessidades do processo de

produção de médicos. No modelo atual (dos anos 70 descrito por Garcia), o médico se forma em grupos, separado do trabalho médico e dedicado exclusivamente a estudar. Esse modo de produção de médicos determina uma forma particular de organização, a escola de medicina, com uma estrutura administrativa e um sistema de governo separado das instituições de atenção médica. A forma institucional que adquire este determinado modo de produzir médicos constitui a superestrutura do processo, e as relações de ensino, a sua infraestrutura. (Figura 4)



Fonte: elaborado a partir da teoria sobre educação médica desenvolvida por GARCIA (1972)

Figura 4 – Relações de Determinação dentro da Escola Médica

GARCIA (1972) propõe um esquema teórico para análise a formação de médicos. Seus pressupostos são a separação entre estudo e trabalho, e a existência de dois níveis inseparáveis na estrutura educacional: o processo de ensino e as relações de ensino. O processo de ensino é o conjunto de etapas sucessivas pelas quais passa o estudante até transformar-se em médico. Neste, podemos distinguir atividades, meios e objetos de ensino. A transformação do estudante em médico supõe uma atividade humana específica que se denomina atividades de ensino. Sua execução requer certos meios materiais, e a forma como vai desenvolver-se chama-se métodos e técnica de ensino. Esta adota duas formas: as realizadas pelos professores e as que cabem ao estudante. O objeto da transformação do modo de produzir médicos é o estudante, que é ao mesmo tempo agente ativo de sua transformação. As relações de ensino são as conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam do processo de produção de médicos, e são a resultante do papel

que estes indivíduos jogam no ensino médico. No processo de formação de médico estabelecem-se os seguintes vínculos: entre os agentes do ensino e o processo de aprendizado; entre as diversas categorias em que se dividem os agente do ensino. Os agentes do ensino são os indivíduos que participam na educação médica e ocupam uma determinada posição nela.

A escola de medicina e suas características internas, tais como seu sistema de governo, sua estrutura administrativa e a articulação que estabelece com a educação secundária, emergem do processo de ensino e das relações que se produzem no mesmo.

Para GARCÍA (1972), o raciocínio que aponta a mudança no modo de produção do médico como uma das formas de transformar a escola médica deixa de considerar que, em determinadas circunstâncias, em nível da organização ou superestrutura, é possível um bloqueio da ação de mudar o modo de produção de médicos. Para ele, é exatamente por causa dessas relações de determinação que alguns países latino-americanos não tiveram sucesso em suas propostas de mudanças, pois encontraram grande resistência da estrutura da escola médica nas propostas de modificar o modo de produção de médicos.

Estas relações entre os elementos citados acima não são produzidas por si, conforme deixa transparecer a análise estruturalista, mas são resultantes de relações objetivas entre os agentes que ocupam determinadas posições em cada campo social que compõe o espaço multidimensional da sociedade. Este espaço social, como analisa BOURDIEU (1996, p.48),

contém em si, o princípio de uma apreensão relacional do mundo social, (onde) toda a realidade que o designa reside na exterioridade mútua dos elementos que a compõem. Os seres aparentes, diretamente visíveis, quer se trate de indivíduos quer de grupos, existem e subsistem na e pela diferença, isto é, enquanto ocupam posições relativas em que um espaço de relações que, ainda que invisível e sempre difícil de expressar empiricamente, é a realidade mais real e o princípio real dos comportamentos dos indivíduos e dos grupos.

Portanto, a produção de projetos pedagógicos ocorre dentro do campo de produção social³ especializado, denominado Educação Médica, que é o resultado das relações objetivas entre os agentes da educação médica entre si, e destes com os agentes dos demais campos de produção social – saúde, educação, mercado de serviços de cura, mercado de serviços de ensino mais diretos e campos políticos e econômicos, indiretamente – que de alguma forma têm interesses em relação aos produtos produzidos no campo da educação médica. Nesse sentido, a educação médica pode ser entendida como um campo de força, “na medida em que as propriedades tidas em consideração para se construir este espaço são propriedades atuantes – que são as diferentes espécies de poder ou de capital que ocorrem nos diferentes campos” (BOURDIEU, 2001, p. 134). A educação médica pode ser descrita por intermédio da revelação do conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entram nesse campo. Estas são “irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interações diretas entre os agentes” (BOURDIEU, 2001, p. 134).

As forças que tensionam o campo da Educação Médica são forças de atuação que: desenvolvem uma prática pedagógica; produzem conhecimento sobre a própria prática pedagógica e sobre a medicina; disputam o sentido dos processos de decisão da escola médica que influenciam na adoção de conceitos gerais que estruturam os micropoderes institucionais – saúde, doença, papel do médico, do paciente, do professor e do aluno – e a distribuição de recursos entre os agentes do ensino. Nesse sentido é possível mapear alguns pontos do campo que se organizam em torno desses interesses: o espaço institucional, o espaço da produção de conhecimentos educacionais, o espaço das associações e dos movimentos, espaço das macropolíticas de saúde e de educação. A partir dessas idéias, elaboramos um diagrama (Figura 5) que demonstra os espaços que compõem o campo da educação médica.

O espaço institucional é a própria escola médica e contém: o processo de formação organizado em uma estrutura curricular específica para o curso de medicina; os espaços da gestão que compõe a organização administrativa da escola, com seus fóruns de

³ Entendemos como campo de produção social o campo que se estrutura na interface das relações sociais construídas historicamente.

decisão e com sua hierarquia e os campos de práticas pedagógicas – salas de aula, laboratórios e serviços de saúde nas suas várias complexidades.

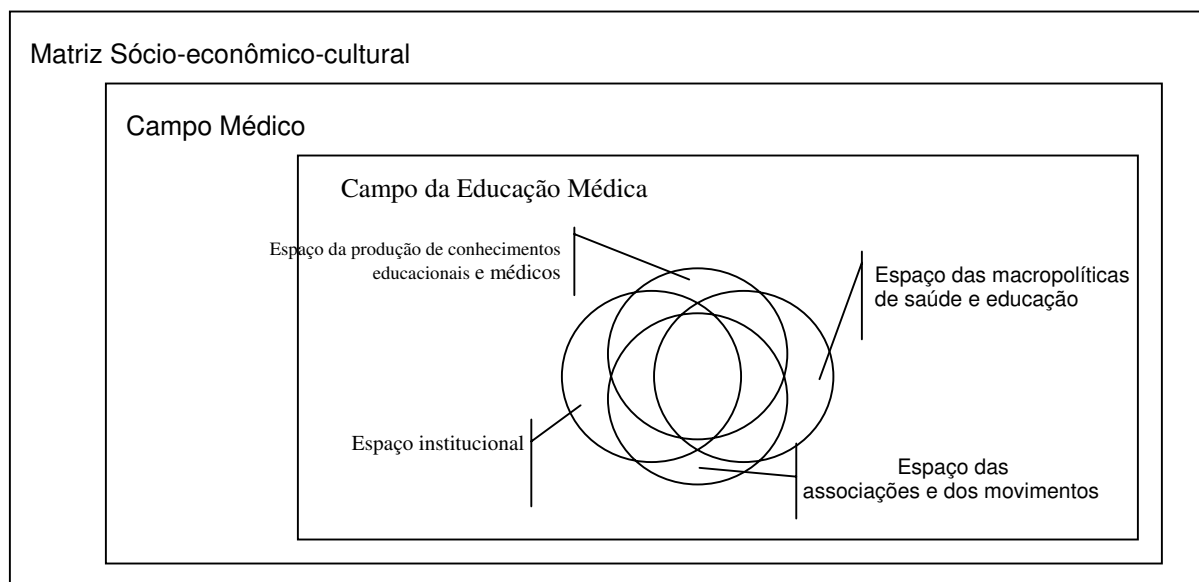


Figura 5 – Espaços que Compõem o Campo da Educação Médica

A escola médica é uma organização institucional que agrega vários grupos de pessoas detentoras de interesses e objetivos em comum, confluentes ou divergentes, em relação à formação de médicos. O que está em jogo dentro da escola médica é o monopólio da autoridade, que é definida pela capacidade técnica de “saber produzir os médicos” e pelo poder social de tornar os interesses de grupos – internos ou externos à escola médica – na produção de determinados perfis de médicos, como os legítimos a atenderem as necessidades da sociedade, e, por isso os autorizados a serem assumidos pela escola médica, com o respaldo da sociedade. Ou seja, o que está em disputa na escola médica é a competência social de falar e agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade de *expert*. Nesse sentido a escola médica é o espaço que congrega o centro dos conflitos do campo da educação médica, por ser a instância onde ocorrem as relações objetivas entre os vários agentes deste campo. É no cotidiano da escola médica, nas relações reais entre os vários agentes a animam onde ocorre a objetivação do processo de produção de médicos. Os agentes que nele se encontram enfrentam-se, com meios e fins

diferenciados conforme sua posição – estudante, diretor da escola, professor das ciências básicas ou das áreas clínicas ou cirúrgicas, médico do hospital ou do centro de saúde – na estrutura desse campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura.

A necessidade de formar médicos impõe-se à escola médica como constitutiva do seu campo de atuação social, e define por sua natureza social uma interface quase sobreposta desta com o campo da saúde. Em decorrência da parcial sobreposição de interesses, o campo da educação médica emerge a partir da confluência de três superfícies, a saúde pública, o mercado de serviços de cura e a educação. Da saúde pública obtém os objetos fim da atividade desenvolvida, isto é, formação de profissionais legítimos para cuidar da saúde da população.

O espaço da produção de conhecimentos educacionais apresenta duas características constitutivas: a de ser um campo de estudo interessado em atender as necessidades de formulação de políticas institucionais para formação de médicos, e, como desdobramento do primeiro, a de eleger o tema da reforma curricular como seu objeto de estudo. Nessa perspectiva, é um campo de estudo e pesquisa que assume a tarefa de compreender “cientificamente” as questões pertinentes à formação dos médicos, e também um campo de políticas na medida que propõe diretrizes para a intervenção sobre a instituição escola médica diretamente e sobre a saúde indiretamente. A necessidade de produzir “coisas” em torno do tema formação de médicos impõe-se a todos os agentes que nela se encontram envolvidos.

Nesse espaço, distinguimos dois grupos de teorias científicas que orientam a produção de conhecimento: a fenomenologia e as teorias representacionais (Quadro 1) (ANDRADE, 1978).

Quadro 1 – Teorias Científicas Utilizadas na Educação Médica

Fenomenológicas	Representacionais
Tendem a evitar a especulação em torno do que sucede nos mais íntimos recôncavos da realidade e dirigem sua atenção para o ajuste de dados com a ajuda de variáveis observáveis exclusivamente de modo direto	Apontam na direção de um crescente detalhamento e profundidade e caracterizam-se por ter conceitos não observáveis (não perceptíveis diretamente pelos sentidos) e hipóteses que pretendem penetrar nos detalhes da estrutura e dos mecanismos internos do sistema ao qual se refere.
Exemplos: teoria da informação, a teoria da aprendizagem, a psicologia comportamentalista, teoria das relações.	Exemplos: teoria dos sistemas, enfoque estruturalista

Até o fim da década de 1970, destacaram-se cinco correntes teóricas de investigação e de desenvolvimento da educação médica: a teoria da socialização, a das relações humanas, comportamentalista, a teoria geral dos sistemas e o enfoque estruturalistaⁱⁱ (GARCIA, 1972; ANDRADE, 1978).

O espaço das associações e dos movimentos agrega uma dimensão da ação política, onde os atores se organizam em associações e entidades de professores, de estudantes, de escolas médicas, etc. As relações de poder são diferentes daquelas da escola médica, porém sofrem sua influência por meio do trabalho político dos atores que agem para perpetuar neste espaço as mesmas relações de poder que ocorrem dentro da escola médica. Contudo, este é um espaço onde essas são frequentemente questionadas e são permeáveis também a outras formas de estruturação das relações entre os atores. Este espaço tem uma institucionalização que está inscrita nas organizações colegiadas que agrupam as várias entidades ou associações ou órgãos estatais. Como exemplos, podemos citar a própria CINAEM, Comissão Nacional de Residência Médica, Comissões Estaduais de Residência Médica, entre outras. Caracteriza-se por ser um espaço de bastante conflito, onde os atores disputam o sentido da política que distribui o poder dentro da escola médica.

Questiona-se na escola médica o papel de cada ator, a qualidade do ensino, as relações professor-aluno-paciente, a disparidade nas decisões administrativas e pedagógicas, etc. Este é um dos poucos lugares onde os atores em condições inferiores no campo da educação médica, como por exemplo os estudantes, têm êxito ao adotar estratégias de subversão da ordem para disputar o sentido das micro e macropolíticas educacionais.

O espaço das macropolíticas de saúde e de educação é caracterizado por ser praticamente todo institucional, onde se congregam, principalmente, as políticas de Estado. Está submetido aos projetos de governo nas esferas federal, estadual e municipal. Os vários atores que estão no campo da educação médica disputam o sentido destas políticas, através da participação de comissões estatais, como por exemplo a Comissão de Especialistas do MEC, da pressão sobre a opinião pública através de movimentação nos espaços públicos, da atuação enquanto *experts*, através de *lobbies* no campo da política, através da divulgação na mídia dos valores de seus produtos, etc. Neste espaço, boa parte das decisões implica na alocação ou não de recursos no campo da educação médica.

É dentro dessa complexa rede de relações sociais que emerge nosso objeto de estudo. Para identificarmos seus pontos de aparecimento, optamos por realizar uma breve revisão histórica do campo médico, priorizando dois enfoques que consideramos relevantes para seu aparecimento: a Saúde no Brasil e a constituição de um campo especializado, a educação médica.

3.2.2- Saúde no Brasil: aspectos históricos e institucionais

A história da saúde no Brasil será discutida, dentro da noção de espaço social multidimensional, a partir da sua relação com o Estado e suas políticas econômicas e sociais, estas entendidas como produção de políticas para a saúde e para a educação.

Nos século XVI, no mundo ocidental como um todo, o capitalismo tornou-se predominante com o fim do feudalismo e a formação dos Estados Nacionais. O Estado Nacional tornou-se o centro da organização da sociedade. Tinha como característica o poder empossado nas monarquias absolutistas. Numa primeira fase, denominada

capitalismo mercantil, a política central consistiu em aumentar a riqueza e o poder do Estado, entendendo como necessário para isso o aumento quantitativo da população. Nesse sentido, a população era vista como um recurso para o Estado, tanto na conformação dos exércitos nacionais que garantiam a soberania do estado, como compondo um fator de produção de mercadoria. Isso levou o estado a ter a preocupação de reconhecer a sua população – quantos são, como são, onde estão, etc.

Para conhecer a dimensão e o “valor” de sua população, aplicaram-se métodos estatísticos ao campo da saúde e também foram realizados os primeiros recenseamentos populacionais, taxas de mortalidade e natalidade (LIMA, 1983). A medicina passou a ocupar um lugar marcadamente definido como prática social no capitalismo, em oposição ao seu caráter estritamente individual e privado na sociedade feudal.

No século XVII, a medicina tomou como objeto o conjunto da população, oferecendo-se ao Estado como instrumento de intervenção sobre a vida social, passando a ter como objeto o conjunto dos indivíduos que constituem o Estado. Converteu-se em poderoso instrumento de regulação social, de controle médico-político da população, indicando mais expressamente o caráter de classe do estado capitalista, de controle de classes dominadas. Seu processo de disciplinarização da vida social representou uma nova técnica de gestão do homem, o que possibilitou analisar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e delas extrair o melhor rendimento, graças a um sistema de poder que permitiu controlá-las. As disciplinas tornaram-se, no XVIII, as fórmulas gerais de conhecimento e poder. O corpo, no modo de produção, capitalista foi analisado, contabilizado e valorizado como instrumento de produção e elemento componente do poder-força do Estado, tornou-se uma realidade bio-política. Por consequência, a medicina tornou-se uma estratégia bio-política, cujo desenvolvimento estava amparado nas malhas institucionais do estado, instrumentalizando-o para que fosse capaz de praticar uma política nacional e permanente. Nesse sentido, a medicina que se desenvolveu no capitalismo foi uma medicina social do indivíduo e da população, e seus objetos passaram a ser o doente singular e coletivo. Isso ocorreu a partir de um cruzamento de técnicas disciplinares e do saber clínico dentro do hospital. (FOUCAULT, 2001)

No Brasil, o momento de conformação de um campo estatal foi marcado pela influência do Estado Português, tendo como marco o deslocamento da Família Real e a Corte Portuguesa para a Colônia, transferindo o centro administrativo do Império Brasil. O Estado português, um império marítimo e mercantilista desde o século XVI, caracterizava-se tradicionalmente por uma administração centralizada, burocrática e patrimonialista⁴, chegava ao início do século XIX como uma instituição monárquica absolutista e com uma formação social típica do capitalismo mercantil (LIMA, 1983). No plano internacional, caracterizava-se como uma economia dependente principalmente da Inglaterra, país de nascente capitalismo industrial, que a partir de 1808, utilizou-se do Império Luso Brasileiro como alternativa comercial ao embargo napoleônico. No plano interno, a formação social portuguesa estava assentada economicamente na exploração das colônias ultramarinas, no comércio de mercadorias e escravos e na produção interna basicamente rural. Sua estrutura social era rígida, constituída de Corte, pela aristocracia, pelo clero e pelas ordens religiosas, sendo que estas últimas que mantinham papel social de destaque nos campos educacional e da saúde.

Desta forma, o estado brasileiro caracterizou-se desde sua criação como um estado de capitalismo dependente, assim como o estado português. A economia era agro-exportadora, baseada na monocultura que fosse de interesse econômico para o mercado externo. Em fins do século XIX e início do XX, os agroprodutores – oligarquias regionais que detinham o monopólio do cultivo dos produtos agrários para exportação – acumularam capital econômico, aumentando seu poder político e sua influência no Estado no pós-independência. Desenvolveram-se políticas estatais que atendiam aos interesses do modelo de desenvolvimento denominado “para fora”, caracterizado pelo alto peso relativo do setor externo nas economias primário-exportadoras. Nesse modelo, as exportações de produtos primários constituíam a principal fonte de receita do país e as importações atendiam parte considerável da demanda interna. O setor exportador representava o pólo dinâmico da economia e estava assentado na exportação de uns poucos produtos primários. A estrutura social correspondente é caracterizada pela alta concentração de recursos naturais e do

⁴ O Estado patrimonialista é caracterizado pela apropriação dos recursos estatais por interesses privados.

capital nas mãos de poucos, e por um pequeno mercado consumidor interno abastecido pelas importações (LIMA, 1983; FELICIELLO, 2001).

O campo da saúde é marcado no Brasil pela grande influência do campo estatal. Desde a sua organização no Brasil Império foi, caracterizado como fruto de políticas estatais de característica utilitarista⁵ (FELICIELLO, 2001). Evidenciava-se desde o início uma hierarquia de poder, onde o estado brasileiro era internacionalmente submetido ao campo econômico mundial dos países capitalistas mais desenvolvidos que detinham o monopólio na educação e na saúde no plano interno. Nessa perspectiva, no início século do XIX, o campo da saúde enquanto espaço de produção social das políticas estatais tinha como interesse inicial prover, por um lado, o Estado de profissionais voltados para a defesa e as tarefas da burocracia estatal, e por outro, para prestar serviços de cura às classes dominantes locais – os membros pertencentes à elite aristocrática e à Corte, o Imperador e a Família Real. Não tinha como preocupação a intervenção de forma mais sistemática no mercado de serviços de cura em geral (FELICIELLO, 2001).

Este mercado livre de serviços de cura, antes da vinda da Família Real, nos três primeiros séculos, era heterogêneo e praticamente não era dependente de serviços médicos. Na verdade, os físicos distribuíram-se somente pelas principais cidades e vilas, e mesmo assim eram escassos e seus serviços eram acessíveis a poucos. Este espaço era dominado predominantemente por cirurgiões-barbeiros, que nos séculos XVI e XVII eram na sua maioria aventureiros de descendência ibérica, e também brasileiros que apreenderam o ofício com os migrantes; eram geralmente incultos, de inferior posição social, moravam nas povoações, vilas e cidades do vasto território e tinham como característica a migração de tempos em tempos em busca de novos fregueses. Diante da escassez de profissionais, os brasileiros recorriam a serviços de toda ordem, como a medicina mágica, curandeiros, as práticas populares com o uso de plantas medicinais, os práticos, boticários, parteiros, sangradores, jesuítas e dentistas. No século XVIII, tanto portugueses quanto brasileiros, formados em outros centros europeus como Edimburgo e Montpellier, de origem social em

⁵ FELICIELLO (2001) denomina característica utilitarista, as políticas estatais que tinham como preocupação principal era a provisão de profissionais voltados para a defesa, as tarefas do Estado a prestação de serviços às classes dominantes locais, sem maiores preocupações com o desenvolvimento da ciência e da cultura, que na realidade não se constituíam em elementos de um projeto maior de governo. Além disso, as idéias iluministas eram temidas principalmente pelas consequências que haviam produzido na França.

camada social mais abastada passam a disputar espaço neste mercado, abocanhando a fatia de consumidores de maior poder aquisitivo, e passam a gozar de boa situação econômica, igualando-se à alta burguesia citadina e figurando entre os letrados. (SANTOS FILHO; FELICIELLO, 2001).

No início do século XIX, a medicina praticada era baseada nas concepções vitalistas, físico-químicas, animistas das Academias e conviviam lado a lado com a magia e práticas no mercado livre de serviços de cura, onde o que prevalecia era a liberdade de curar. Práticas de físicos e cirurgiões não eram hegemônicas. A partir do processo de instituição das novas concepções da medicina, em meados do século XIX, pelos médicos associados das Casas de Saúde, é que os médicos iniciam um processo de legitimação social, primeiro pela oferta de modernidades européias que eram associadas a prestígio social e distinção, e posteriormente pelo aumento progressivo da eficácia da medicina microbiológica e científica (FELICIELLO, 2001).

No século XIX, ainda não se estabelece a cultura da competência técnica e profissional da ciência como importante elemento de desenvolvimento econômico e social – isto porque as mudanças introduzidas pela manufatura e pela industrialização não integravam os interesses das elites agrárias e regionais do Brasil, o que só ocorrerá no século seguinte. As idéias de progresso associadas ao desenvolvimento da ciência foram disseminadas pela Academia Brasileira de Ciências fundada em 1916 (ALVES, 2001).

A partir de meados do século XIX, com o incremento da concentração de pessoas nas cidades – processo de urbanização – e a emergência das epidemias de febre amarela, cólera e varíola que assolaram o país, com grandes prejuízos à economia agro-exportadora, o estado passou a intervir na Saúde Pública, aqui principalmente com a idéia de saneamento das cidades e portos brasileiros. Em 1846, é instituída a obrigatoriedade da vacina contra varíola e é criada uma polícia médica. No início da década de 1850, cria-se a Junta Central de Higiene, Provedorias Estatais de Higiene Pública, Enfermarias para o Controle de Epidemias. A Saúde passa então a ser dividida em dois pólos: o estatal e o privado (LIMA, 1983).

O Estado controlava o ensino médico e as práticas sanitárias por meio dos serviços de saúde pública. Nas concepções da saúde coletiva, de influência francesa, não havia necessidade de médicos, mas de engenheiros que tinham a competência de fazer o projetos de saneamento das cidades.

Na prática privada, em 1840, são criadas as Casas de Saúde, que eram caracterizadas por associação de médicos, clínicos e cirurgiões, com formação ou passagem no exterior e que faziam internações em locais adaptados (chácaras e palacetes), e consultas, o que representava uma mudança na prática médica: antes predominantemente domiciliar, passa a ser mais institucional, nas Casas de Saúde. Eram introduzidos novos recursos diagnósticos (percussão, ausculta, estetoscópio) e novas práticas cirúrgicas, com o advento da anestesia. Ocorria também o início da especialização da medicina (pediatria, obstetrícia, oftalmologia, moléstias contagiosas, doenças de vias urinárias, doenças de pele e sífilíticas, entre outras) estratégia encontrada pelos médicos para ganharem maior eficácia nas suas práticas de cura e conseqüente maior legitimidade social. As Casas de Saúde passam a ofertar novos serviços à população, com respectiva ampliação do mercado privado liberal. Com a expansão desse mercado, ocorre o início da autonomização da categoria médica em relação ao Estado. (SANTOS FILHO, 1980).

Esse movimento desperta o interesse da categoria médica por aumentos de posto de trabalho e de incremento de remuneração, em especial da clientela abastada interessada em consumir as novidades européias e serviços de cura mais eficazes e dos empresários que viam nos empreendimentos das Casas de Saúde um negócio rentável. Estas inovações introduzidas pela prática liberal vêm ao encontro dos anseios das elites agrocafeeiras regionais, uma burguesia emergente, ansiosa para consumir as novidades européias, símbolo de distinção social, como forma de legitimar-se enquanto elite nacional. O mercado privado de serviços médicos hospitalares experimenta uma grande expansão na segunda metade do século XIX, e a categoria médica constrói paulatinamente uma maior organização e uma maior legitimidade social, pela implantação dos novos cânones da medicina nos serviços criados, as Casas de Saúde (FELICIELLO, 2001).

Como resultado do processo social, até meados do século XIX podemos apontar a institucionalização do ensino médico, a ordenação do mercado de serviços de cura e a instituição da reserva de mercado para os médicos. Por intermédio da reserva de mercado, os médicos tiveram um ganho de capital econômico. Esse capital, contudo, já era anterior e foi multiplicado, com os médicos passando a ganhar mais prestígio social, através da ostentação de uma cultura dominante, de classe. O domínio do mercado de serviços ocorre como consequência de ganhos políticos, pois a elite médica era membro da alta sociedade brasileira e ocupava cargos de poder. É pela articulação entre os interesses médicos por monopólio com os interesses do Estado por controle dos problemas de saúde relacionados à economia, com os interesses das oligarquias em consumir a medicina européia, que o discurso da profissionalização produz a crença de que somente a medicina moderna poderia oferecer os melhores serviços em termos de cura. Mesmo antes da medicina ter consolidado seu capital específico dentro do campo da saúde, o que só irá acontecer no século XX, com o advento da medicina científica, os médicos monopolizam o campo da saúde através de investimento simbólico. A expansão das Casas de Saúde e da medicina privada portadora do capital cultural da inovação científica atrelada à especialização traz para os médicos a oportunidade de obterem maior legitimação social e mais poder político, econômico e cultural.

No século XIX, é criada a Policlínica Geral do Rio de Janeiro pelo grupo de médicos organizados em torno da Revista União Médica. É considerado como o mais importante núcleo de ensino e pesquisa da época. Sua criação foi respaldada pela publicação da Lei do Ensino Livre (1879), que abriu espaço para a iniciativa privada organizar espaços de ensino. Graças ainda ao envolvimento e inserção ativa de alguns poucos grupos de médicos brasileiros em programas de pesquisas voltados para o conhecimento da patologia tropical, de profilaxia e terapêutica das graves doenças epidêmicas, que começaram a varrer as cidades litorâneas brasileira a partir da segunda metade do século XIX, é que a pesquisa experimental começou a desenvolver-se no Brasil (EDLER e FONSECA, 2002).

Os médicos, com a expansão do mercado privado liberal, passam definitivamente a ter uma organização autônoma em relação ao estado, tanto do ponto de vista dos espaços de trabalho e da sobrevivência da categoria profissional, quanto do ponto de vista político e econômico, pois cresce em prestígio social perante a burguesia emergente que consome avidamente seus serviços, fazendo que cresça além de seu capital econômico, seu capital cultural enquanto autoridade no campo da saúde, visto que a prática médica especializada já dava sinal de avanços de sua eficácia terapêutica. No campo político os médicos, juntamente com os militares, o clero e os clubes políticos compõem o coro de críticas ao governo imperial (PEREIRA NETO, 2001).

Em meados do século XIX, a monarquia entra em decadência. A crise é agravada pelas várias revoltas internas ocorridas no período e pela guerra contra o Paraguai, que se arrastou até 1870. Nesse período ocorre o deslocamento do centro econômico para São Paulo, com ascensão política dos Barões do Café. Intensifica-se o processo de urbanização com a migração de famílias inteiras para as cidades, principalmente provenientes destas novas elites emergentes, constituindo-se uma nova burguesia que viria competir socialmente com os grupos das altas rodas palacianas. Há, por conseqüência, um crescimento do mercado consumidor interno das necessidades básicas do tipo roupas, calçados, alimentos e bebidas, e um primeiro impulso com o incipiente crescimento da indústria nacional têxtil e alimentícia (LUZ, 1979; LIMA, 1983; FELICIELLO, 2001). Ao mesmo tempo em que vão se construindo os novos cenários do progresso, elegantes cafés e confeitarias luxuosas, casas comerciais, atraentes vitrines, prósperas indústrias e suntuosos palácios, multiplicam-se os cortiços, os casebres, as estalagens nos bairros populares, povoados por contingentes de trabalhadores oriundos do campo (ex-escravos ou trabalhadores rurais) ou imigrantes. Os centros urbanos tornam-se insalubres e passam a ser objeto de preocupação do Estado. Desenvolve-se a saúde pública com a característica higienista, preocupada com o combate das epidemias (ROCHA, 2003).

Nesse contexto, ganham força os interesses liberais, defendidos pelos grupos opostos ao governo imperial, os republicanos, e em 1873 é fundado o Partido Liberal. Em 1888 ocorre a Abolição da Escravatura, por pressão do mercado internacional e a ruptura do último pacto do governo com as elites cafeicultoras. Adota-se, a partir daí, uma

política de incentivo à imigração de milhares de trabalhadores livres europeus para as lavouras cafeeiras, principalmente do interior paulista, e a instituição do trabalho assalariado. No plano político, os Barões do Café, descontentes com as políticas abolicionistas do governo imperial e ávidos para ter mais poder dentro do estado e maior controle da política econômica, passam a encontrar nos cânones liberais do Partido Republicano o espaço para suas vozes descontentes, passando a apoiar os republicanos. Em 1889 é proclamada a república (RIBEIRO, 1985).

No fim do século XIX e início do XX, ocorreu o alastramento das epidemias de cólera, varíola, malária e febre amarela em o todo continente americano, ameaçando a expansão do sistema capitalista mundial, o que fez com que

as economias líderes pressionassem (os países latino-americanos) diretamente, através de seus governos, ou indiretamente, através de agências internacionais, que passaram a desfrutar de crescente influência, no sentido da adoção de medidas administrativo-sanitárias de controle (LIMA, 1983, p. 81).

Os Estados Unidos, por meio desta estratégia de exportação da tecnologia da Medicina Administrativa, expande sua influência no continente americano. LIMA (1983, p. 82) defende a tese de que

Esse processo é acelerado nos primeiros anos (do século XX) com o assessoramento de instituições e técnicas americanas aos programas de saúde pública de diversos países e no incremento do intercâmbio científico entre centros de pesquisa e fundações privadas americanas e instituições de saúde pública da América Latina, como por exemplo, o instituto Manguinhos no Rio de Janeiro.

No fim do XIX, são fundados sob esta mesma égide em 1892, o Instituto Bacteriológico em SP, em 1899, o Instituto Butantã e o Instituto Soroterápico Federal. Em 1920, é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1923, por convite do governo brasileiro, a fundação Rockefeller passou a atuar nos programas de erradicação da febre amarela. Em 1929, é assinado um contrato entre o Brasil e esta fundação, que a responsabiliza pela campanha de erradicação da febre

amarela em todo o território nacional. “A influência americana se faz hegemônica e seus métodos, objetivos e prioridades passam a ditar as políticas sanitárias, a organização dos departamentos de saúde pública e os programas dos institutos de pesquisa” (LIMA, 1983, p. 82).

Com a ascensão do modelo americano na saúde pública, passa a existir um descompasso entre este e a escola médica, visto que a escola médica operava um modelo médico-liberal de influência francesa. A escola médica estava ausente do cenário político neste período, e suas propostas educativas, bem como o tipo de profissional que formava, não eram tematizados para além do espaço da própria escola médica. Os debates políticos mais acirrados tinham como tema a Medicina Administrativa, o que era justificado pelo

fato de suas atividades terem um alto significado para o desenvolvimento econômico, visto que se dedica[va]m ao estudo dos surtos epidêmicos e propunha[m] medidas administrativo-sanitárias que busca[sse]m garantir as condições gerais de reprodução (do capital no estado brasileiro) (LIMA, 1983, p. 82).

Nesse período, na saúde era desenvolvido um modelo de polícia médica, em que a vacinação era obrigatória. Os cortiços eram considerados os pontos de disseminação das doenças e um empecilho para a salubridade dos centros urbanos, propondo-se a higienização das moradias e a expulsão dos pobres das regiões urbanas centrais (NUNES 1989; ROCHA, 2001). Registram-se intensos protestos a estas medidas, por parte de setores organizados da sociedade, como o Grupo de Cadetes positivistas e a Revolta da Vacina, em 1904, no Rio de Janeiro. Criticava-se a invasão das propriedades e da privacidade das pessoas e a derrubada maciça de bairros pobres. Estas foram reprimidas como questão policial (RIBEIRO, 1985).

Na Primeira República (1889-1930) no modelo econômico agro-exportador de café, desenvolvia-se o processo de trabalho por meio de mão-de-obra assalariada. Na segunda década do século XX, passa a ocorrer uma participação maciça de imigrantes europeus na economia brasileira, primeiro vindo para trabalhar nas plantações de café e posteriormente para a nascente indústria nacional. Junto com eles, vieram as idéias anarquistas, a organização operária e a reivindicação de direitos sociais traduzidos através

das greves de 1917 e 1919⁶. O movimento operário denunciava as péssimas condições em que viviam os trabalhadores, que tinham seus corpos açoitados pelo extenuante e brutal trabalho industrial e pela habitação amontoadas em cortiços sem ar e sem luz, úmidos, sujos, reivindicando melhores condições de vida e de trabalho, a salubridade dos bairros operários e das fábricas (ROCHA, 2003). Em 1919, ocorre grande mobilização dos operários, reunindo cinquenta mil trabalhadores em um comício monstro no Rio de Janeiro, contra a carestia, e outros cinquenta mil se levantam em greve em São Paulo, para comemorar o 1º de maio. Há uma reação contra o governo, que promove a deportação de cem militantes libertários, cassação do mandato de políticos que apoiavam o movimento, fechamento de jornais operários (RIBEIRO, 1985).

Nesse período, a assistência médica individual mantinha sua tendência a manter o modelo médico liberal e progressivamente fragmentado em especialidades. Era segmentado em uma clientela que tinha acesso à prática médica liberal, prestada em consultórios privados e nas Casas de Saúde e uma maioria que recorria aos serviços de filantropia tipo Santas Casas ou outros serviços prestados por barbeiros, boticários, curandeiros, homeopatas e espíritas. Dentro da saúde, nos centros urbanos, sob influência das idéias européias de direito dos trabalhadores do movimento operário são criadas as Caixas de Auxílio Mútuo ou Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), organizadas pelas empresas e administradas com a participação dos trabalhadores e que ofereciam também assistência médica também.

Em 1923, com a Lei Eloi Chaves, as CAPs foram regulamentadas, registrando-se a primeira atuação do Estado na assistência médica individual da população. Entretanto, o alcance social destas CAPs era limitado a algumas empresas ligadas aos setores onde os

⁶ Em 1917, ocorre a Revolução Soviética. Sobre esses acontecimentos e suas relações com a política no Brasil, Darci Ribeiro (1985, p. 323) escreve “As esquerdas e os meios operários brasileiros se ativam com a notícia (...) “adivinham que se abre uma nova era no Brasil e no mundo, e mais ainda, se preocupam as direitas. Assim como, no passado, as lideranças nativas viveram sob o pavor de um levante escravo, a partir de 1917 as forças armadas e as classes dominantes passaram a viver no e do temor do comunismo internacional. Em nome desse fantasma é que se rege a ordem pública e se tumultua a vida política, em golpe e contragolpes, justificadas como anti-revoluções preventivas. As duas ameaças de insurreição, embora verossímeis, eram muito remotas, mas o apelo a elas era e é sempre oportuno, como forma de manter uma ordem desigualitária. Formos o último país a proscrever o escravismo. Corremos o risco de sermos o último a alcançar o socialismo”. Em 1918 uma greve geral mantém São Paulo paralisado por um mês e submetido aos comitês de greve, em luta campal com a polícia.

trabalhadores eram mais organizados – comércio exportador, ferroviários, marítimos e bancários. Em 1923, é criado o Conselho Nacional de Trabalho, para fiscalizar as Caixas e atuar como órgão técnico-administrativo do governo em matérias trabalhistas. É promulgada também lei que proíbe o trabalho noturno de menores. Nos anos seguintes, reduz-se a jornada de trabalho das crianças nas fábricas a sete horas e eleva-se para 12 anos a idade mínima para o trabalho, em 1927 (RIBEIRO, 198). Os novos segmentos sociais, novos empregados do comércio em ascensão, os trabalhadores dos serviços públicos nascentes, os imigrantes europeus, ex-escravos, operários da incipiente indústria nacional passam a compor uma massa com necessidades crescentes de assistência médica, de serviços de infra-estrutura, serviços de saúde e educação. No campo da saúde, é crescente a demanda por assistência médica, que enfrenta uma prática médica de acesso restrito (ACIOLE, 2003).

O período entre as décadas de 30 e 50 foram marcadas por transformações políticas, sociais e econômicas que romperam com o modelo tradicional de desenvolvimento “para fora”, para uma nova ordem social de desenvolvimento “para dentro”. Esse processo

foi provocado pela grande depressão econômica nos anos 30, quando ocorre uma grande queda no volume e no valor das exportações, o que representou uma queda de 50% da capacidade do Brasil e da maior parte dos países latino-americanos de importar produtos industrializados (LIMA, 1983, p. 85).

A economia interna entra em franca crise, pois a quebra dos fazendeiros cafeicultores que impulsionavam diretamente e indiretamente a economia interna leva à escassez de dinheiro e de consumo no mercado interno, a quebra de bancos, à falta de insumos em geral.

No Estado Novo (Segunda República 1930-1945), como resposta à crise em que se encontrava o Brasil, e o mundo em geral, buscava-se centralizar o poder federal e fortalecer a idéia de nação, nos moldes fascistas predominantes no período: inicia-se a fase nacionalista. Utilizam-se as estratégias políticas de repressão e também populismos para cooptação do movimento operário. No plano político, o Estado rompe com as velhas

oligarquias do café e fortalece-se um patriciado burocrático onde militares, técnicos diplomados, jovens políticos e industriais assumem o controle do Estado e passam a desenvolver uma política nacionalista e uma ação paternalista, tanto sobre o patronato rural como sobre os trabalhadores urbanos. No plano econômico, o modelo getulista conduziria ao limite um capitalismo de estado, de postura nacionalista frente às empresas estrangeiras e paternalista em face do patronato rural e proletariado urbano (RIBEIRO, 1985).

O fim da hegemonia política da classe ligada à exportação do café chegara, iniciando-se uma nova etapa baseada na industrialização. São dados as condições para o desenvolvimento da industrialização nacional pela diversificação da estrutura produtiva e ampliação da faixa ocupada pelos setores médios, com um aumento da força de trabalho urbana e industrial. Nesse contexto, a prática médica assistencial foi chamada para garantir a manutenção da força de trabalho por meio da organização de uma medicina previdenciária, passando a assumir uma posição de destaque no processo produtivo econômico, sobrepondo-se às práticas sanitárias. Fazia-se necessária uma transformação da prática médica – sair do modelo de medicina como prática restrita à elite para uma medicina da força de trabalho (LIMA, 1983).

Na saúde pública, ocorre a uniformização dos departamentos estaduais de saúde, com o avanço para o interior, multiplicação dos serviços de saúde, priorização da educação sanitária, adotando-se o modelo americano do higienismo, em substituição ao modelo repressor anterior de polícia médica.

As antigas CAP's das empresas são transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que mantinham as mesmas atribuições, mas passavam a ser organizados não mais por empresas, mas por categorias, com administração tripartite, isto é, com a presença do poder público na gestão e no financiamento, os segmentos dos trabalhadores e empresários passando a compor um conselho consultivo, e diminui seu peso na gestão, que se torna tecnocrática. Com a unificação, o bolo de recursos cresce, sem contudo reverter-se em acréscimo do benefício, pelo contrário, entre os anos 30 e 40, a previdência operava com gestão restritiva, e com superávit de caixa; seus recursos foram aplicados na constituição de empresas estatais ou mistas, como a Companhia Siderúrgica Nacional, a Campanha Nacional de álcalis, a companhia Hidroelétrica do Vale do São

Francisco, o Departamento Nacional de Estradas⁷ (OLIVEIRA, 1981). Desde o início dos IAPs, verificava-se “posturas a favor da contenção de gastos” (MERHY, 1989, p. 84).

Na assistência médica, os IAPs expandem a cobertura aos trabalhadores urbanos e optam pela compra de serviços de terceiros, ao invés de investir em serviços próprios. Com o aumento da cobertura e os custos crescentes da assistência médica, a previdência inicia uma contenção de despesas. Isso ocorre ao mesmo tempo em que o Estado paulatinamente vai diminuindo sua cota de participação, chegando ao fim dos anos 50, ficando apenas responsável pela manutenção da máquina, equivalente a mais menos 15% do financiamento total (MERHY, 1989). Inicia-se a primeira crise do sistema previdenciário, e são tomadas medidas de contenção de gastos, restrição do acesso aos serviços médicos, limites sobre a concessão de aposentadorias e pensões pagas pelo IAPs.

No pós-45, a política estatal passou a ser influenciada

pelo princípio ‘sócio-democrata’ do Estado do Bem Estar, no qual ‘é um direito social’ do trabalhador o acesso aos benefícios e serviços previdenciários [em consequência] pelos anos 50 e começo de 60, assistiu-se, uma ampliação dos tipos de benefícios e serviços, ao mesmo tempo que aumentou a massa de usuários (MERHY, 1989).

O objetivo do Estado era homogeneizar o acesso a serviços entre as várias categorias de usuários do sistema previdenciário. A partir de 1940, que a ampliação da oferta de assistência médica foi retomada, momento que os Institutos passaram a investir em serviços próprios, com a compra e construção de hospitais e ambulatórios; em 1964, chega a compor uma rede de serviços composta de 22 hospitais em atividade, 505 ambulatórios e 28 consultórios médicos, estrutura capaz de atender 22% da população brasileira (DONNANGELO, 1975).

⁷ Esta política de uso dos recursos da previdência em investimento a fundos perdidos é operada até os dias de hoje. Nos anos 50, foram aplicados na construção de Brasília; nos anos 70, na construção da Ponte Rio-Niterói, da Transamazônica, da hidroelétrica de Itaipu, etc. Os superávits não foram aplicados em fundo de capitalização necessários para garantir o futuro, para cobrir as despesas.

Em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que consistia em uma rede de unidades sanitárias, que, além do combate a epidemias, também se preocupava com a saúde materno-infantil. Essa iniciativa foi resultante de um acordo com os EUA, visando principalmente a atenção aos trabalhadores da Amazônia empregados na produção de borracha necessária aos aliados na Segunda Guerra (GARCIA e CARPINTERO, mimeo; NUNES, 1989b). Nos anos 50, sob a noção de higiene, a saúde pública multiplica seus serviços nas cidades do Brasil; os chamados Serviços Especiais de Saúde Pública consolidam-se como uma estrutura independente do Ministério da Saúde, conforme preconizam os moldes americanos desde o início do século.

A influência dos EUA, vencedor da Segunda Grande Guerra, e já com grande influência na Saúde Pública em nosso país, passa a exportar também a idéia de assistência médica organizada em grandes hospitais (modelo hospitalocêntrico), com grande agregação de tecnologia armada, o que atende ao interesse de um crescente setor produtivo, como a indústria farmacêutica e a de materiais médico-hospitalares. A importação de equipamento no período chegou a crescer 600% (DONNANGELO, 1975).

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde, desmembrado da educação, e é proposto o Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), que “na área da saúde visava a expansão e a manutenção dos hospitais e postos de saúde a cargo do governo federal, governos locais e órgãos privados (NUNES, 1989, p. 119).

Nos anos 50, as discussões sobre as relações entre desenvolvimento econômico e problemas sociais intensificam-se, e no bojo desse debate era trazida a explicação dessas relações através do

círculo vicioso, da pobreza e doença, estabelecendo que havia uma relação causal no sentido da doença gerando pobreza e que, para alcançar o mesmo nível de saúde dos países desenvolvidos, bastaria gastar os mesmos recursos e montar a mesma estrutura de saúde desses países (NUNES, 1989, p. 119).

Havia dois grupos de sanitaristas, os que defendiam que as condições de saúde melhorariam com o uso da tecnologia e métodos adaptados de outros países – os do governo – e outro, que defendia uma prática mais articulada à realidade brasileira. “Somente na metade dos anos 50 a ideologia desenvolvimentista iria afirmar que o desenvolvimento econômico traria consigo um melhor nível de saúde; verificou-se que ambas as correntes não conseguiram levar a uma melhora nos níveis de saúde” (NUNES, 1989, p. 119)

A partir da década de 50, o setor previdenciário passa por uma ampliação, contudo a assistência médica prestada pelos institutos ainda não proporcionava assistência médica total aos familiares. Os sindicatos lutam para que todos os IAPs prestem assistência médica aos seus associados e alguns IAP com mais recursos até construíram hospitais próprios. Instalou-se um modelo com a participação de parceiros, com a compra de serviços no mercado. O crescimento das redes de serviços médico-hospitalares foi heterogêneo, pois os institutos foram organizados a partir de setores da atividade econômica, que não tinham rendimentos homogêneos. Nos anos 50 com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), os benefícios são uniformizados.

No governo JK, pouco se investiu nos setores públicos, e o desenvolvimento econômico produzido foi às custas de endividamento estatal externo e da entrada de capital externo na economia nacional. Nesse período, acelera-se o desenvolvimento das atividades econômicas nos setores da indústria automobilística, construção naval, mecânica pesada, metalurgia, máquinas agrícolas, mineração, setor farmacêutico, têxtil e de calçados. Em sua maioria, com participação de multinacionais.

O surgimento de um mercado de trabalho médico que não seja quase estritamente liberal, no Brasil, deve-se basicamente, à criação da Medicina Previdenciária, que surgiu da absorção pelo Estado das reivindicações de diferentes categorias ocupacionais, viabilizando a manutenção do *status quo* capitalista. Paralelamente à rede da Previdência Social persistiam outras instituições responsáveis por parcela da prestação de assistência médica no país, serviços filantrópicos, sendo característica no Brasil a multiplicidade de órgãos e agentes que prestavam serviços de saúde às pessoa (OLIVEIRA, 1982).

A previdência, além de uma rede própria de hospitais, credenciava outros serviços, que iam desde serviços hospitalares, consultórios e clínicas, serviços de diagnóstico laboratoriais e de imagem. Esses serviços eram pagos por unidades de serviços realizados, isto é, por procedimentos. Um outro mecanismo criado foi a retenção na empresa de uma parte de recursos devidos à Previdência para contratação de serviços médicos para seus trabalhadores. A partir daí, organizam-se as medicinas de grupo, que ofertam um pacote de serviços ao conjunto de trabalhadores da empresa a um preço fixo *per capita* (ACIOLE, 2003).

Tomamos como exemplo o Rio de Janeiro: na condição de antiga capital do país, possui uma estrutura de serviços de saúde que reflete claramente a má distribuição e a pulverização de recursos. No município do Rio de Janeiro, em 1974 existiam 30 hospitais da Secretaria de Saúde (estadual), 12 do Ministério da Saúde, 10 da Previdência Social, 10 hospitais ligadas a universidades, 9 hospitais das Forças Armadas e 3 de instituições carcerárias. No centros urbanos mais desenvolvidos havia uma concentração de recursos municipais, federais e estaduais e também privados, enquanto que no interior predominava a rede de assistência médica da Secretaria Estadual, composta por centros de saúde, postos e subpostos, somando um total de 248 nesse mesmo período (OLIVEIRA, 1982). A saúde chega nesse período com uma organização bastante heterogênea em relação aos tipos de serviços, com a coexistência de clínicas de médicos autônomos, de hospitais estatais, filantrópicos, lucrativos, empresas de pré-pagamento e companhias de seguro-saúde. No campo privado, ocorre um desenvolvimento acelerado, principalmente a partir do momento em que a Previdência passa a credenciar hospitais e médicos, e a entregar a assistência médica dos trabalhadores às medicinas de grupo. O Estado financia o crescimento deste setor através da compra direta de seus serviços ou por incentivos fiscais, como, por exemplo, através de deduções no imposto de renda de pessoa jurídica dos gastos com assistência médica (ACIOLE, 2003).

Nos anos 60, principalmente no pós-64 (Governo Militar 1964-1980), o modelo econômico privilegia o capital externo e uma política centralizadora e de repressão violenta da sociedade civil. Ocorre arrocho salarial e intensa concentração de renda, resultado foi o empobrecimento da população. Na saúde, esta situação reflete-se na piora do perfil de

morbidade e da mortalidade e no recrudescimento de epidemias como a de meningite e poliomielite, cuja divulgação é censurada.

Em 1966, ocorre a unificação de todos os IAPs e a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), sem qualquer participação dos trabalhadores, até então participantes da gestão dos institutos. Há uma grande massa de dinheiro canalizada para o INPS e é notória a utilização dessas verbas fora da saúde. Em alguns momentos, o orçamento da Previdência foi superior ao da União (OLIVEIRA, 1981).

A assistência médica no pós-64 passou a consumir progressivamente maiores volumes de recursos da previdência: de 14,9% em 1966, para mais de 29% em 1981. Isso se deveu, por um lado, à extensão de cobertura e oferta de serviços médicos aos segurados, e, por outro, mais significativo, pelo modelo de compra de serviços adotado pela Previdência para ofertar mais serviços, organizado a partir da compra de serviços dos hospitais privados e médicos credenciados por meio de um sistema de pagamento por ato médico ou por Unidades de Serviço (OLIVEIRA, 1981). Esse sistema acaba por organizar o processo de trabalho centrado no consumo de procedimentos que, pela complexidade dos atos médicos com o advento de novos equipamentos médicos hospitalares e o surgimento de novas especialidades, apresenta uma curva ascendente progressiva dos custos para manter essa forma de assistência médica. Além de ser caro, esse sistema de compra de serviços de terceiros “estimula a realização de atos médicos desnecessários e os mais custosos possíveis, e por outro lado, dá margem a uma enorme diversidade de práticas de corrupção e falsidade ideológica” (OLIVEIRA, 1981), o que torna a assistência médica previdenciária onerosa para o sistema e insustentável para a previdência.

A partir dos anos 70, os governos militares passam a enfrentar crescentes pressões sociais, exercidas pela classe média urbana e pelos trabalhadores industriais, que haviam nesse período perdido seu poder aquisitivo, seus direitos políticos, sua estabilidade no emprego. Diante da pressão, os militares implantam políticas sociais compensatórias, que, na saúde/assistência apontava para a aplicação da cobertura, e no âmbito previdenciário incorporava a quase totalidade da população economicamente ativa. Como o consumo de assistência médica era o que poderia ser sentido em curto prazo, a estratégia adotada pelo governo militar foi a ampliação da oferta. Em 1974 ocorre a criação do

Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), com a redefinição das atribuições do Ministério da Saúde e grande concentração de poder no ministério criado. Triplicam os serviços de saúde, o número de leitos públicos cresceu em 65%, enquanto os leitos privados aumentaram 3000%, investimento pesado de recursos para a construção de hospitais privados (OLIVEIRA, 1981).

Na saúde pública, sob a lógica da racionalidade administrativa oriunda da intervenção da OPAS, prega-se a expansão dos serviços enquanto política social, com uma racionalização de recursos disponíveis para obter o máximo de resultados. Para as classes operárias do campo e da cidade são organizados serviços de saúde mantidos pelo Estado, caracterizados pelo déficit de aporte de recursos tecnológicos (ACIOLE, 2003).

O setor produtivo dos serviços médico-assistenciais estagnou em meados dos anos 70, passando a pleitear apoio governamental. Em resposta, o Estado passa a privilegiar a prática médica assistencialista, individual e curativa em sua política de saúde, em detrimento das ações de coletivas de saúde.

Esse setor produtivo era fragmentado em quatro tendências que disputavam as benesses da política estatal. Um grupo pensava a organização dos serviços com base nos conceitos da medicina liberal, cuja principal reivindicação é o apoio ao médico autônomo, de consultório, organizado, quando muito, em cooperativas médicas e a ausência de intermediários entre o médico e o paciente, implantando-se a livre escolha, com direito de estabelecer honorários livremente e conforme o preceito do código de ética médica. Queriam da Previdência o apoio à atividade individual, pleiteando o credenciamento irrestrito dos profissionais médicos e níveis de remuneração compensadores. Propunham o estabelecimento de seguro-saúde, sendo contrários ao assalariamento médico. As associações de proprietários de hospitais fazem suas reivindicações tendo como base a organização dos serviços a partir do hospital. Pedem apoio à empresa hospitalar, pleiteando financiamentos e franquias fiscais. Este grupo depende quase exclusivamente da Previdência na compra de seus serviços. Apontam como problemas pouca agilidade no pagamento das contas e não reajuste das tarifas. São favoráveis ao assalariamento médico, nos moldes da prestação de serviços e não com vínculos empregatícios. Os grupos representados pela medicina de grupo, que se estruturam à semelhança de uma empresa de

serviços, com o corpo de empregados totalmente assalariado, obtém seu lucro a partir do aumento da produtividade de seus serviços, a custos o menores possível e têm como receita o pré-pagamento por população coberta. Reivindica, à semelhança dos proprietários dos hospitais, apoio a suas empresas. São contrários aos grupos médicos liberais. Pedem à Previdência maior apoio para esta forma de organização de serviços, através do aumento das tarifas de retribuição da previdência às empresas que utilizam seus serviços. Um quarto grupo que defendia a organização dos serviços tendo por base os próprios serviços estatais, é contrário aos outros três, e representa o interesse do próprio corpo de funcionários ligados às instituições estatais, à Previdência, aos Estados e aos Municípios. Tem maior peso político que as demais, pois as articulações da gestão em nível de Estados e Municípios implicam em articulação político-partidária mais direta, que exigem eficiência e na execução de programas em áreas importante, como a de saúde, dependendo do Sistema Previdenciário para garantir seu sucesso (LIMA e PACU, 1981).

No intuito de conciliar interesse dos setores polarizados no setor prestador, com o aumento de disponibilidade financeira do sistema previdenciário e para garantir a ampliação da proteção social configurou-se uma política para a Previdência Social, em 1974, com a criação do Plano de Pronta Ação (PPA), que abre as portas dos hospitais contratados para atendimento universal de urgência (LIMA e PACU, 1981).

Após um período de crise, a Previdência volta a operar em superávit, já em 1975. Contudo, as seguidas crises do sistema colocaram como bode expiatório o setor prestador de serviços médicos-assistenciais. Este argumento é decorrente do aumento progressivo dos gastos relativos a assistência médica, que, entre os anos 68 a 71 duplica, entre 73 a 78 triplica e sextuplica de 70 a 80, saltando de 18% da despesa total da Previdência, em 68, para em torno de 30%, em 80. Tal situação é apontada como a causa do desequilíbrio financeiro da Previdência, e no início dos anos 80 já se esgotavam as suas fontes de custeio (LIMA e PACU, 1981). Em 1975, 80% dos gastos com a saúde eram com internações e, destes, 90% eram gastos com os contratados particulares. Em 1978, o Brasil era o sexto consumidor mundial de medicamentos. Pela queda dos investimentos em saúde pública e pela piora das condições de vida da população, há recrudescimento das epidemias.

Todos esse debates ocorriam em torno da questão da saúde, tentando com isso afastar da polêmica os fatores condicionantes relacionados à piora das condições de vida, isto é, a desigualdade social, o desamparo social, a exclusão de grande parte da população dos benefícios conquistados pelo “progresso” da nação. Tentava-se embutir no debate que a solução dos problemas da comunidade passa por soluções no campo da saúde, negando-se a explícita necessidade de redistribuição da riqueza e não da miséria, como é a opção dos governos desde sempre.

No âmbito do debate em torno dos rumos da assistência médica, defendia-se uma reformulação no sistema previdenciário, com a adequação dos serviços contratados e conveniados aos interesses da sociedade. Apontava-se a necessidade de uma política forte e decisiva na regionalização da assistência médica por meio da estadualização e municipalização da responsabilidade de prestar serviços e na minimização das pressões corporativas. Com estratégia adotou-se o repasse para os Estados e Municípios dos recursos para assistência médica aos previdenciários que, somados aos seus próprios recursos, seriam os organizadores e gestores da prestação de serviço na sua área de influência. As propostas baseiam-se em três premissas básicas: o Estado deve ser responsável pela saúde dos cidadãos, deve ser auto-suficiente em assistência médico-sanitária para sua população e deve ser responsável pela programação de saúde e assistência em sua área de influência. Estavam dadas as diretrizes que nortearam as lutas para implantação de um Sistema Nacional de Saúde que beneficiasse a população e não os interesses econômicos dos prestadores (LIMA e PACU, 1981).

Concomitantemente, inicia-se a difusão da Medicina Comunitária e Atenção Primária à Saúde, nascidas nos Estados Unidos como propostas de extensão de cobertura de assistência médica acoplada à racionalização dos recursos (DONNANGELO, 1975), e amplamente divulgada e promovida com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

Após um período de intensa repressão à mobilização civil pelo governo militar, a partir de 1975 passam a se tornar visíveis alguns movimentos sociais nas periferias dos grandes centros urbanos, com o apoio das Comunidades Eclesiais de Bases (CEB), ligadas às pastorais da Igreja Católica; de técnicos de saúde e membros de partidos da esquerda.

Surtem associações de moradores, grupos de mães, grupos de jovens, movimentos de “panela vazia”, movimentos de médicos residentes, as primeiras greves de médicos e de metalúrgicos e, com isto, a chamada “abertura democrática”. Estas organizações reivindicavam melhorias nas condições de vida e de trabalho e acesso a equipamentos urbanos (água, luz, esgoto, asfalto, coleta de lixo, creches, escolas e postos de saúde).

Os departamentos de Medicina Preventiva, fundados nos anos 60 com o incentivo das idéias preventivistas difundidas pela OPAS, também participaram destes movimentos propondo modelos alternativos de atenção à saúde. Os programas de Medicina Comunitária ligados a estes departamentos foram encampados pelos municípios, tornando-se projetos pilotos do que veio constituir a Reforma Sanitária. A soma destas experiências ficou conhecida como movimento Sanitário, responsável pelo surgimento do SUS. Assim, são marcos importantes também a criação do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) e os primeiros encontros de Secretários Municipais de Saúde, em 1978.

As primeiras repercussões desse movimento de reivindicação de mais acesso à saúde em nível do governo aparecem a partir de 1980, com a proposição de planos de racionalização dos serviços de saúde, como Prev-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, que pregava a extensão dos cuidados primários a toda a população e a suspensão de novos credenciamentos de serviços privados.

A VII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida neste mesmo ano, apóia a hierarquização, regionalização e unificação dos serviços. Este plano não saiu do papel, mas originou propostas de reforma do sistema de saúde.

A partir dos anos 80, a reforma sanitária passa a tomar forma e conseguir adeptos no próprio governo. Há uma necessidade de contenção de despesas com assistência médica, pois o sistema previdenciário encontra-se novamente em crise financeira. Esta crise foi gerada pela soma de alguns fatores: alto custo das ações e da tecnologia médica, investimentos maciços no setor privado, fraudes dos serviços contratados e conveniados, desvio de verbas do setor para grandes obras; modelo baseado no atendimento hospitalar curativo e individual, aumento da massa de assalariados com diminuição dos salários (aumento da cobertura e dos gastos com a diminuição da receita) (OLIVEIRA, 1981).

Em 1981, é elaborado o Plano de Reorientação da Assistência á Saúde no âmbito da Previdência Social (ou CONASP), que busca principalmente a integração dos serviços da esfera federal, estadual e municipal e o controle do pagamento das contas hospitalares.

Em 1984, é proposto o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que era um aperfeiçoamento dos convênios entre as esferas de governo, priorizando a rede pública de serviços básicos, o que impulsionou a descentralização, possibilitando o desenvolvimento de várias experiências de gestão municipal. Observa-se então, a ampliação da rede física, da participação popular, da capacitação de gestão dos recursos humanos em geral e dos gastos municipais em saúde. Em 1986, mais de 2500 municípios participaram das AIS.

Em 1986, acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, com a participação de amplos setores da sociedade civil e dos trabalhadores e administradores do setor, que legitima a efetivação do SUS. Entre os pontos básicos desta proposta, destacam-se a unificação do sistema no Ministério da Saúde , a priorização do setor público, o controle social, a ênfase na municipalização dos serviços, a necessidade de uma reforma tributária que garantisse maior autonomia aos Estados e Municípios.

Esperava-se que após esta conferência fosse obtida a total efetivação do SUS: entretanto, em 1987, é regulamentado o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que, apesar de permitir maior controle do setor privado e a ampliação da regionalização e da hierarquização, mantém os serviços secundários e terciários sob o controle do Estado, permitindo aos municípios somente o controle sobre a rede básica.

Em 1988, funda-se o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que representa a organização de mais um ator social além dos já citados. Estes, mais o movimento em torno da reforma sanitária e os movimentos sociais organizam-se para pressionar a constituinte a votar a Lei que contemplasse o SUS. Um “mar de pessoas” invade os gabinetes parlamentares, e em 1988 é aprovada a Constituição Federal, em que o Sistema Único de Saúde é a política vitoriosa: a saúde torna-se um direito do cidadão e um dever do Estado. Entretanto os serviços privados mantêm-se à parte

deste sistema e participam de forma complementar quando necessários para a efetivação dos princípios do SUS.

Enquanto ocorre um movimento em direção à consolidação de direitos na saúde, no mundo do trabalho as transformações produtivas apontam para a perda de direitos trabalhistas, através, por exemplo, da adoção das medidas de flexibilização das relações trabalhistas. Além destas mudanças, percebe-se uma nítida alteração do papel e da importância dos homens nos processos produtivos. No setor saúde, a reestruturação do seu modo de produção – capitalista em sua essência – oferece novos objetos, conceitos e estratégias à prática médica, isto é, uma mudança da natureza do objeto do trabalho dos profissionais em dois sentidos. Um, de continuidade no aprofundamento vertical da intervenção tecnológica na dimensão biológica, materializada, por exemplo, nas recentes e contínuas descobertas no campo da genética – mapeamento do genoma, clonagem de seres vivos –, da neurociência com exemplo das recentes descobertas sobre o funcionamento cerebral e o substrato biológico das doenças mentais; outro, de ruptura com o anterior, com crescente tendência a valorizar uma eficácia “cuidadora” para os atos em saúde, que ganham centralidade no pensamento sobre a organização dos processos produtivos em saúde – tanto pelo capital financeiro, representado pelos grandes grupos de seguradoras e planos de saúde, como pelos serviços públicos de saúde – estes impulsionados por um movimento social – o movimento sanitário. O cuidado passa a ser valorizado como “o objeto” do trabalho em saúde (MERHY, 2002). No setor financeiro, “o cuidado” como objeto da prática profissional tem sido visto como uma forma de produzir mais valia. Já na saúde pública, tem sido visto pelos movimentos sociais da saúde como forma de garantir direitos, cidadania, e no setor estatal, dentro das políticas neoliberais de estado mínimo, como forma de garantir uma cesta básica de saúde, focalizando as populações excluídas.

Na mídia leiga, observa-se o progressivo desgaste da imagem dos profissionais de saúde em geral e do médico em particular, evidenciado pelo aumento do interesse do público por matérias referentes a “erro médico” e do aumento do número destas nos jornais de todo país, somado ao crescimento do número de processos contra médicos nas delegacias dos Conselhos Regionais de Medicina de todo o Brasil, pela aprovação da moção contra o Ato Médico na XXI Conferência Nacional de Saúde em 2003, revelando

uma crise de credibilidade social do médico, como legítimo para intervir sobre a vida das pessoas. Acredita-se que a perda da dimensão cuidadora, enquanto competência profissional, é central no processo de desgaste da legitimidade social dos profissionais da saúde. (MERHY, 1998).

Esta situação coloca como pauta de preocupações a busca de soluções para a crise de eficácia e eficiência do setor saúde para atender às necessidades de saúde da população e as transformações produtivas em andamento no setor. Há um conflito em relação ao sentido “dessa produção de cuidado”, que tem grande reflexo dentro do aparelho formador. Tradicionalmente, as respostas a estas questões foram ou políticas de reorganização do processo de trabalho no setor saúde – através da proposição de novos modelos de atenção à saúde – ou de intervenções no modelo de formação de recursos humanos. Este debate traz para dentro do aparelho formador, as universidades e faculdades, uma preocupação crescente com a necessidade de transformação do espaço de formação dos profissionais de saúde e obriga a buscar resposta para o problema da formação e do próprio papel das profissões que atuam no setor saúde em geral, e dos médicos em particular.

3.2.3- A educação médica

3.2.3.1- Os Modelos de Ensino Médico

3.2.3.1.1- O Século XIX no Brasil: Institucionalização da Formação dos Médicos

Os médicos, como hoje conhecemos, têm uma origem dupla: dos físicos – formados nos moldes universitários clássicos – e dos cirurgiões-barbeiros – formados na tradição artesanal. A prática médica, denominada clínica moderna, originou-se no século XVIII da aproximação entre a clínica praticada pelos físicos e a cirurgia, quando ambas passaram a ser praticadas dentro do hospital.

Do século XVI até início do XIX, a formação dos médicos no Brasil era dicotomizada. Os cirurgiões barbeiros, até início do século XIX, no Brasil, eram formados à semelhança do processo de aprendizado característico dos artesãos, um aprender fazer-fazendo, por observação do mestre, no momento em que se opera o trabalho propriamente dito de cura, isto é, normalmente os candidatos a cirurgiões tornavam-se ajudantes de cirurgiões e iam, pela observação e participação nos procedimentos realizados pelos cirurgiões, aprendendo o ofício. A formação dos cirurgiões visava a um exercício prático do ofício. O espaço do ensino não era separado do espaço do trabalho, não era institucional. Já os físicos eram formados nas universidades européias. O espaço do ensino era separado do espaço do trabalho, e tinha suas próprias instituições. Esta separação era o reflexo da visão de mundo na qual havia uma divisão do mundo do trabalho em manual e intelectual, em que o primeiro não era digno para os cidadãos⁸ e era a ocupação ou de escravos, ou de súditos, ou da plebe, de artesãos, do povo em geral. Já o trabalho intelectual era considerado nobre e pertinente a uma casta social mais elevada. Os físicos pertenciam a esta elite intelectual, enquanto os cirurgiões eram trabalhadores manuais (FELICIELLO, 2001; SANTOS FILHO, 1980; GARCIA, 1972).

A França, no início do século XIX, inicia a integração da formação do físico e do cirurgião na mesma instituição, a escola de medicina, o que resultou em uma recomposição integrada da profissão médica. As novas escolas implantaram várias inovações: utilização da língua francesa, abandono do ditado, desenvolvimento de materiais ilustrativos, contratação de professores especialistas. No final do século XVIII e início do XIX, Paris consolida-se como o mais importante centro da medicina ocidental: os clínicos criaram novos cânones na ciência médica, tanto com relação às técnicas quanto às concepções, exemplificados pelo uso do estetoscópio, pelo exame físico, pelo desenvolvimento de sistemática de correlação entre a clínica e os achados das autópsias, pela patologia e estatística clínica. Nesse período, Paris transformou-se numa verdadeira meca de estudantes de Medicina, onde eram oferecidos, além dos cursos médicos nas escolas médicas oficiais, vários cursos particulares de toda natureza, promovidos pelos próprios docentes e freqüentados pelos alunos do curso médico. Essa importância da França

⁸ O termo cidadãos é usado no sentido greco-romano, em que somente uma casta era considerada cidadã.

como centro médico estendeu-se a quase todo este século, sendo que apenas no último quartel do século XIX um novo modelo de ensino da medicina iria ascender, embasado nos laboratórios científicos experimentais, desenvolvidos principalmente nas escolas alemãs, tornando-se a Alemanha o novo pólo de atração de estudantes de vários países. Esta mudança estava relacionada com os avanços da microbiologia.

Na Alemanha, emerge um novo modelo de ensino, devido à associação deste com a pesquisa, propiciando a integração da escola, do hospital e dos laboratórios. Originou a criação de laboratórios e institutos em várias especialidades e ramos da investigação e propiciou um grande desenvolvimento das especialidades médicas. A partir de meados do XIX, os grandes avanços nos saberes e nas técnicas passaram a integrar-se paulatinamente no ensino, provocando o aparecimento de numerosas disciplinas, com conseqüente transformação no plano do ensino, levando à difusão de institutos de ciências básicas, de departamentos experimentais e de laboratórios científicos. Foram incorporadas novas disciplinas, construídos hospitais universitários e estúdios clínicos especializados, com a integração do ensino teórico com a aprendizagem da prática clínica (CANGUILHEM, 1996; IBANEZ e MARSIGLIA, 2000; FOUCAULT, 2001; FELICIELLO, 2001).

No Brasil, a formação institucionalizada de médicos é inaugurada com a criação, inicialmente, das Academias Médico-cirúrgicas em 1808, no Rio de Janeiro e na Bahia, que passam a Escolas Médico-Cirúrgicas em 1812. Estas foram responsáveis pela formação principalmente dos cirurgiões que serviam ao exército e à coroa luso-brasileira. Em 1832, estas escolas foram transformadas em Faculdades de Medicina, que, sob o modelo de ensino na escola médica francesa, passaram a formar os médicos brasileiros (FELICIELLO, 2001).

O modelo institucional adotado era o português e caracterizava-se pela centralização do poder e pelo método escolástico. As Academias eram regidas pelo Estatuto da Universidade de Coimbra, e o poder administrativo era centralizado na Corte. Não tinha estrutura própria e utilizavam-se as instalações dos hospitais militares, onde ocorriam as aulas teóricas. O curso tinha duração de 4 anos e era pago. O método de ensino era a Escolástica, que consistia em leituras dos livros clássicos, de origem francesa, com aulas apenas demonstrativas nas enfermarias dos hospitais militares. Os docentes eram os

médicos pertencentes a vários grupos, predominantemente os militares e políticos – a elite médica da época. O ensino prático ocorria nas Santas Casas, que no século XIX eram organizadas partir das necessidades assistencialistas da instituição e não a partir da racionalidade médica. Estas instituições de origem comunitária e originalmente filantrópicas tinham por sua vocação prestar serviços de assistência social e não médica. Médicos e mantenedores tinham grandes conflitos, pois, para os mantenedores, os alunos atrapalhavam as atividades da Santa Casa, e para os “lentes”, a coordenação das enfermarias por não-médicos dificultava a organização dos serviços no sentido de seguir preceitos médicos de organização. As instalações das Santas Casas eram precárias para as necessidades do ensino médico. Em 1832, instituiu-se um estatuto próprio e ocorreu a inclusão de algumas matérias, com o aumento da duração do curso para 5 anos (SANTOS FILHO, 1980; FELICIELLO, 2001; PEREIRA NETO, 2001).

O ensino médico em Portugal e, por consequência, no Brasil era atrasado em relação ao resto do mundo, que nesse período já preconizava o ensino prático em conjunto com a clínica nas enfermarias hospitalares, isto é, já se adotavam os cânones da clínica moderna e da medicalização⁹ do hospital (FELICIELLO, 2001).

As críticas da elite médica da época, referentes ao ensino nas faculdades, apontavam para mudanças nas quais se propunha o ensino mais prático, a integração hospital, laboratório e pesquisa, aos moldes inglês e alemão. Os “lentes” das faculdades reclamavam da freqüente interferência do imperador no cotidiano da escola. Defendiam mais autonomia para as faculdades, estatutos próprios e mudança curricular. Afirmavam que a inadequação do ensino médico devia-se à ausência de condições estruturais e materiais para implementação de atividades mais adequadas ao ensino (FELICIELLO, 2001).

O Estado brasileiro avança em seu projeto de normatização da sociedade e passa a prover o reconhecimento, a legitimidade e as normas para o exercício da prática de curar. Isso ocorre em 1826, através da delegação às Academias da responsabilidade de

⁹ “Medicalizar”. Esta expressão foi introduzida de forma inovadora e criativa em algumas obras de Foucault, e traduz um conjunto de iniciativas políticas preventivas, educativas, higiênicas e curativas implementadas pelos médicos no final do Século XIX e início do Século XX, com o objetivo de normatizar comportamentos e atitudes individuais do doente em relação à doença, evidente ou iminente “ (PEREIRA NETO 2001, p. 123).

expedir carta de Cirurgião Formado e Cirurgião Aprovado, bem como revalidar os diplomas dos estrangeiros. Além disso, em 1832 é promulgado o decreto que normatizava o exercício da arte de cura, proibindo esse exercício aos indivíduos não legitimados pelas faculdades. Os médicos passam também a ter maior organização e aumentam sua capacidade de influenciar os rumos do campo da saúde (FELICIELLO, 2001; SANTOS FILHO, 1980).

Em 1827, ocorre a fundação da primeira revista médica, Ocorre também nesse período uma disputa dos médicos com advogados e engenheiros, estes dois últimos muito mais requisitados que os primeiros a opinar nos temas referente à Saúde Pública. Ainda era fraca a organização da categoria médica, apresentando debilidade como classe política.

Em vários periódicos da Imprensa Médica baiana e carioca, é possível identificar claramente várias críticas ao ensino médico praticado nas faculdades de medicina, considerando as condições da infraestrutura para o ensino péssimas, um obstáculo ao ensino de boa qualidade, não condizentes com os novos cânones da medicina e a postura autoritária e centralizadora do governo, intervindo nas regras da faculdade medicina para dar privilégios a determinados alunos protegidos pelo imperador¹⁰ (SANTOS FILHO, 1980; FELICIELLO, 2001).

Durante o século XIX e até 1950, “a transmissão dos modelos de educação médica estrangeiros – no início europeus e posteriormente norte-americanos – realizava-se por meio de ida e vinda de missões especiais constituídas por professores e dirigentes universitários” (ALMEIDA, 1999, p. 34)¹¹. Era uma prática da escola médica da época enviar lentes à Europa para pesquisar sobre as mudanças da prática médica e do ensino e trazer para o Brasil as novidades. Em 1843, retorna ao Brasil o primeiro lente que foi à Europa, com seu relatório de viagem, que trazia informações sobre o ensino médico e as sociedades médicas de Paris, Edimburgo e Berlim. Este relatório trazia no bojo o estudo da

¹⁰ A Escola Bahiana Tropicalista, fundada em 1860 por médicos estrangeiros e alguns lentes da Faculdade de Medicina da Bahia, é nesse sentido a mais veemente crítica à escola médica, e suas idéias são claramente expostas e publicadas na Gazeta Médica da Bahia. Consta nos estudos de alguns historiadores que este foi o primeiro núcleo de pesquisadores da área médica no Brasil, tendo realizado descobertas e descrições de várias doenças tropicais, como elefantíase, beribéri, ancilostomíase, com repercussões internacionais (SANTOS FILHO, 1980).

¹¹ FERREIRA, 1997 *apud* ALMEIDA, 1999, p. 34

topografia e conhecimento das ciências básicas, como álgebra, trigonometria e geometria espacial, o estudo de física e química aplicadas à medicina, a criação de laboratórios práticos, mudanças na prática clínica com a medicalização dos hospitais, isto é, a criação de um novo hospital voltado à clínica e ao uso de novos medicamentos, uma vez que o ensino era realizado nas Santas Casas desde a época das Academias. Nesse mesmo relatório, era sugerido que a prática científica deveria ser delegada às Sociedades Médicas e que às escolas médicas era delegada a função de transmitir as descobertas já conhecidas: reproduzia, na verdade, o modelo francês, no qual o Estado se propunha centralizar todas as ações referentes ao ensino superior, com a normatização de tudo, inclusive propunha-se a controlar as corporações (FELICIELLO, 2001). Vale lembrar, contudo, que os hospitais eram locais insalubres, depósitos de pessoas, indigentes. As pessoas de posse não iam a hospitais, mas eram tratadas em casa. Ou, já nesse período, eram assistidas nas Casas de Saúde¹².

Nesse mesmo relatório, era sugerido que a prática científica deveria ser delegada às Sociedades Médicas e que às escolas médicas era delegada a função de transmitir as descobertas já conhecidas (FELICIELLO, 2001; SANTOS FILHO, 1980).

Alinhar-se com as forças políticas em ascendência é a estratégia de legitimação social utilizada pelos médicos em direção à sua legitimação enquanto força política. Além disso, adotaram também a estratégia de realizar exposições públicas sobre os novos conhecimentos médicos, como a parasitologia e as teorias microbianas dos germes de Pasteur, para as quais eram convidados membros ilustres da sociedade brasileira da época, inclusive o imperador e seus opositores. Com essa estratégia, revista e eventos públicos, os médicos rompem o monopólio do discurso oficial da ciência, ganhando força enquanto corporação profissional e enquanto *expertise*. Com isso, as críticas às escolas médicas

¹² As Casas de Saúde foram criadas em 1840. Eram constituídas por associação de médicos, clínicos e cirurgiões, com formação ou passagem no exterior e que faziam consultas médicas ou internações em locais adaptados (chácaras e palacetes). Eram introduzidos novos recursos diagnósticos (percussão, ausculta, estetoscópio) e novas práticas cirúrgicas, com o advento da anestesia. Ocorria também o início da especialização da medicina (pediatria, obstetrícia, oftalmologia, moléstias contagiosas, doenças de vias urinárias, doenças de pele e sífilíticas, entre outras) estratégia encontrada pelos médicos para ganharem maior eficácia nas suas práticas de cura e conseqüente maior legitimidade social. As Casas de Saúde passam a ofertar novos serviços à população, com respectiva ampliação do mercado privado liberal (FELICIELLO, 2002, SANTOS FILHO, 1980).

ganham espaço público e a necessidade de reformular o ensino médico ganha apoio das elites; inclusive, nesses eventos eram arrecadados fundos para serem aplicados na melhoria da infra-estrutura das escolas (FELICIELLO, 2001).

No fim do século XIX, novamente foi enviado outro representante da Coroa para pesquisar as tendências do ensino médico e da medicina na Europa – a segunda viagem de lentes brasileiros em 30 anos. Em 1873, Sabóia retorna de sua viagem e apresenta um relatório sobre as novas tendências do ensino médico, baseado nas concepções alemãs de ensino e apenas em 1879 inicia-se a implantação lenta e parcial das mudanças na estrutura da escola. (FELICIELLO, 2001; SANTOS FILHO, 1980).

No século XIX, pode-se dizer que houve grande avanço na infra-estrutura e nas condições de ensino nas faculdades de medicina; contudo, ressalte-se que a estreita visão utilitarista¹³ de governantes e elites e ausência de outras alternativas engessavam professores e administradores das escolas médicas. E era fato que estas, até o momento, não se movimentavam em direção ao desenvolvimento científico, mesmo com introdução das mudanças européias mais recentes, dos laboratórios e das experimentações e das atividades práticas. Neste período, alguma crítica era feita no sentido de condenar a cultura de importação de modelos estrangeiros para a escola médica, e culpabilizando-a pelo não desenvolvimento de uma ciência brasileira (FELICIELLO, 2001; PEREIRA NETO, 2001).

Em paralelo às escolas médicas oficiais, durante todo o século XIX predominou o “ensino livre”, organizado pelos cursos “livres”, que eram cursos oferecidos por clínicas ou hospitais particulares, ministrados por médicos em geral ou pelos próprios docentes das faculdades (SANTOS FILHO, 1980; FELICIELLO, 2001; PEREIRA NETO, 2001).

Os autores divergem sobre a mudança do modelo de ensino francês para o germânico nas escolas médicas brasileiras. FELICIELLO (2001) afirma que apesar do que foi formalmente aprovado, não houve ruptura real com o modelo francês no âmbito da faculdade de medicina, só ruptura retórica, e aponta como causa o despreparo dos docentes

13 FELICIELLO (2001) denomina de característica utilitarista as políticas estatais que, tendo como preocupação principal a provisão de profissionais voltados para a defesa, as tarefas do Estado e a prestação de serviços às classes dominantes locais, sem maiores preocupações com o desenvolvimento da ciência e da cultura, na realidade não se constituíam em elementos de um projeto maior de governo.

e auxiliares e infraestrutura insuficiente. Além disso, aponta alguns paradoxos desses discursos, visto que vários “lentes” que procediam da faculdade desenvolviam atividades na prática médica e nos cursos livres já nos novos paradigmas germânicos, contudo pouco faziam nesse sentido dentro da faculdade oficial. Infere que a retórica da modernização tinha muito mais um interesse em propagar as inovações e, com isso, alinhar-se com o modernismo, do que com interesses em efetuar de fato sua implantação na escola: afinal, era possível ter uma formação atualizada nos cursos livres existentes.

EDLER e FONSECA (2002) contestam a tese de que as inovações no ensino médico teriam vindo de fora do ambiente acadêmico – supostamente avesso a mudanças – que ocorreram pelo impacto do Relatório Flexner¹⁴ (1910). Para estes autores, a Reforma Sabóia (1882) resultou, no Rio de Janeiro, na construção de 11 laboratórios e na transformação completa do currículo médico, segundo o inovador figurino germânico que pregava o ensino prático e livre; e na Bahia, o núcleo de pesquisadores em parasitologia médica implementaria reforma semelhante. Os autores sustentam a tese de que muito antes da “tardia” reforma médica norte-americana, a elite médica brasileira já aderira à crítica ao modelo institucional francês e dava os primeiros passos para sua mudança.

¹⁴ Este relatório foi o resultado de um estudo sobre o ensino médico conduzido pela Fundação Rockefeller, que “a partir da análise da formação médico de 150 escolas nos EUA e Canadá, formulou uma proposta educativa para as instituições de ensino médico (...) (que foi) indicada para ser uniformemente adotada pelas escolas médicas, (e foi responsável pela revolução no) ensino médico norte-americano” (SILVA, 2001, p. 13).

O Relatório Flexner desencadeou uma reforma do ensino médico nos EUA que tinha como diretrizes: a Medicina é concebida como uma ciência que tem na física, na química e na biologia suas ciências-suporte; a prática médica é compreendida como aplicação e produção da ciência médica, indissociável da investigação científica, e o método clínico é eleito como o método de elaboração próprio da ciência médica; a educação médica é concebida como a aquisição de conhecimento da ciência médica e de suas ciências-suporte, isto é, essencialmente a capacitação no método clínico; o ensino é centrado na qualificação do aluno em uma prática clínica articulada à pesquisa (integração hospital laboratório) e a aprendizagem reside na atividade técnica concreta, hospitalar e de pesquisa laboratorial; a garantia de uma educação realmente científica é dada pela estreita e contínua aliança com a pesquisa, tornando-se essencial vincular a escola médica como um todo à “comunidade científica” – isto é articular a escola médica com os demais conhecimentos científicos.

Em relação ao modelo de ensino, a aprendizagem deveria ocorrer em níveis progressivos de ensino, com pré-requisitos. Os alunos pretendentes ao curso de medicina deveriam ser aprovados nos cursos científicos preparatórios. O currículo do curso médico deveria ser dividido em ciclo básico e profissionalizante. No ciclo básico, deveria ocorrer a individualização do ensino nas ciências básicas e o desenvolvimento pesquisa nestas ciências. O Ensino profissional deveria ser dividido em ciências médicas básicas, curso clínico, prática médico-hospitalar. Em relação à instituição deveria ser incorporado o Hospital à Escola Médica e estes deveriam vincular-se às universidades e ao sistema geral de ensino.

3.2.3.1.2- A Educação Médica no Brasil do início do Século XX até os anos 50: “A Americanização do Ensino Médico”

O início do século XX é marcado pela influência crescente do Estado brasileiro na saúde e na educação e pelos movimentos culturais, políticos e sociais, principalmente na década de 20. Em 1922, aconteceu a Semana de Arte Moderna em São Paulo, fruto de um movimento que se propõe a romper com os moldes do academicismo na pintura, na música e na literatura, e também com a predominância da cultura européia como a única de valor. Tentava-se criar referenciais propriamente brasileiros. Na política, ocorreu uma série de rebeliões entre as quais destacamos o movimento tenentista, que culminou com a Revolução de 1930, reflexo da disputa pelo controle do Estado. Almejava-se também nesse campo uma identidade nacional. Na sociedade, acelera-se a emigração campo-cidade e a formação dos centros urbanos. Na economia, criam-se as primeiras indústrias de bem de consumo para servir o mercado interno em formação e decresce a importância das exportações cafeeiras brasileiras para o mercado internacional. No mundo, agravam-se os conflitos entre as potências européias iniciado no século anterior com a deflagração de duas guerras mundiais. Ocorre uma crise na economia.

De acordo com FÁVERO (2003)¹⁵ das transformações econômicas, políticas, culturais e institucionais em processo no país, podemos caracterizar o início do século XX como um período de grande aumento da demanda por educação superior, com destaque ao acelerado aumento de alunos que almejam cursar medicina (FÁVERO, 2003)¹⁶. Isto ocorre em decorrência do movimento de emigração das famílias da aristocracia agrária brasileira para os centros urbanos, tendo como consequência a necessidade de equiparação destas com as modernas sociedades urbanas européias. Para tal transformação, eram procurados para o consumo os símbolos de distinção social – os produtos, a cultura e as tecnologias importadas ou a aquisição de níveis escolares superiores para seus filhos. Esse movimento é análogo ao ocorrido na sociedade européia nos dois séculos anteriores, descrito por BOURDIEU(1998). Este destaca que a educação superior dos filhos era a estratégia encontrada para transformação do capital econômico proveniente da atividade agrária em capital cultural, era o ensino superior, um símbolo de distinção social.

¹⁵ CUNHA 1980, *apud* FÁVERO 2003.

¹⁶ CUNHA, 1980 *apud* FÁVERO, 2003.

Na educação, o estado oscilava ora em ceder à pressão das corporações e controlar o mercado de ensino livre, ora em atender aos anseios da emergente sociedade urbana brasileira – antiga aristocracia rural – por vagas no ensino superior para seus filhos. Vale lembrar que no fim do século XIX as políticas beneficiaram os interesses corporativos, visto que estes estavam alinhados às correntes majoritárias republicanas. Contudo, sob o signo da urbanização, em 1911 foi promulgada a Lei Rivadávia Correa, que era contrário ao controle estatal do ensino superior até o momento sustentado. Retirava qualquer privilégio das instituições federais em relação às particulares – as únicas instituições até então legítimas para diplomar também os alunos do ensino livre. Ocorre uma reabertura para a criação das instituições livres, atendendo aos anseios da sociedade, visto que o Estado não era capaz de prover o número de vagas necessário para atender a esta demanda por ensino superior. Nesse bojo, são fundadas, em 1912, a Faculdade de Medicina do Paraná, o Instituto Hahnemanniano no Rio de Janeiro e a Faculdade de Medicina de São Paulo, no ano seguinte.

No entanto, alguns anos depois a posição estatal em relação ao mercado de ensino sofre um deslocamento e, em 1915, foi decretada outra lei, denominada de Lei da Equiparação, restabelecendo critérios para que um estabelecimento “livre” tivesse seu diploma reconhecido e equiparado àqueles oferecidos pelas faculdades oficiais, fixando quatro aspectos: critérios de acesso à universidade, a qualidade do ensino, a saúde financeira da instituição e a distribuição geográfica dos estabelecimentos.

Essa regulamentação do ensino livre é um tema de conflito que atravessa a sociedade da época e também pode ser visto na Educação Médica por meio da observação dos debates realizados no Congresso Nacional dos Práticos, no Rio de Janeiro em 1922: os médicos afirmavam que o mercado de trabalho estava em “pletora” e era preciso criar mecanismos para regular este mercado. Propuseram outros critérios adicionais para o credenciamento das instituições livres: a exigência de hospital junto ao estabelecimento de ensino, a limitação do número de vagas na faculdade de medicina, a não permissão do ingresso de médicos estrangeiros no mercado nacional e a obrigatoriedade do diploma para o exercício profissional. A limitação de vagas e a necessidade do hospital eram justificadas através do discurso da qualidade do ensino e do benefício para a ciência (PEREIRA NETO, 2001).

O decreto de 1915 pode ser comparável ao processo de regulamentação do ensino médico ocorrido no mesmo período nos EUA, denominado Reforma Flexner, visto que

(...) os critérios presentes no decreto de 1915, acrescidos daqueles que foram sugeridos pelos relatores do Congresso dos Práticos, seriam capazes de promover a mesma ordem de consequências (...): restringir socialmente o acesso à faculdade de medicina e inviabilizar a existência de instituições que não tivessem condições materiais ou de mercado para funcionar de forma plena e academicamente aceitável. Por esta razão, o decreto de 1915 pode ser comparado à Reforma Flexner, ao menos no nível de suas intenções (PEREIRA NETO, 2001, p. 45).

O que estabeleceu diferença foram as estratégias de controle adotadas. Nos Estados Unidos, a própria corporação médica criou mecanismos para coibir a proliferação das faculdades de medicina e de médicos, fato que pode explicar o sucesso da Reforma Flexner, enquanto que no Brasil as reivindicações profissionais fizeram do Estado o veículo para implementar as alterações, ponto visto como fragilidade e causa do fracasso da legislação de 1915 (PEREIRA NETO, 2001). Para se ter uma idéia, após a publicação do Relatório Flexner, foram fechadas nos EUA 124 das 155 escolas médicas existentes até então.

Em 1892 foi fundada Academia Brasileira de Ciências que tem origem nos movimentos de fundação da Sociedade Brasileira de Ciências, em 1916, e em 1924 foi fundada também a Associação Brasileira de Educação. Essas entidades mobilizaram a sociedade para um movimento de modernização do sistema educacional brasileiro em todos os níveis, incluindo o universitário. Nesse período ocorre um caloroso debate sobre a criação de universidades no Brasil, originário do período monárquico, quando foram apresentadas mais de duas dezenas de propostas e projetos, todos rejeitados por influência da cultura portuguesa no estado brasileiro, que cristalizou a idéia de universidade como uma coisa atrasada, conservadora, idéia predominante na França no período da Revolução (FÁVERO, 2003; FELICIELLO, 2001).

Na Segunda República, em 1920, é decretada a criação da Universidade do Rio de Janeiro, que nasce da aglutinação de três escolas profissionais existentes na capital: a Escola Politécnica, as Faculdades de Medicina e Direito do Rio de Janeiro. Este fato reacende o debate sobre a universidade no Brasil, onde destacam-se as questões sobre a concepção da universidade, suas funções, autonomia universitária, modelo universitário, etc. Dentre estes debates, o que diz respeito às funções da universidade está completamente em sintonia com o debate travado dentro da escola médica, onde se percebem duas posições: os que defendem que as funções da universidade são desenvolver a pesquisa científica e formar profissionais – de influência alemã – e os que priorizam a formação profissional – influência francesa (PEREIRA NETO, 2001).

Em 1927, ocorre a I Conferência Nacional de Educação e destaca-se a tese principal do evento, que era defendida pela Associação Brasileira de Educação, cuja principal proposta era que:

as faculdades de Ciências da Universidade devem ter como finalidade, além do ensino de ciência feita, a de formar pesquisadores, em todos os ramos do conhecimento humano; esses pesquisadores devem pertencer aos respectivos corpos docentes, devem ser-lhes assegurados os recursos materiais os mais amplos: laboratórios para pesquisas biológicas e físico-químicas, observatórios astronômicos, seminários matemáticos, bibliotecas especializadas, facilidades de explorações geográficas e numerológicas, biológicas, etnográficas; enfim a garantia de uma remuneração eficiente para que ele dedique todo o seu tempo a esses trabalhos.

Defendia-se a tese de que era preciso introduzir a pesquisa como núcleo da instituição universitária¹⁷ (FÁVERO, 2003). Apesar de todo esse debate, alguns pesquisadores afirmam que na universidade predominou o caráter meramente utilitário do ensino superior brasileiro, nos moldes do que vinha sendo praticado, o que se contrapunha aos interesses defendidos pelo movimento liderado pela Associação Brasileira de Educação. (FELICIELLO, 2001; FÁVERO, 2003).

¹⁷ ABE, 1927 *apud* FÁVERO, 2003.

Influenciada pelo debate sobre o papel da universidade, além das questões referentes à regulação do mercado, a Educação Médica é atravessada pelos debates relacionados aos avanços da ciência e pelo impacto do resultado das pesquisas científicas nas práticas médicas e no desenvolvimento das especialidades médicas. Nesse sentido criticava-se, no Brasil, o modelo de ensino médico que no início do século XX ainda era predominantemente o francês, representando um descompasso em relação à prática clínica a qual já havia incorporado a maioria das inovações resultantes das pesquisas realizadas na Alemanha. O campo científico também inicia seu desenvolvimento fora da faculdade de medicina, provavelmente por influências das idéias francesas, onde o fomento à pesquisa deveria ocorrer nas sociedades.

Nas décadas de 20 e 30, no Brasil, pressionado pela demanda social de maior número de vagas na faculdade de medicina, pela insatisfação de várias personalidades médicas detentoras de poucos poderes institucionais nas faculdades existentes e pelo interesse capitalista dos grupos econômicos – da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos – de ampliar a mão-de-obra médica para o novo modelo assistencial, inicia-se um processo de criação de novas faculdades de medicina, como pode ser visto no Quadro 2.

Quadro 2 – Data de fundação das escolas médicas até os anos 50

	Nome*	Ano de fundação
Faculdades de medicina fundadas antes de 1920	Universidade Federal da Bahia	1808
	Universidade Federal do Rio de Janeiro	1808
	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1898
	Universidade Federal Medicina do Paraná	1912
	Universidade do Rio de Janeiro,	1912
	Universidade de São Paulo – campus São Paulo	1912
	Universidade Federal de Minas Gerais	1918
	Universidade Federal do Pará	1919
Faculdades de medicina fundadas após 1920	Universidade Federal de Pernambuco	1920
	Universidade Federal Fluminense	1926
	Universidade Federal de São Paulo	1933
	Universidade do Estado do Rio de Janeiro	1936
	Universidade Federal do Ceará	1948
	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	1950
	Fundação Universidade de Pernambuco	1950

(Fonte: Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? CREMESP, 2003)

*Utilizamos os nomes atuais das escolas e faculdades de medicina, o que não corresponde à nomenclatura utilizada na época de sua fundação.

A fundação dessas escolas foi influenciada pelo sopro de mudanças que vinham ocorrendo no ensino médico na América do Norte, como resultado de um processo de avaliação das escolas médicas ocorrida no início do século e divulgadas no Relatório Flexner, levando a importantes transformações das escolas médicas no âmbito de sua organização e seu processo de ensino entre os anos de 1910 e 1930. Estas foram realizadas no furor da era bacteriológica e representaram a possibilidade de materializar o espaço de

formação científica do médico e estabelecer a partir daí a hegemonia da medicina científica no mercado de serviços de cura (ALMEIDA, 1999, p. 36).

A partir de 1910, muitos médicos brasileiros passam a fazer suas especializações nos Estados Unidos, o que resultou em um movimento silencioso de transformação da prática médica: estabeleceram os *links* para americanização e apropriação indiscriminada de tecnologias. Destaca-se que “(...)a longo prazo este é um fator da maior transcendência para o desenvolvimento da medicina moderna na região e por ser entendido como a verdadeira extensão de Flexner à América Latina” (ALMEIDA, 1999, p. 34)¹⁸.

Passa a ser perceptível o início da influência estadunidense no ensino médico no Brasil, até então só perceptível na Saúde Pública. A história da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo exemplifica a ascensão das influências flexnerianas no ensino médico do Brasil. Fundada em 1912, esta faculdade passa pela sua primeira reforma em 1924. Consta que esta reforma faz uma mudança substancial na organização do ensino, com o fim de adequá-lo às prerrogativas condicionantes do auxílio financeiro recebido da Fundação Rockefeller com a finalidade de ampliar as instalações da faculdade. No bojo desta reforma, foram implantadas: a limitação do número de matrículas, a modificação da carga horária dos docentes, com a instalação do regime de tempo integral, a reorganização das disciplinas básicas, com maior ênfase nos trabalhos experimentais, introdução da figura do docente-livre. Nessa mesma onda de reformulações, em 1928 alterou-se a estrutura didática do curso médico, que passou a ser organizado com os três primeiros anos como ensino fundamental, e os três últimos, como curso especializado (SILVA, 2001). Transformações semelhantes podem ser vistas na última reforma do currículo médico proposta no século XIX, quando já se impunham novos cânones ao ensino médico.

O modelo de ensino médico nas novas escolas sofre um deslocamento em relação ao que predominava nas escolas do Rio de Janeiro e Bahia, passando a ter uma forte influência norte-americana. As idéias contidas no relatório Flexner abriam possibilidades de crescimento da medicina, pois conseguiam materializar, em forma de organização da escola médica e do currículo, o ideário preconizado pelo modelo alemão (Silva, 2001).

¹⁸ FERREIRA *apud* ALMEIDA, 1999, p. 34.

A partir de 1930, inicia-se um processo de centralização do Estado nos diferentes setores da sociedade. O governo provisório cria, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública, pasta assumida por Francisco de Campos (FÁVERO, 2003, p. 11).¹⁹, que elabora e implementa a reforma de ensino secundário e superior. Em seu discurso que anunciou a reforma, justifica-a a partir da idéia de

adaptar a educação escolar a diretrizes que vão assumir formas bem definidas, tanto no campo político, quanto no educacional, tendo como preocupação criar e desenvolver um ensino mais adequado à modernização do país, com ênfase na formação de elites e na capacitação para o trabalho. Um ensino que contribuísse para completar a obra revolucionária orientando e organizando a nacionalidade.

Em 1931, é sancionada a lei de reformulação do ensino superior, que ficou conhecida como Reforma Francisco de Campos. No discurso em que apresenta seu projeto à sociedade, enfatiza que as finalidades da universidade “transcendem ao exclusivo propósito do ensino, envolvendo preocupações de pura ciência e de cultura desinteressada”, afirma que a universidade tem duplo objetivo: “equiparar tecnicamente as elites profissionais do país e de proporcionar ambiente propício às vocações especulativas e desinteressadas, cujo destino, imprescindível à formação da cultura nacional, é o da investigação e da ciência pura”.

Apesar da retórica descrita acima, a visão que prevalecia no governo era de que a pesquisa científica vinha junto com a arte, como “ornamento indispensável, mas sem dúvida postergável” (FAVERO, 2003)²⁰.

As repercussões da reforma Francisco de Campos, em 1932, no ensino médico foram: implantação de curso preliminar ao primeiro ano do curso médico, denominado curso pré-médico, com duração de um ano, que deveria servir de adaptação didática ao curso superior, sendo obrigatório para o ingresso no primeiro ano médico, além da aprovação nos exames vestibulares, o que impunha uma dificuldade ao ingresso; definição

¹⁹ CAMPOS, F. de. *apud*, FÁVERO, 2003, p. 11.

²⁰ SCHWARTZMAN *apud* FAVERO, 2003.

pormenorizada da organização interna da Faculdade de Medicina, com interferência na estrutura didática e administrativa, regulando a composição do corpo docente, detalhando a realização de concursos, provas e aprovações, o tipo de regime escolar, a instalação e organização de cursos de aperfeiçoamento (SILVA, 2001).

SILVA (2001) discute que a consequência imediata foi o aumento do poder da congregação, com o fortalecimento da figura do professor catedrático e a eliminação de qualquer oposição na organização hierárquica dentro da faculdade, extinção do cargo de livre-docente e subordinação dos assistentes e da organização das disciplinas ao catedrático.

É possível perceber nessa reforma que as propostas de curso pré-médico, as mudanças curriculares ocorridas, o discurso da formação científica e a limitação de acesso preconizada pela reforma Francisco de Campos são confluentes com o ideário presente nas propostas contidas no Relatório Flexner. Diferenciam-se em relação à organização institucional, pois nos EUA este relatório fazia referência à criação de departamentos como unidades operacionais da faculdade e dava ênfase à integração do ensino-pesquisa-hospital, recomendações adotadas pela quase totalidade das faculdades de medicina americana entre 1910 e 20.

No Brasil, só a partir de 1937 é que encontramos referência à organização departamental no plano nacional de ensino elaborado pelo Conselho Nacional de Educação. Esta referência conceitua departamento como uma reunião de faculdades e institutos, imaginados como centro de investigação, sem nenhuma relação com as cátedras que administravam o ensino correspondente. Somente em 1945, no decreto que institui a Universidade do Brasil (UB), é que se insinua uma organização departamental no sentido americano. Em 1946, com a aprovação dos estatutos da UB, estabeleceu-se que as faculdades e escolas seriam organizadas em departamentos dirigidos por um chefe, escolhido entre os respectivos catedráticos, e que os departamentos seriam constituídos por agrupamento de cátedras conexas. Adota-se um híbrido entre os regimes, que articula as cátedras com os departamentos, no qual embora a cátedra fosse a unidade de fato operativa de ensino e pesquisa, ela passa a ser, ao menos legalmente, integrada a um departamento. (GARCIA, 1972; ALMEIDA, 1999; SILVA, 2001; FÁVERO, 2003).

O fato é que, a partir da segunda década do século XX, a referência internacional sobre o ensino médico passa gradativamente a ser o Relatório Flexner, estendendo-se até os dias de hoje, isto porque esta proposta organiza o ensino médico sob os cânones da ciência, esta última mitificada enquanto forma do homem produzir a única verdade sobre o mundo. LIMA (1983, p. 91) analisa esse fenômeno social, afirmando que

o conteúdo do relatório Flexner evidencia uma perspectiva cientificista, experimental, em oposição à tradicional, retórica, denunciada como empírica. A medicina moderna, anátomo-patológica, surgida no século XIX e que grande resistência encontra no modelo discursivo tradicional, tem na Reforma Flexner o seu instrumento de efetivação.

Acrescentamos ainda que, desde 1930, com a instalação progressiva das indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, opera-se no Brasil uma mudança no sentido e no conteúdo da prática médica, indo ao encontro da formação que os médicos recém formados brasileiros buscavam na formação especializada nos EUA.

3.2.3.1.2.1- Um Parêntese: O Questionamento de Flexner nos EUA

Após um período de consolidação do modelo flexneriano no ensino médico nas 40 primeiras décadas, nos EUA ocorre, a partir da quinta década do século, uma nova onda de mudanças no ensino médico.

Esta nova onda inicia-se, contudo, bem antes, em 1922, com a revisão do currículo das escolas médicas norte-americanas, com a introdução dos assuntos pertinentes à Medicina Preventiva. Entre 1922 e 1950, foram criados vários departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. Entre 1927 até 1946, no bojo da grande crise econômica característica do período, a atenção médica vira pauta de disputa nos Estados Unidos. De um lado, o Estado, que, preocupado com os altos custos da assistência médica, a partir de estudo concluiu que o custo do serviço médico era

muito superior ao que a maioria da população poderia pagar, propondo como solução a ampliação dos serviços de saúde pública e outras medidas para controle de custo. Do outro lado, os grupos médicos liberais que contestam a pesquisa do governo, argumentando, a partir de outro estudo, que a maioria das familiares poderia arcar com os custos da assistência médica. Posicionaram-se contra a intervenção do Estado na saúde e contra o seguro obrigatório de saúde. Nesse confronto, os grupos médicos, por intermédio de alianças de classes, bloquearam as várias tentativas do estado de implantar um plano nacional de saúde. Debate semelhante ocorreu na Inglaterra, tendo, porém, como resultado, a implantação de um Serviço Nacional de Saúde estatal, em 1948 (AROUCA, 1975).

Introduz-se o debate sobre a existência de uma crise na atenção médica. As Associações Americanas de Colégios Médicos, de Saúde Pública e de Medicina e as várias academias, bem como os recém-criados departamentos de Medicina Preventiva, defendem a posição que, havendo crise, esta deveria ser resolvida pelos próprios médicos, contrapondo-se a uma ameaça de intervenção estatal, conclamando-os a participar da mudança da medicina. Como estratégia de conciliação entre o Estado e os grupos médicos, previa-se um projeto de recomposição da prática médica diante da crise, ancorado na reconceitualização e reorganização do saber médico, denominado Medicina Preventiva. Visava implantar estratégias voltadas ao ensino médico, com o objetivo de incorporar novos conceitos e atitudes na atuação do profissional médico – uma atitude ao mesmo tempo integral, preventiva e social, por referência à abordagem do paciente e da família, à concepção do processo saúde-doença e às práticas a serem desenvolvidas na comunidade – frente ao doente, à doença e às exigências sociais referentes às necessidades de saúde. Com isso, pretendia-se alcançar uma transformação da sua prática individual e da totalidade da prática médica (AROUCA, 1975).

Esse movimento tem como seu marco histórico a fundação, em 1940, da Escola de Medicina de Western Reserve (Cleveland, Ohio), que representava uma crítica ao modelo flexneriano. O ápice desse projeto de contestação a Flexner foi a Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva, realizada em Colorado Springs, em 1952, com 76 escolas médicas do Canadá e EUA presentes, momento em que se disseminam as inovações de Western Reserve e propõe-se o incremento do ensino da medicina preventiva. (LIMA,

1983). Esta conferência responsabiliza a reforma de Flexner de haver contribuído para criar uma separação entre a medicina curativa e a preventiva e a perda da visão do paciente como um indivíduo membro de uma família e de uma comunidade, prevalecendo a visão fragmentada do paciente, recortado pelas várias especialidades médicas. Defendiam-se, afirmando que

as práticas preventivas deve(ri)am ser parte integrante da prática médica, cuidando o médico da manutenção da saúde mediante a educação e o conselho à família, a aplicação de procedimentos específicos de imunização e da prática de exames de saúde. Incorporava-se ao cuidado médico individual, voltado para a cura, procedimentos até então da esfera administrativo-sanitário, dirigidos ao coletivo (LIMA, 1983, p. 94).

Este evento serviu para: fornecer as bases para o ensino de uma “medicina integral”; consolidar os departamentos de medicina preventiva que já existiam e estimular sua criação naquelas que ainda não os tinham. Quando ocorreu esta conferência, 54 das 83 escolas americanas já possuíam departamento independente de medicina preventiva (GARCIA 1972, ANDRADE, 1978). Esta reforma estendeu-se rapidamente a outras escolas norte-americanas, entre os anos de 1950 - 1960. (ANDRADE, 1978).

A partir desta experiência é deflagrado um movimento de reforma que propunha uma reestruturação do currículo médico, introduzindo o conceito de ensino integrado das ciências básicas, em oposição à dicotomia entre o ciclo básico e o clínico, consagrada pelo modelo flexneriano. As propostas características desse movimento foram:

1º) os conteúdos das ciências básicas são reagrupados por aparelhos e sistemas, lecionados de forma conjunta e numa mesma matéria os conhecimentos anatômicos, fisiológicos, histológicos, etc;

2º) desde o primeiro ano o aluno participa de experiências de acompanhamento de grupos familiares selecionados, tendo oportunidade de atender partos e seguir o processo de desenvolvimento infantil por pelo menos dois anos;

3º) desde o primeiro ano o aluno deve tomar parte em projetos de investigação individual;

4º) os trabalhos de laboratório devem ter lugar em laboratórios multidisciplinares (LIMA, 1983, p. 93).

Nesse mesmo período, nos EUA ocorria uma movimentação das duas entidades – Associação Americana das Escolas Médicas (AAMC) e a Associação Médica Americana (AMA). Em 1951, a AMA publica o documento “Requisitos mínimos para acreditação de escolas médicas”; em 1952, AAMC ratifica estas propostas e, em 1953, publica-se documento intitulado “objetivos da educação médica na graduação”. Suas idéias básicas eram:

1º) conceito compreensivo do homem, que inclui a análise do homem, do seu comportamento e seu ambiente – nele se incluem a gênese, o crescimento e a maturidade, a natureza e os efeitos de impactos de origens variadas (trauma físico, doenças infecciosas, e idade, bem como impactos por forças emocionais, necessidades, desgostos e influências dos costumes sociais). Desta idéia decorreu a introdução dos conceitos: “de saúde, que possibilitaria a compreensão da história de vida do homem entendido como um processo; de ecologia, já que tanto a doença como a saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente no qual se acha incluído o social;

2º) a definição de um espaço de responsabilidades do médico que incluem a) a compreensão da sua própria personalidade e sua influência sobre o paciente; b) uma consciência da importância da família e da comunidade no cuidado do paciente; c) a compreensão das suas limitações e das relações que deve manter com as especialidades;

3º) uma visão da evolução histórica da medicina, que caminharia no sentido de uma nova forma da prática médica, superior e ideal (evolução da medicina terapêutica à medicina preventiva) (AROUCA, 1975, p. 105-106).

Em 1953, a Associação Americana das Escolas de Medicina dá uma nova forma aos objetivos da educação médica, baseada nesse documento. As idéias contidas neste documento passam a influenciar o modelo de escola médica americana e também o modelo de implantação de novas escolas na América latina. Fomenta-se quase exclusivamente na década de 1950 a criação dos departamentos de medicina preventiva e social (ANDRADE, 1978).

Nascia o que foi denominado Medicina Integral no interior da educação médica americana, considerado como “uma tentativa de aprimoramento da medicina individualista para corrigir as distorções das instituições de saúde” (ANDRADE 1995, p. 50). Emergiu a partir da confluência das insatisfações das escolas médicas em relação ao modelo de ensino, e dos interesses da Associação Médica Americana, em torno da denominada “crise na atenção médica”, buscando estrategicamente uma racionalização destas instituições por meio de mudanças centradas no médico, a quem caberia assumir o cuidado médico integral do paciente (AROUCA, 1975; LIMA, 1978).

Os anos 60 caracterizaram-se como um período de aumento das tensões sociais relacionadas à situação de exclusão de partes da população das políticas estatais, exigindo a reorientação das políticas sociais no Estado americano. Este respondeu por meio da intervenção estatal implementada por da implantação de programas comunitários em várias áreas, incluindo a saúde. Nesse bojo, nasce a proposta da Medicina Comunitária, que visava à prestação de serviços a categorias excluídas do cuidado médico.

No início dos anos 70, nos EUA, constituiu-se um movimento de reforma, que ficou conhecido como Integração Docente Assistencial, que tentava responder à crise do setor saúde, representada pelo aumento da pressão social pelo acesso à assistência médica, pelos crescentes custos da assistência e pela escassez e inadequação dos recursos humanos necessários. Era necessário sintonizar a preparação de profissionais para dar resposta aos requerimentos provenientes da área da saúde. Foram elaborados projetos que procuravam intervir na prática médica, e constituiu-se um movimento de aproximação entre as instituições de ensino e as de prestação de serviços de saúde, com o objetivo de articulá-las num mesmo campo de práticas. Propunha a inserção da educação médica na estrutura dos serviços de saúde, com o objetivo de ampliar o espaço de treinamento e também o

estabelecimento de novas relações entre as áreas da saúde e da educação. Tinha como noção a idéia de que os estudantes deveriam ter contato com o meio onde vive o paciente, sendo a comunidade entendida como laboratório. Esta proposta parte das necessidades de saúde, preocupando-se com a organização dos serviços para dar resposta a essas necessidades e centrando sua ênfase no cuidado à saúde (ANDRADE, 1995)²¹.

Esta proposta foi ao encontro das idéias de extensão de cobertura que eram buscadas pelos países das Américas – tendo em vista a crise de atenção à saúde, tendo como eixo a racionalização dos cuidados primários de saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária (ANDRADE, 1995).

3.2.3.1.2.2- As agências internacionais e a educação médica na América Latina

No pós-guerra, seguindo a tendência de aumento progressivo da influência dos E.U.A. no ocidente e na América Latina, a Educação Médica, também no Brasil, passa a ser um espaço de intervenção internacional. Nesse sentido os EUA adotam várias estratégias, dentre as quais se destaca a realização dos Encontros ou Seminários de Educação Médica, promovidos por organizações nacionais e internacionais; o financiamento para estudos e pesquisas, reformas curriculares e adoção experimental de modelos de ensino, concedido por fundações privadas americanas, como a Fundação Rockefeller, a Kellogg, a Milbank, a Ford e outras instituições como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) ou organizações de saúde, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Federação Pan-americana de Escolas Médicas (FEPAFEM). (ANDRADE, 1978)

Nos anos 1950, a Fundação Rockefeller financiou a criação de várias faculdades de medicina na América Latina. No Brasil, foi criada a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O modelo de ensino implantado foi o flexneriano, acrescido das recomendações da Conferência de Colorado Springs e as idéias e princípios contidos nos documentos da AAMC e AMA.

²¹ CAMPOS *apud* ANDRADE, 1995.

Em 1955, ocorreu o Primeiro Seminário de Educação Médica na América Latina , em Cali na Colômbia. Nesse seminário, foi recomendada a criação dos departamentos de medicina preventiva; a coordenação horizontal e vertical no ensino das diversas disciplinas; o incremento do número de professores em tempo integral e dedicação exclusiva; o estabelecimento do internato hospitalar de um ano de duração, como requisito para a obtenção do grau de médico; a adoção de sistemas de limitação de matrícula e de seleção dos candidatos a serem admitidos nas escolas. Recomendou-se, ainda, a criação da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina. Esta recomendação generalizou-se rapidamente pelos demais países da América Latina.

Em 1957, ocorreu a Primeira Conferência de Faculdades Latino Americanas de Medicina, no México, organizada pela “Unión de Universidades de América Latina” (UDUAL), que teve como resultado a Declaração do México sobre Educação Médica na América Latina, onde se recomendava a criação de associações nacionais de faculdades e escolas de medicina e a promoção de intercâmbios entre estas. Em 1960 ocorre a Segunda Conferência de Faculdades Latino Americanas de Medicina, em Montevideú. Recomendou-se a criação da Federação Pan-americana de Faculdades e Escolas de Medicina (FEPAFEM). Em 1962 ocorre a Terceira Conferência de Faculdades Latino Americanas de Medicina em Viña Del Mar, onde foi criada a FEPAFEM. A criação da FEPAFEM foi polêmica, pois criava um canal de influência dos EUA na solução dos problemas educativos latino-americanos, e competia com a União da Universidades da América Latina (UDUAL) na liderança dos movimentos de reforma do ensino médico.

Nessa mesma época, a OPAS começava a realizar os “Laboratórios de Relações Humanas e Ensino Médico”. Em 1964, a OPAS co-patrocina o Estudo de Recursos Humanos para a Saúde e para a Educação Médica da Colômbia. Este estudo foi um piloto para desenvolver uma metodologia com esses objetivos, foi ampliado aos países da América Latina. Esta nova estratégia de ação da OPAS representou o começo de um novo enfoque da formação de pessoal para a saúde, com a planificação dos recursos humanos. Em 1965, OPAS cria o Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos, e reconhece a FEPAFEM como o interlocutor não governamental representativo das faculdades e escolas de medicina das Américas. Publica também o livro do Dr. Edward M.

Bridge, intitulado *Pedagogia Médica*”, o qual foi amplamente difundido nas escolas de medicina da América Latina.

A partir de 1966, a FEPAFEM passa a convocar conferências bienais de educação médica de caráter pan-americano, enquanto a UDUAL segue patrocinando conferências também bienais com a participação das faculdades da América Latina. A FEPAFEM acaba dominando o cenário internacional, pois foi apoiada pelas fundações privadas norte americanas, desenvolvendo uma estrutura operativa permanente e programas executados em parceria com as associações filiadas. A UDUAL não dispunha de suficiente apoio econômico e limita-se a patrocinar as conferências bienais latino-americanas, estando inoperante fora desta agenda.

A partir de 1966, a OPAS inicia um extenso estudo sobre as 107 escolas de medicina da América Latina, que culminou com a publicação do livro de Juan César Garcia “*La educación Medica en la América Latina*”. Nesse mesmo período, a OPAS inicia o programa de “Livros-textos,” cujo objetivo central era disponibilizar literatura aos alunos a preços acessíveis. Formaram-se os comitês de professores em cada disciplina, onde foram produzidos numerosos informes. Nesse mesmo ano a OPAS cria a revista trimestral *Educación Médica y Salud*, veículo de divulgação que foi amplamente utilizado para expor os principais ideários da OPAS. Em 1969, são realizados pela OPAS, através do Departamento de Recursos Humanos, vários seminários, oficinas sobre desenho curricular, administração de escolas de medicina e ensino de ciências sociais aplicadas à saúde (ANDRADE 1978).

Em 1969, no editorial da *Educación Médica y Salud*, o Dr. Ramon Villarreal (VILARREAL, 1969), integrante do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS, explicita seu projeto para os países na América Latina. Propõe, em primeiro lugar, que os governos pesquisem, para obter informações sobre a situação existente – como as necessidades, em termos quantitativos e qualitativos, devem ser satisfeitas em um período de referência – para que estas sejam analisadas e incorporadas aos planos nacionais de saúde. Sugere-se que se pesquise sobre o sistema de atenção à saúde, segundo as características socioculturais e econômicas do país; o pessoal de saúde existente, segundo seu campo profissional, modalidade de exercício, localização, nível de

preparação e características de ordem pessoal; os requerimentos de pessoal para atender os serviços existentes e os que se projeta estabelecer; as instituições onde se forma o pessoal da saúde; os fatores que facilitam ou dificultam a inovação e a mudança dos sistemas educacionais. Segue propondo uma intervenção do Estado no aparelho formado e nos serviços de saúde, onde que tanto as funções designadas à faculdade ou à escola, como os objetivos educacionais de cada programa acadêmico estejam claramente definidos. Tendo em vista os recursos disponíveis, as exigências do meio, é que se decide a vocação de cada estabelecimento – de formação de médicos na graduação, ou de especialista, ou de educação continuada de médicos em exercício; se a escola participará do adestramento de outro tipo de pessoal de saúde e em que medida; se realizará programas de investigação e se estes se limitarão à manutenção de um nível científico em seu pessoal docente, adequado para oferecer um bom ensino, ou se, pelo contrário, a função de investigação tenderá a objetivos e alcances próprios e independentes. Propõe que os objetivos dentro do processo de ensino devam ser concebidos e expressos em termos de mudanças de comportamento que se espera produzir nos alunos. Cada um dos objetivos deve poder traduzir-se em ações docentes específicas dirigidas para alcançá-lo e em procedimentos de avaliação adequados para medir o grau no qual é cumprida em cada uma das etapas do processo educativo. Propõe, a seguir, um método para a determinação dos objetivos educacionais dentro de um programa de formação de médicos: começar por uma descrição das funções – de acordo com a realidade econômica, social e institucional – o que se espera de um profissional recém-formado egresso da faculdade de medicina; determinar para cada uma das funções estabelecidas os conhecimentos, as habilidades e as atitudes indispensáveis para seu eficaz cumprimento; tais conhecimentos, habilidade, atitudes, devidamente ordenados, seriam os verdadeiros objetivos a alcançar em termos de condutas, e deles dependeriam o conteúdo e a metodologia do plano de estudos. A definição de objetivos educacionais em termos de câmbios de comportamento desenrola-se por meio de uma técnica bem definida, que requer um conhecimento mais ou menos completo da realidade social, assim como dos interesses, motivações, atitudes, capacidades e conhecimentos prévios, com os quais chegam os alunos às escolas de medicina. Para poder deduzir, a partir dos objetivos educacionais previamente definidos, a estratégia que se vai colocar em prática para alcançá-los, é necessário conhecer mecanismos psicológicos do aprendizado e estar familiarizado com os diversos métodos de

ensino que podem ser empregados com tal propósito. A humanização das relações entre professores e alunos e o enfoque gradual de sua atenção para os interesses da sociedade a que devem servir complementam a indispensável preparação técnica. Aponta o problema da falta de integração das instituições, que nos diversos países, estão encarregadas da atenção médica, assim como as distintas modalidades de exercício profissional, fazendo com que os médicos recém-graduados sejam submetidos a padrões diferentes de trabalho, o que complica a tarefa de definir um perfil único de funções. Propõe a introdução de planos de estudos elásticos e imaginativos e a coordenação de esforços das faculdades e das instituições de assistência médica na tarefa de planejamento. Em relação à estrutura administrativa rígida, propõe a revisão periódica dos planos de estudos e da distribuição das disciplinas. Quanto aos problemas de recursos humanos e materiais, identifica a necessidade de criar sistemas de utilização dos recursos que garantam seu máximo aproveitamento, visto que os problemas não serão resolvidos de imediato. Propõe-se a criação de faculdade ou centro de ciências da saúde que unifiquem recursos dispersos e tenham entre suas funções a formação de pessoal para a saúde em diversas áreas e a diferentes níveis. Além de racionalizar os recursos, os centros ofereceriam aos alunos a vantagem de formar e adestrar os alunos dentro do espírito do trabalho em equipe e com uma visão multidisciplinar dos problemas de saúde. Outra vantagem é que atenderia a um maior número de aspirantes que, por serem rechaçados, orientam sua vocação para outras profissões.

A proposta da Medicina Comunitária veio para América Latina por meio da OMS, OPAS, FEPAFEM, Fundação Kellogg e Milbank nos anos 70, e difundiu-se em forma de projetos experimentais de prestação de serviços que se propunham ao desenvolvimento de modelos assistenciais passíveis de garantir a extensão do cuidado à saúde a populações pobres, urbanas e rurais. A questão da utilização da comunidade na educação médica foi muito debatida tanto nos EUA como na América Latina, sendo realizados vários eventos com este tema. Na América Latina, estes projetos foram estratégias de racionalização da assistência médica desenvolvidos pelo Estado capitalista dependente – que neste modelo é promotor de mecanismo de consumo, no caso da saúde, de consumo de serviços médicos prestados no âmbito privado, numa relação de mercado – que pretendiam impedir a extensão da assistência médica no modelo dominante, de alto custo, a populações

excluídas do cuidado médico e com as necessidades de “consumo de serviços médicos” geradas de acordo com o padrão dominante da assistência médica na estrutura social. Como projeto de reforma, a Medicina Comunitária

retorna e reorienta as questões já postas no campo de problemas e tentativas de solução que cercam a prática médica (...) postula, na seqüência da medicina integral e da medicina preventiva, a subordinação da prática à dimensão social do processo saúde-doença, impondo a superação do corte entre aspectos orgânicos e psicosociais, entre condutas preventivas e curativas, entre prática individual e efeitos coletivos da atenção à saúde. (Apresenta-se igualmente) como uma resposta à inadequação da prática médica para atender às necessidades de saúde das populações, (mas) (...) localiza os elementos responsáveis pela inadequação não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual, mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica, superáveis através de novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos (DONNANGELO e PEREIRA, 1979, p. 85-6).

Propõe, além da reformulação do ato médico, uma nova articulação do conjunto das agências e práticas que compõem o campo da atenção à saúde. O núcleo da proposta é a experimentação de modelos de assistência à saúde, tendo contudo, um a priori que é a prestação de serviços de saúde. Nessa perspectiva, a escola médica, fica incumbida da elaboração e experimentação desses modelos, nunca perdendo de vista a obrigatoriedade de prestação de serviços à comunidade (DONNANGELO e PEREIRA, 1979). Nas discussões dentro da educação médica, a proposta da Medicina Comunitária era justificada por objetivos de ordem educacional e também ligada ao desenvolvimento da própria comunidade. Considerou-se que estes programas no âmbito educacional contribuíram para que os alunos saíssem do hospital e conhecessem o meio em que vivem o paciente e sua família, aumentando a compreensão do processo saúde-doença, das interações de fatores do hospedeiro e do ambiente e da variabilidade na percepção da doença e na utilização de recursos médicos, facilitando a aquisição de atitudes preventivas, capacitando-os para o

diagnóstico dos principais problemas de saúde da comunidade e preparando-os para o trabalho em equipe, dentro de um sistema de saúde (ANDRADE, 1995)²².

Nos anos 70, além dos programas de Medicina Comunitária, era também difundida na América Latina pela OPAS FEPAFEM e a Fundação Kellog, a proposta de Integração Docente Assistencial, que articulava a formação do pessoal da saúde, pensando na capacidade de atender às necessidades de saúde e propondo a organização de uma rede hierarquizada de serviços. Esta idéia foi ao encontro das propostas de extensão de cobertura que visam dar respostas à crise de atenção à saúde, tendo como eixo racionalizado os cuidados primários de saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária. Nos anos 70, um estudo denominado Programa de Análise da Integração Docente-Assistencial (PROAIDA) analisou esses projetos em desenvolvimento na América Latina, incluindo 19 no Brasil.

Neste período, além dos movimentos já descritos até aqui, ocorreram outros movimentos, como o da Medicina de Família e Medicina Generalista, onde se fazia referência, principalmente, ao perfil do profissional a ser formado. Segundo a análise de ANDRADE (1985, p. 68),

Suas concepções assentavam-se em conceitos já elaborados pelos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral, atualizando as críticas à excessiva especialização, à tecnificação e ao hospitalocentrismo do modelo dominante de atenção médica e retomando propostas, como o cuidado integral e a ênfase na família como centro deste cuidado, presentes naqueles projetos. Suas proposições eram apoiadas no conceito da atenção primária à saúde, que entre outros pontos, considerava a atenção primária como fundamental para a universalização do cuidado à saúde, principalmente nos países subdesenvolvidos, incapazes de sustentar o alto custo da assistência médica dominante.

O autor conclui que, apesar de utilizarem ainda a mesma estratégia de colonizar o espaço acadêmico, não se realizaram efetivamente como mudanças pedagógicas.

²² KAPLAN e TERUEL, 1972 *apud* ANDRADE, 1995.

3.2.3.1.3- A educação Médica pós-1950

Os anos 50 são marcados pelo aumento do número de instituições de ensino superior e de faculdades médicas no Brasil. Tal expansão do sistema de ensino superior ocorreu de forma desordenada, levando vários grupos da sociedade a manifestar a preocupação com a qualidade destes.

No caso das escolas médicas, em 1956 já eram 27, sendo que 13 escolas foram criadas entre 1808 e 1935 (numa expansão lenta – Quadro 3), enquanto que as demais 14 foram criadas num período de 20 anos (AMARAL, 2002). Diante dessa situação, a Associação Médica Brasileira criou uma Comissão de Ensino Médico, com o intuito de avaliar a qualidade do ensino médico ministrado. Como os resultados não foram satisfatórios, esta comissão enviou os resultados ao presidente JK, e este, através do Ministro da Educação, organizou uma comissão interministerial que tinha por objetivos avaliar o ensino médico brasileiro e promover consultas nas escolas médicas, para posterior elaboração de projeto de lei para adequar o ensino médico. Um projeto de lei para a adequação do ensino foi elaborado e enviado a Câmara, contudo não foi sancionado (AMARAL, 2002, p. 60)²³.

²³ VERAS, 1981 *apud* AMARAL, 2002, p. 60.

Quadro 3 – Data de fundação das escolas médicas na década de 50

Fundação	Entidade	Região	Depend. Adm inistrativa
1951	Universidade de São Paulo – campus Ribeirão Preto	Sudeste	Particular
1951	Universidade Federal do Alagoas	Nordeste	Federal
1951	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	Sudeste	Particular
1952	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública	Nordeste	Particular
1953	Universidade Federal de Juiz de Fora	Sudeste	Federal
1954	Universidade Federal de Santa Maria	Sul	Federal
1954	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro	Sudeste	Federal
1955	Universidade Federal da Paraíba – campus I – João Pessoa	Nordeste	Federal
1956	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Nordeste	Federal
1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	Sul	Particular
1957	Universidade Federal do Maranhão	Norte	Federal
1958	Universidade Federal do Espírito Santo	Sudeste	Federal

Fonte: Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? CREMESP, 2003

Inaugurando este período, destaca-se a criação da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto, com apoio da Fundação Rockefeller, uma das primeiras da América Latina a romper com o modelo de ensino médico retórico dominante da época desde o século XIX. Esta faculdade seguiu os princípios contidos no Relatório Flexner, acrescidos das recomendações da Conferência de Colorado Springs, bem como os requisitos da AAMC e AMA²⁴ (GARCIA, 1972; LIMA, 1983). As principais propostas que foram incorporadas à estrutura didático-filosófica foram:

²⁴ Sobre a AAMC e AMA, ver páginas 69-70.

1) sistematização da educação médica: a) curso normal de ciências médicas, b) curso de pós-graduação; 2) tendência para medicina preventiva; 3) alicerçar-se na clínica médica; 4) ministrar cursos normais para as disciplinas essenciais; 5) adotar sistema departamental: fusão das cátedras de clínica médica em Departamento de Clínica Médica e as de clínica cirúrgica em Departamento de Cirurgia e suas respectivas interações com laboratórios de patologia; 6) número de matrículas limitado, ou seja, proporcional à capacidade didática; 7) obrigatoriedade do internato; 8) seleção de alunos com critérios científico, moral e psicológico (...) a estas recomendações somavam-se, ainda, a adoção do tempo integral para as disciplinas básicas e clínicas, criação de uma Escola de Enfermagem e a construção de um Hospital Escola. Consta que a afirmação destas linhas mestras satisfaziam as exigências da Fundação Rockefeller para futuro apoio financeiro à Faculdade de Medicina²⁵.

O curso de Medicina de Ribeirão Preto foi fundado sob a égide da modernização do Brasil e sob o efeito das propostas de interiorização oriundas dos anos 30 e 40. Esse esforço para interiorização incluía a expansão do sistema de ensino superior para o interior, resultante da crença de que a modernidade é produzida a partir da educação, o que representava um dos pilares da organização do capitalismo em transformação no Brasil. Sua fundação foi realizada a partir da lei sancionada no Estado de São Paulo, em 1948, onde se contemplavam várias cidades paulistas com diferentes cursos superiores. Essa notícia foi ao encontro do interesse da comunidade local, expressa pela seguinte visão:

À sociedade de Ribeirão Preto, que reclamava sediar uma Universidade do Interior, destinou-se uma Faculdade de Medicina, aceita de bom grado na certeza de vir a ser a "célula mater" daquele ideal²⁶.

O curso de Medicina de Ribeirão Preto surgiu subordinado à USP, com o apoio de mais de uma centena de docentes da FM-USP, todos dispostos a integrar seu corpo acadêmico. Recebeu apoio financeiro da Fundação Rockefeller logo após sua criação, com

²⁵ Este texto foi extraído da homepage da Faculdade de Ciências Médicas de Ribeirão Preto, no dia 26/01/2004, é assinado pela Prof^a. Dr^a. Maria Augusta de Sant'Ana Moraes (<http://www.fmrp.usp.br/paginas/historia.htm>)

²⁶ idem 10

o qual foi custeado o “aprimoramento de professores, estruturação de departamentos, equipamentos de laboratórios e serviços da Faculdade e do Hospital das Clínicas”²⁷.

Esta escola acabou por influenciar as demais escolas brasileiras e tornou-se referência pelos propósitos inovadores em relação ao papel da escola de medicina, entendida como espaço do ensino, da pesquisa e da prestação de serviços – linhas mestras de seu projeto de fundação, plenamente sintonizadas com os ideários mais modernos da medicina na época. O que a diferenciou das demais escolas médicas foram as inovações científicas implantadas, a organização departamental nos moldes americanos, a organização semestral para algumas disciplinas, a redução substancial do número de cátedras, a implantação de regime de tempo integral obrigatório para todas as cátedras, o estabelecimento da investigação científica como obrigação para todos os docentes, a elaboração do quadro de carreira docente, a admissão, no corpo docente, de especialistas não médicos para as disciplinas básicas do curso, a valorização de instrumentos auxiliares à investigação científica e ao ensino – tais como biblioteca, biotério, laboratórios; ensino interdisciplinar, com laboratórios para as disciplinas básicas –, a criação de novas disciplinas no currículo médico, como Psicologia Médica, Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, Genética Médica e Bioestatística, a redução de carga horária de disciplinas como Parasitologia, Medicina Legal, a valorização da atenção materno-infantil, do ensino de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (MENEGBELI, 1994, p. 122).²⁸.

Enquanto no EUA um movimento de reforma de ensino médico (já relatado acima) discutia uma reformulação do modelo flexneriano original implantado nas escolas médicas americanas e canadenses, no Brasil, assim como na América Latina, implantava-se tardiamente o modelo flexneriano inicial, sendo a faculdade de medicina de Ribeirão Preto uma exceção à regra, pois já incorporava no seu modelo as recomendações de reformulação do modelo flexneriano.

Só na década de 1960 iniciam-se no Brasil, de fato, as mudanças curriculares no sentido discutido em Colorado Springs. Podemos citar três experiências de inovações curriculares que se tornam referências, tanto nacional como internacional: a fundação do

²⁷ idem 10

²⁸ BRIANI, 2003 *apud* MENEGBELI, 1994, p. 122.

curso de medicina da Universidade de Brasília (UnB), o Currículo Experimental da USP e a reforma curricular do curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). SOBRAL (1991) analisa que “as três propostas (...) [redefiniram] a adequação da formação médica às necessidades sentidas em relação à carga mórbida da população de referência” e partiram das necessidades percebidas quanto ao tipo de médico para construir seus currículos.

O curso de Medicina da UnB foi fundado em 1966, seguindo as “novas concepções de integração, flexibilidade e modernização” que marcaram a fundação da UnB²⁹. Foram adotadas novas concepções sobre saúde e doença, medicina, ciência e tecnologia. Foi privilegiada a formação geral do médico, tendo como cenário de ensino a Unidade Integrada de Saúde da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, localizado em Sobradinho – utilização do hospital da comunidade e da rede de serviços de saúde (LOBO E FERREIRA, 1970; SOBRAL, 1991).

Em 1968, a Universidade de São Paulo (USP), cujo curso de medicina data de 1913, implantou uma alternativa curricular, o Currículo Experimental Medicina, que surge como resposta à “demanda pública e governamental pela ampliação quantitativa do alunado, [à] preocupação de parte do corpo docente com a questão da modernização do ensino em termos de eficiência e produtividade, [a] possibilidade de obtenção de recursos adicionais”. Outro aspecto era a necessidade de expansão da Faculdade de Medicina em direção à Cidade Universitária, o novo campus (MARCONDES, 1975).

O curso de medicina da UFMG, fundado em 1911, num modelo tradicional, manteve por uma década um currículo experimental, implantado a partir de 1965. Esta experiência não alcançou o sucesso esperado, porém deu origem ao processo técnico político de desenvolvimento curricular que culminou com a implantação do novo currículo, a partir de 1975. É fato que a reestruturação do hospital de ensino em adequação à reprogramação de prestação de serviços de atenção médica na área de Belo Horizonte foi um fato importante de mudança, no sentido do currículo (LOBO e FERREIRA, 1970; SOBRAL, 1991)

²⁹ O projeto de fundação da UnB foi idealizado por Darcy Ribeiro e Paulo Freire e representou uma inovação no modelo universitário, com a criação de espaços de integração inter cursos e interdisciplinar e ruptura na “educação bancária”. Este projeto perdeu suas características originais no governo militar.

Além destas três, ocorreram entre os anos 70 e 80 outras experiências de inovação nos cursos de medicina, desenvolvidas pelas Faculdades de Medicina de Botucatu, da Unicamp, da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e de Campos. A maioria dessas experiências não conseguiu consolidar-se enquanto referência duradoura de um novo modelo de ensino, que se contrapusesse ao modelo tradicional e algumas mantiveram certo grau de sucesso nas inovações por algum tempo (FEUERWEKER, 1998).

Assim, podemos dizer que houve dois momentos de mudanças na escola médica nesse século; num primeiro momento, entre os anos 40 e 50, as escolas já existentes adequaram-se ao molde flexneriano e as novas escolas foram criadas sob inspiração do Relatório Flexner. Nesse bojo, foi realizada uma reestruturação dos hospitais filantrópicos utilizados para o ensino e também foram fundados os hospitais de clínicas juntos às novas faculdades. O segundo momento de mudanças ocorreu entre os anos 50 e 60, com a proliferação dos Departamentos de Medicina Preventiva na quase totalidade das escolas médicas da América Latina, e com a reintrodução dos conhecimentos de higiene e de medidas de prevenção nos currículos médicos. Comparando-se estes dois momentos, os autores afirmam que as propostas dos anos 50/60 não tiveram o mesmo impacto na reestruturação do ensino médico daquelas que se fizeram nas décadas de 40 e 50 ocorridas sob os auspícios do Relatório Flexner nas áreas básicas e clínicas e da atenção individual (MARSIGLIA, 1995)

Os anos 60 são marcados pela grande pressão social por qualificação profissional, tendo como consequência a abertura de novas instituições privadas de ensino de forma descontrolada, nas regiões mais ricas da federação, principalmente no sudeste. Ocorre um aquecimento do mercado livre de ensino superior, que já vinha em crescimento desde o início do século. Contudo, com a avalanche de novas instituições o credenciamento era realizado em condições precárias de verificação da qualidade dos cursos oferecidos.

Desde os anos 50, já havia um movimento em prol da reformulação da universidade que reivindicava a integração da estrutura universitária, o aumento do número de vagas e o fim do regime de cátedras. Mas somente em 1968, com a Reforma Universitária instituída pelo governo militar, o regime de cátedras foi abolido. Sob o lema

“Educar com Segurança”, esta reforma transformou radicalmente as universidades brasileiras; por um lado promovia a expansão quantitativa das instituições de ensino superior

de forma descentralizada do ambiente universitário, em faculdades isoladas, predominantemente privadas [e por outro, normatizava a vida universitária visando] restringir o pensamento, controlar as manifestações e sobretudo centralizar ainda mais a gestão da educação brasileira (AMARAL, 2002, p. 61).

Porém, este projeto de modernização da universidade brasileira não atendia aos anseios dos movimentos universitários brasileiros, mas às conveniências de suas relações internacionais. Nesse bojo, o governo brasileiro assina um acordo internacional com a United States Agency International Development (USAID), o convênio MEC/USAID, sacramentando institucionalmente a influência americana capitalista, francamente privatizante, no sistema de ensino superior no Brasil (AMARAL, 2002).

Como resultado deste convênio ocorrem: o aprofundamento da verticalização da gestão do ensino superior (Lei 5.540/68); proibição de manifestações de caráter político e de protesto no âmbito das universidades públicas e privadas (Decreto 477/68); definição de critérios para a expansão do ensino superior, que privilegiaram apenas os interesses das elites nacionais e internacionais (Decreto 63.341/68); qualificação do corpo docente por meio de bolsas de pós-graduação no exterior (AMARAL, 2002).

A base da Reforma Universitária de 1968 foi a concepção de que:

(...) a educação é vista como fator estratégico, numa política de desenvolvimento, e deve ser entendida como eficiente instrumento para conter os conflitos sociais e eliminar os obstáculos que se antepunham ao crescimento econômico; (...) os convênios assinados entre o MEC-USAID visam a formação de recursos humanos para consolidação do capitalismo dependente, bem como a implantação de nova estrutura acadêmica e organização administrativa, objetivando maior eficiência e produtividade nas instituições de ensino superior (AMARAL, 2002, p. 62-63)³⁰.

³⁰ FÁVERO, 1994 *apud* AMARAL, 2002, p. 62-63, destaca dois acordos MEC-USAID, especialmente o Acordo de 1965, o Convênio de 1967, o Plano Acton de 1966 e o relatório Meira Mattos de 1968, como instrumentos oficiais de realização deste política.

Destaca-se que o principal argumento para justificar a celebração desse acordo foi a crise existente no sistema educacional que, para ser solucionada, necessitava de cooperação internacional financeira e técnica (AMARAL, 2002)³¹.

Em 1969, é sancionada a lei que instituía o currículo mínimo do curso de medicina, escrito com base no parecer n.º 506/69, aprovado em 11 de julho de 1969. Nesse parecer, o relator Roberto Figueira Santos aponta os principais problemas que esta regulamentação deveria solucionar:

O currículo tradicionalmente adotado pelas nossas faculdade dava grande ênfase às disciplinas de Medicina Clínica, à assistência ao *indivíduo enfermo*, objetivando a restauração da saúde, com exclusão quase total da apreciação das medidas para a *preservação e promoção* da saúde [quer seja] *do indivíduo*, [quer seja] das comunidades. Refletia esse currículo a predominância nítida do cunho liberal de que se revestia o exercício da profissão em passado remoto. (grifos do autor).

Aponta como problema o fato de a Saúde Pública ter pouco espaço nos currículos das escolas médicas, despertando pouco interesse nos alunos. Nesse sentido, afirma que há uma mudança

a orientação do ensino médico tem-se modificado radicalmente nos últimos tempos, no Brasil como em outros países em desenvolvimento. Busca-se, modernamente, despertar em nossos estudantes, ao longo do curso, acentuado interesse pelo melhor entendimento das *condições sociais*, que se refletem, de múltiplas formas, sobre a *saúde das comunidades e dos indivíduos*. Para prestar boa assistência ao indivíduo, deverá o médico estar informado não apenas dos aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde da população a que está servindo como do complexo sistema de assistência médica em que deverá integrar-se, e no qual, freqüentemente, desempenhará papel de liderança. Esta orientação impressa desde o ambiente escolar, induzirá no estudante a atitude que se espera do todo e qualquer médico perante as questões pertinentes à preservação, à restauração e à promoção da saúde, entendida esta *como completo bem estar físico, mental e social* (grifos do autor).

³¹ ROMANELLI, 1983 *apud* AMARAL, 2002

Discute-se nesse parecer o problema da especialização precoce, muito comum desde os anos 50, quando os currículos não ofereciam atividades práticas suficientes, levando os alunos a fazer seus currículos paralelos em serviços clínicos. Os alunos não cumpriam a carga horária curricular oficial, o que foi modificado a partir da segunda metade da década de 50, quando as escolas médicas dispuseram-se a oferecer condições que permitissem exigir-se dos respectivos estudantes o rodízio pelas clínicas de diferentes especialidades. Como estratégia, a escola implantou mais práticas clínicas, alterou a seriação das disciplinas, adotando-se o chamado horário em bloco. Pela primeira vez, permitiu-se que os estudantes, no cumprimento de horários oficiais, permanecessem nos ambulatórios e enfermarias tempo suficiente, sem interrupções, para cuidado de doentes. Para fugir à especialização precoce, que era a regra, pretendeu-se, contudo, ocupar todo o curso de graduação com programas destinados à formação do médico geral. Ao procurar-se evitar o exagero em um sentido, descreveu-se verdadeiro movimento pendular, cometendo-se exagero do mesmo grau em sentidos opostos. A força da própria realidade, contrariando em parte os horários oficiais do currículo, mais uma vez frustrou a intenção dos educadores. Continuou, a grande maioria dos estudantes, a iniciar-se numa especialidade ainda durante o curso de graduação, embora mais tardiamente do que no passado.

Discute-se também nesse parecer que a organização dos cursos médicos esteve sempre vinculada à distribuição dos leitos dos hospitais-escola, que eram de responsabilidade das cátedras. Dependia-se do arbítrio do catedrático tanto a orientação do ensino quanto a direção dos trabalhos de assistência médica na respectiva clínica. Argumenta-se que isso tem dificultado a adoção de modernas técnicas de administração hospitalar nos hospitais-escola, onde os catedráticos resistem a abandonar parte de seu poder dentro do hospital em favor da gestão do serviço, o que resulta também em dificuldade na atualização dos currículos médicos. A resolução de 1969, que estabelece o currículo mínimo³² é acrescida em 1971, de outra lei que estabelece que o internato passa a ser obrigatório nas Escolas Médicas do país, sobre o designio de “estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço”. (AMARAL, 2002).

³² ver o currículo proposto na página.

Em meio a essas mudanças na legislação, no ensino médico mantém-se a vertiginosa expansão do número de escolas. Em apenas cinco anos (de 1967 a 1972) o número de escolas médicas passou de 31 a 73 (Quadro4) e o número de estudantes de medicina dobrou, de 21.907 para 44.074. Este crescimento contrasta com o ritmo até então em voga. Além disso o processo brasileiro é dissonante em relação aos demais países da América Latina, sendo o único país em que a expansão do ensino médico deu-se a partir da proliferação de escolas isoladas e em sua maioria privadas, já representando, nessa época, 44% das escolas médicas do Brasil (FEUERWEKER, 1998).

Quadro 4 – Data de fundação das escolas médicas após 1960

Fundaçã o	Entidade	Região	Depend. Administrativa
1960	Universidade Federal de Santa Catarina	Sul	Federal
1960	Universidade Federal de Goiás	Centro-oeste	Federal
1961	Universidade Federal de Sergipe	Nordeste	Federal
1961	Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre	Sul	Federal
1963	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho	Sudeste	Estadual
1963	Universidade Católica de Pelotas	Sul	Particular
1963	Fundação Universidade Federal de Pelotas	Sul	Federal
1963	Universidade Estadual de Campinas	Sudeste	Estadual
1963	Pontifícia Universidade Católica de Campinas	Sudeste	Particular
1963	Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de São Paulo	Sudeste	Particular
1965	Universidade Gama Filho	Sudeste	Particular
1965	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto	Sudeste	Estadual
1966	Fundação Universidade Federal do Rio Grande	Sul	Federal
1966	Universidade de Brasília	Centro-oeste	Federal
1966	Universidade Federal do Amazonas	Norte	Federal
1967	Faculdade de Medicina de Petrópolis	Sudeste	Particular
1967	Universidade de Caxias do Sul	Sul	Particular
1967	Universidade de Taubaté	Sudeste	Municipal
1967	Fundação Lusíada	Sudeste	Particular
1967	Universidade Estadual de Londrina	Sul	Estadual
1967	Faculdade de Medicina de Campos	Sudeste	Particular
1968	Fundação Ensino Superior Vale do Sapucaí	Sudeste	Particular
1968	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	Centro-oeste	Federal
1968	Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná	Sul	Particular
1968	Universidade Federal do Piauí	Nordeste	Federal
1968	Escola de Medicina Santa Casa de Misericórdia Vitória	Sudeste	Particular
1968	Faculdade de Medicina de Itajubá	Sudeste	Particular
1968	Universidade de Mogi das Cruzes	Sudeste	Particular
1968	Universidade de Passo Fundo	Sul	Particular
1968	Universidade Federal de Uberlândia	Sudeste	Federal
1968	Universidade Federal Paraíba – Campus II – Campina Grande	Nordeste	Federal
1968	Centro de Ensino Superior de Valença	Sudeste	Particular
1968	Centro de Ensino Superior de Volta Redonda	Sudeste	Particular
1968	Faculdade de Medicina de Jundiaí	Sudeste	Municipal
1969	Universidade Severino Sombra	Sudeste	Particular
1969	Faculdade de Medicina de Marília	Sudeste	Estadual
1969	Universidade Estadual de Montes Claros	Sudeste	Estadual
1969	Escola de Ciências Médicas de Alagoas	Nordeste	Estadual
1969	Faculdade de Medicina do ABC	Sudeste	Particular
1970	Universidade de Santo Amaro	Sudeste	Particular
1970	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	Sul	Particular
1970	Faculdade de Medicina de Catanduva	Sudeste	Particular
1970	Fundação Educacional Serra dos Órgãos	Sudeste	Particular
1971	Universidade São Francisco	Sudeste	Particular
1971	Universidade do Estado do Pará	Norte	Estadual
1971	Escola de Medicina Souza Marques	Sudeste	Particular
1971	Faculdade de Medicina de Barbacena	Sudeste	Particular

Fonte: Porque somos contra a abertura de novos cursos de medicina? CREMESP, 2003

Em 1971, no auge do regime militar, foi instituída pelo MEC a Comissão de Ensino Médico, responsável pela avaliação da situação do ensino médico no país e pela proposição de soluções para os mesmos (AMARAL, 2002, p. 64)³³. Para cumprir esta tarefa foram realizadas visitas em todas as 74 escolas do Brasil, concluindo-se que o corpo docente estava desqualificado; que faltava estrutura para pesquisa, comprometendo o desenvolvimento das bases científicas do conhecimento médico; que faltava campo adequado de prática para estudantes na fase clínica e no internato, proporcionando aos alunos um curso eminentemente teórico; os professores convidados eram itinerantes, contribuindo para limitar ainda mais a constituição de corpo clínico próprio (FEUERWEKER, 1998).³⁴

Apesar da iniciativa inicial para atender as pressões para reformulação do ensino, após a realização dos estudos dessa comissão o governo militar opta por não utilizar seus resultados via MEC, isto é, optou por não propor medidas em relação à situação do ensino médico (AMARAL, 2002)³⁵. Mais uma vez, como de fato já acontecia na saúde, o governo favoreceu a capitalização do setor de mercado livre de serviços de ensino, em detrimento da qualidade destas instituições, com uma característica de forte respaldo público do ponto de vista do financiamento (FEUERWEKER, 1998)³⁶. A maioria das escolas recém-criadas foram fundadas exclusivamente com finalidades lucrativas (FRAGA FILHO, 1980; ROSA, 1981; FEUERWEKER, 1998)³⁷.

A ABEM³⁸, desde a sua fundação, na década de 60, acompanhava a agenda do movimento latino americano de escolas médicas³⁹. Preocupava-se inicialmente com as questões pertinentes à qualidade do ensino médico, tendo em vista a incorporação dos paradigmas de medicina integral. Em meados da década, passou a incluir em sua agenda as questões referentes à insuficiência de médicos no Brasil, apoiando a expansão das escolas

³³ VERAS, 1981 *apud* AMARAL, 2002, p. 64.

³⁴ BRASIL, 1989 *apud* FEUERWEKER, 1998.

³⁵ ROSA, 2001 *apud* AMARAL, 2002.

³⁶ SAEZ, 1985 *apud* FEUERWEKER, 1998.

³⁷ FRAGA FILHO, 1980; ROSA, 1981; VERAS, 1983 *apud* FEUERWEKER, 1998.

³⁸ A ABEM foi fundada em 1962, no auge do movimento latino americana de Educação Médica, momento em que o ensino médico passa a ser amplamente discutido em toda a América, sob o patrocínio das agências internacionais americanas, que passam a estimular a fundação das associações de escolas médicas nos países latino-americanos.

³⁹ Ver anexo com os temas dos congressos realizados pela ABEM no período.

médicas no sentido de estabelecer maior sintonia entre a formação médica e a realidade socioeconômica do país. Já na década de 70, fundamentada pelo diagnóstico de grande precariedade do ensino na maioria das escolas médicas do país realizado pela Comissão de Ensino Médico, passa a alinhar-se à frente que fazia críticas às políticas do estado para o ensino superior.

Nos anos 70, o foco dos debates sobre o ensino médico era a relação entre o ensino médico e as instituições de saúde, onde se apontava a insuficiência dos hospitais universitários como cenário de treinamento prático dos estudantes; era necessária maior integração entre estes e a rede de serviços que começava a estruturar-se, de forma a garantir a continuidade da atenção aos pacientes que tivessem alta hospitalar e a possibilitar a diversificação das experiências práticas dos estudantes, por meio da utilização também dos hospitais comunitários e centros de saúde (FEUERWEKER, 1998).

Outro debate relevante do período foi a definição de perfil do médico que deveria ser formado no país durante a graduação. No bojo destas discussões realizadas em vários fóruns e reuniões da ABEM, eram discutidas as possibilidades de formação com os perfis “médico generalista”, “médico de família”, ou “médicos de cuidados primários”. De uma forma geral, ao fim dessas discussões, nenhuma dessas denominações agradou. Optou-se pela denominação de “médico”. No final dos anos 70, evidencia-se no Congresso da ABEM de 1978 um consenso entre os frequentadores de reuniões e congressos sobre educação médica, no sentido de orientar firmemente o currículo da graduação para formação de médico generalista e que a denominação deveria ser médico geral, clínico geral ou médico (FEUERWEKER, 1998)⁴⁰.

Esse debate era fomentado pela OMS, que desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários com Saúde realizada em Alma-Ata (URSS), em 1978, cujo tema foi a promoção à saúde, de forma integral, ganhou prioridade na agenda da OMS, estimulando mundialmente os debates sobre os modelos de atenção da saúde pública e a formação de recursos humanos para estes sistemas nacionais de saúde. Preconizava-se o imperativo de “saúde para todos, por volta do ano 2000”, que deveria ser realizado mediante cuidados primários com a saúde (OMS, 1995).

⁴⁰ ASSOCIAÇÃO, 1986 *apud* FEUERWEKER, 1998.

A partir dos anos 70, o movimento reformista expande sua atuação sobre a formação da totalidade do pessoal para a saúde, enfoque resultante da identificação de novas necessidades colocadas pelas mudanças das políticas de saúde que passaram a ser desenvolvidas sob o slogan “Saúde para todos no ano 2000”. Apontava-se a necessidade da formação de outros profissionais de saúde, em nível não universitário, para compor as equipes de saúde e atuar na promoção. Acreditava-se que esta era uma forma de estender a cobertura a custo menor.

Outro debate importante no período foi acerca do grau de complexidade do processo de formação desse médico geral: o que deveria ser ensinado na graduação ou na pós-graduação? O que estava em debate era a terminalidade do curso de graduação no sentido de formar um “médico” já apto para o trabalho em clínica geral. Não havia consenso, e as opiniões dividiam-se entre aqueles que achava que era função da graduação formar este médico, e outros que acreditavam que este médico geral deveria ser formado na pós-graduação, a exemplo de outros países, compondo uma especialização médica (FEUERWEKER, 1998). Em 1973 foi realizado – com patrocínio da OMS e ABEM, um seminário, em Petrópolis, sobre a formação do médico de família. Em 1978, foi realizado outro seminário em Campinas, organizado pela ABEM, sobre a formação do médico generalista. Em 1981 é institucionalizada a residência médica denominada Medicina Geral Comunitária.

Os debates sobre a formação do médico, em relação ao seu perfil e a relação com a medicina de família e atenção básica, estimularam ações legais de articulação entre serviços de saúde e unidades de ensino, formuladas através da proposta da Integração Docente-Assistencial, propalada na América Latina pela OPAS e pela Fundação Kellog’s. No Brasil, entre os sete projetos financiados por estas agências na América Latina, foi escolhido o projeto do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp de Integração Docente Assistencial, experiência executada na cidade de Paulínia, entre os anos de 1965 a 85, inicialmente desenvolvida sob a inspiração do modelo preventivista⁴¹.

⁴¹ Mais detalhes sobre esta experiência, ver ANDRADE, M.G. O ensino médico e os Serviços de Saúde: estudo de Caso do Projeto Paulínia. Tese de doutoramento apresentada na FCM/Unicamp, 1995.

Até o fim da década de 60, as experiências extramuros das faculdades de medicina, especialmente as referentes à medicina comunitária dos anos 60, eram desenvolvidas quase exclusivamente pelos Departamentos de Medicina Preventiva, com pouca participação da faculdade como um todo. Nos anos 70 com a formulação de novas propostas de articulação ensino/serviços representadas pelas propostas da Integração Docente Assistencial (IDA), este fato é considerado um problema, pela avaliação de que haveria pouco impacto na formação dos alunos. No fim dos anos 70 e início dos 80, era consenso a necessidade de integração entre os departamentos de medicina preventiva das escolas com seus projetos e os demais departamentos da faculdade (MARSEGLIA, 1995).⁴²

O projeto IDA foi concebido como

um processo de vinculação crescente entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviços na área da saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde e de orientar a produção de conhecimentos e o treinamento de profissionais, de acordo com as características epidemiológicas de uma dada população de uma região específica, de modo a propiciar um movimento contínuo de educação, num processo que parte dos serviços e que é capaz de transformá-lo (FEUERWEKER, 1998)⁴³.

Esperava-se que a IDA fosse capaz de levar a mudanças profundas nos currículos das faculdades, visando à formação geral dos profissionais e ao estabelecimento de novas relações docentes-alunos, entre os professores e a prática, e entre os alunos e a prática (FEUERWEKER, 1998).

A partir dos anos 70, com os movimentos pela estruturação de um sistema nacional de saúde através da Reforma Sanitária, que se estendeu até final dos anos 80, com a aprovação do SUS, a adequação da formação de recursos humanos é colocada como uma necessidade para se consolidar o sistema. Definiram-se, a partir da preocupação de formar recursos humanos adequados aos propósitos de atenção à saúde do sistema nacional de saúde, algumas formas de articulação entre o setor de formação de pessoal, impulsionando a implantação de propostas de articulação entre ensino e serviços de saúde (MARSIGLIA, 1995).

⁴² CHAVES *apud* MARSEGLIA, 1995.

⁴³ KISIL, 1985 *apud* FEUERWEKER, 1998.

Foi estabelecido convênio entre o Ministério de Previdência Social e o Ministério da Educação, que possibilitou que os hospitais da Previdência passassem a ser cenário de ensino de graduação e de pós-graduação e os hospitais universitários passassem a atender também à população previdenciária. Tendo em vista que o INPS concentrava a maior parte dos recursos destinados à assistência médica, possuía a maior rede hospitalar unificada do país e tinha uma cobertura de 85% da população ativa, a Previdência foi considerada excelente parceiro para a escola médica. O INPS punha à disposição dos estudantes e residentes não só os hospitais, mas também os Postos de Assistência Médica. Por um lado, os cenários oferecidos para ensino pelo sistema previdenciário eram os mesmos em que os futuros médicos provavelmente trabalhariam, resultando em maior defrontação do estudante com a realidade de trabalho do médico (FEUERWEKER, 1998). Por outro lado, o hospital universitário, passando a prestar serviços para a Previdência, teria uma fonte de financiamento e “ingressar(i)am pela primeira vez no mundo real da prestação dos serviços de saúde” (FEUERWEKER, 1998, p. 66)⁴⁴. Essa aproximação e integração eram vistas na época como um passo importante para dar racionalidade aos programas de assistência médica previstos no contexto do Sistema Nacional de Saúde (FEUERWEKER, 1998). Além disso, vale lembrar que no período de 1968 a 1975 passamos de 58 para 73 faculdades de Medicina no país, sendo que a maioria delas foi criada sem um hospital de ensino. Nesse sentido, a ação conjunta com a Previdência de certa forma permitiria solucionar este problema de falta de hospitais próprios para o ensino (MARSIGLIA, 1995).

Em 1972, o MEC faz as primeiras referências à preparação do médico nos diversos serviços de saúde e em todos os níveis de atenção, o que é consolidado em 1974, como uma forma de enfrentar o problema alto valor da relação aluno-leito, associado aos problemas de financiamento dos hospitais de ensino, recomendando a utilização do conjunto da estrutura hospitalar da Previdência e também as unidades sanitárias (ANDRADE, 1995). Em 1974, o Ministério da Saúde criou o grupo interministerial sobre integração ensino/ serviço, com a participação da OPAS.

⁴⁴ MELLO, 1978 *apud* FEUERWEKER, 1998, p. 66.

Em 1975, um acordo entre Ministério da Saúde, MEC e a OPAS criou o Programa de Preparação de Pessoal para a Saúde. Em 1976, foi organizado em Brasília um seminário sobre o tema, no qual foi proposta como estratégia de racionalização de recursos no ensino, na investigação e na assistência, a adoção da proposta de Integração Docente-Assistencial. A proposta de IDA passou a fazer parte da rede de Núcleos de Investigação e Desenvolvimento em Saúde, do Programa Latino Americano de Desenvolvimento Educacional em Saúde, desenvolvido pela OPAS, com financiamento da Kellogg. Em 1981, este acordo é renovado.

Em 1982, ocorreu no Brasil o primeiro Seminário do PROAIDA, que apontou conflitos em vários aspectos das relações entre os serviços de saúde e as instituições de ensino. Saíram como recomendações deste evento a criação de mecanismos de coordenação interinstitucional e o fortalecimento dos convênios. A ABEM, após este evento, divulga uma carta na qual reivindica a incorporação do Programa Docente-Assistencial do MEC pelos sistemas de educação e saúde, e manifesta seu apoio à implementação das mudanças na assistência médica contidas no Plano CONASP, sugerindo que se constituíssem distritos docentes-assistenciais onde houvesse a implantação desse plano (ANDRADE, 1995)⁴⁵.

Como resultados do PROAIDA, após a análise de 27 projetos, 13 experiências no Brasil foram divulgadas pela FEPAFEM as seguintes observações:

(...)a IDA representa uma saída concreta para a crise do setor saúde ao propor modelos de práticas educacionais em serviços de saúde já existentes; ela propõe uma efetiva racionalização do uso dos recursos, fator importante na situação de crise econômica; ao utilizar mais adequadamente o pessoal auxiliar, através da delegação de funções, promove-se um aumento da capacidade resolutiva e da cobertura dos serviços de saúde; há uma tendência ao uso das estruturas mais simples para a atenção à saúde, desmistificando a exclusividade do cuidado médico hospitalar; entre as debilidades, apontou-se para o desenvolvimento insuficiente do modelo de prática docente em serviço, para a fragilidade das estruturas organizacionais dos programas, que se mantém muito dependentes

⁴⁵ ABEM 1983 apud ANDRADE, 1995.

dos recursos externos, e para o fato da IDA, geralmente desenvolvida por iniciativa de um departamento, ser considerada uma atividade marginal relativamente ao conjunto das iniciativas da escola médica; entre as oportunidades para a implantação das propostas de IDA, assinalou-se a existência de grande número de escolas médicas sem recursos para prover ensino em serviços próprios, obrigando a busca de fórmulas alternativas para o ensino na estrutura vigente de serviços de saúde (ANDRADE, 1995, p. 66)⁴⁶.

A partir de 1983, buscou-se estabelecer novas relações entre as instituições de ensino e os serviços de saúde por meio da inserção dos serviços universitários nas instâncias integradas de condução do sistema de saúde, das universidades e escolas de saúde; passaram a integrar as Comissões Interinstitucionais de Saúde dos municípios, estados e regiões, instâncias criadas em decorrência das Ações Integradas de Saúde, através do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência Social. Foram criadas também novas formas de incentivo financeiro aos serviços integrados com o ensino pelo Inamps e foram definidas normas e legislação correspondentes. Em 1987, são criados mecanismos de incentivo financeiro para os hospitais universitários e também para as unidades de ensino que desenvolvessem serviços fora do hospital (MARSIGLIA, 1995; FEUERWEKER, 1998).

Em 1986, a ABEM toma a iniciativa de realizar, com o apoio da Comissão de Ensino do MEC e da Fundação Kellog, um seminário para discutir a Preparação do Médico Geral, com o claro objetivo de retirar a ênfase dos debates sobre o ensino médico dos currículos/grades curriculares e pôr em evidência o debate sobre a formação do médico necessário à implantação da Reforma Sanitária. Desse evento, saem as seguintes conclusões:

reafirmação da necessidade de terminalidade do curso médico, apesar de continuar a não existir acordo quanto ao tipo de profissional que deveria ser formado pelas escolas médicas brasileiras;

considerando as necessidades específicas das clientela a serem atingidas, estruturação das escolas e diferenciação dos serviços utilizados para o ensino, aspirações e opções profissionais dos alunos

⁴⁶ FEPAFEM 1983 apud ANDRADE, 1995, p. 66.

e carência básica de assistência de qualidade a saúde de boa parte da população brasileira, chegou-se à seguinte definição: “um médico capaz de diagnosticar e resolver os problemas de saúde mais freqüentes em sua área de atuação. Não um triador, mas um profissional capaz de instituir tratamento resolutivo nas situações agudas e eficaz nas crônicas e que encaminhe ao serviço especializado aqueles que o necessitam. Um médico com compromisso explícito com a recuperação da saúde de um cidadão parte de uma população e com visão clara e participação ativa nas ações sobre as causas dos agravos à saúde numa população”(grifo do autor);

defesa da adoção de estratégias educacionais que favorecessem a integração básico-clínico, contato precoce do estudante com os pacientes e com famílias de comunidades selecionadas e ensino baseado na prática em ambulatórios, enfermarias gerais e unidades de emergência;

necessidade de aperfeiçoamento do corpo docente ser feito por meio de seminários, conferências, debates e processos mais formais de educação continuada no interior e fora do País. Foi reconhecido o fato de que se deveria adequar o perfil da maior parte dos docentes das escolas médicas – especialistas – se de fato se desejasse impulsionar a formação de generalistas na graduação. Cursos de pós-graduação e de especialização poderiam ser utilizados para preparar modelos de identificação do médico que se desejava formar; tentativa de definir competências necessárias aos egressos da graduação médica nas áreas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, pediatria e medicina social) (FEUERWEKER, 1998, p. 72-73)⁴⁷

Em 1988, a Secretaria de Ensino Superior do Mec (Sesu), criou nova proposta de integração das universidades ao Sistema de Saúde, o Unisis, no qual se considerava que a responsabilidade de ensino das universidades deveria abranger todos os profissionais da rede pública de saúde, instituindo um processo de educação permanente, de reciclagem, especialização e aprimoramento. Propunha-se também que o hospital-escola não deveria ser

⁴⁷ ASSOCIAÇÃO, 1986a *apud* FEUERWEKER, 1998, p. 72-73.

o único lugar para formação na área da saúde. Qualquer serviço do sistema de saúde poderia ser formalmente utilizado como local de ensino pela universidade. É da mesma época a decisão do MEC em instituir que as atividades docente-assistenciais de Capacitação Extramural deveria ser de natureza curricular obrigatória para todos os alunos dos cursos envolvidos, e para isso era oferecido apoio para a aquisição de equipamentos, material de consumo e carga horária docente (FEUERWEKER, 1998).

As experiências docente-assistenciais implantadas no país partiram em sua maioria das experiências anteriores, foram, na maioria, coordenadas e implantadas pelos Departamentos de Medicina Preventiva, com a participação pequena dos departamentos de Pediatria, Psicologia, Tocoginecologia e Psiquiatria. Estes sofreram ao longo do tempo as adequações necessárias para adaptarem-se às regras de incentivos que iam sendo produzidas pelo MPAS/MEC. A maioria dessas experiências ocorre nas escolas e universidades públicas, na região Sudeste, sob o patrocínio da Fundação Kellogg (MARSIGLIA, 1995; FEUERWEKER, 1998).

FEUERWEKER (1998, p. 71) conclui que, apesar da IDA ter sido apoiada e incentivada por políticas públicas desenvolvidas pelos MPAS e MEC,

a expectativa inicial de que essa iniciativa fosse, por isso mesmo, capaz de produzir mudanças substanciais não se confirmou. Todos esses mecanismos de incentivo à inter-relação universidade-serviços resultaram em poucas mudanças no ensino das profissões de saúde, no papel que a Universidade assume na educação permanente dos profissionais da área e na relação entre hospitais universitários, escolas médicas e rede de serviços de saúde.

Os hospitais universitários, sobre os quais se tinha a expectativa de poderem imprimir mudanças no modelo assistencial, permaneceram operando na mesma lógica, ocupando apenas o papel de prestadores de serviços ao SUS.

3.2.3.1.3.1- A crítica aos movimentos de reforma

SCHRAIBER (1989), ao analisar as propostas de reformas desse período – Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, Integração Docente Assistencial, Medicina Generalista e Medicina Comunitária, destaca que a educação é avaliada enquanto processo desajustado em relação às necessidades sociais de produção de serviços médicos e ao desempenho profissional efetivo; abordam centralmente as necessidades sociais de serviços médicos, que são concebidas de formas diversas, conforme o movimento; foram elaboradas do interior de movimentos por reforma da produção e distribuição dos serviços médicos no conjunto da sociedade sob duas perspectivas – ou pela tentativa de recomposição do ato médico individual, ou pela tentativa de rearticulação dos serviços médicos e pretendem a reformulação da própria prática médica, a ser conquistada mediante transformações educacionais dentro da escola médica. Elaboramos a partir destas categorias um quadro síntese das modalidades de reforma educacional (Quadro 5).

Analisa também o modelo cientificista, o qual também identifica inadequações, mas de natureza técnica, sem nenhum questionamento sobre o objeto da prática médica, sem nenhuma contradição interna às especificidades da escola médica, mas, pelo contrário, preocupa-se com seu aprimoramento. com objetivo de aprimoramento dessas mesmas especificidades, o que é diferente das anteriores, que questionam o objeto da prática.

Quadro 5 – Comparação das Modalidades de Reforma Educacional para a Escola Médica.

Modalidade de reformas	Integrativa	Proposta da educação voltada para a cobertura das necessidades de saúde do conjunto da população	cientificista
TEMÁTICAS QUE AGRUPA	Medicina Integral Medicina Preventiva Medicina de Família	Integração docente assistencial Medicina Generalista Medicina Comunitária	Modelo flexneriano
ABORDAGEM QUE FAZ SOBRE AS NECESSIDADES SOCIAIS	Ângulo do cuidado médico individual	Extensão do cuidado médico	Não aborda
SENTIDO	Recomposição do ato médico individual	Reorganização da prática médica a partir das necessidades em saúde das populações	Transformar o ensino médico em ensino “realmente científico” e legitimar-se como a única <i>verdadeiramente válida</i> forma de organizar a escola
QUESTÃO CENTRAL	Necessidade de mudança no caráter fragmentário da qualificação profissional dos profissionais formados pela escola – isto é a integração vertical e horizontal do conhecimento e da formação médica.	Rearticulação dos serviços e também reavaliação dos tipos de serviço predominante. Centra-se na mudança do <i>padrão de diversidade</i> existente no interior do conjunto das qualificações escolar, pretendendo compatibilizá-lo ao padrão <i>estimado a partir das necessidades de saúde</i> .	criar um padrão educacional validado cientificamente, de caráter universal, a ser uniformemente adotada pelas escolas médicas

Elaborado a partir da sistematização proposta por SCHRAIBER, 1989.

A proposta integrativa é formulada a partir da identificação de “novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico”. Nessa proposta, a “satisfação das necessidades sociais (recomposição do ato médico) é remetida essencialmente para o âmbito escolar (formação de um novo tipo de profissional), pretendendo a consecução da transformação da prática através de reformas limitadas ao plano de ajustes do padrão educacional” (SCHRAIBER, 1989, p. 112).

Na proposta da “educação voltada para a cobertura das necessidades de saúde do conjunto da população” o caráter inadequado da educação médica está assentado em sua incapacidade de fornecer agentes apropriadamente capacitados para a nova prática proposta e em sua influência sobre a forma de organização dos serviços médicos a partir da concepção de uma medicina especializada, tendo como conseqüência uma formação baseada na aquisição de conhecimentos especializados e no adestramento em procedimentos que fazem uso de tecnologia complexa.

A proposta integralista critica o padrão educacional vigente nas suas seguintes características: capacitação técnica estrita a conhecimentos parcelares, fruto da crescente especialização no conhecimento médico; capacitação centrada em conhecimentos tão-somente biológicos e afastada das condições de vida do paciente (centrada no hospital); oferece uma qualificação fragmentada, impossibilitando a compreensão do indivíduo “globalmente”; educação escolar inadequada às necessidades sociais relativas ao cuidado médico. O ensino clínico é estreitamente concentrado nas doenças somáticas, tal como vistas no leito hospitalar. SCHRAIBER (1989) chama atenção para o entendimento que esta corrente tem da educação médica como processo autônomo em relação à prática médica, capaz de criar e resolver os desajustes no espaço da escola médica, o que revela, no fundo, que esta proposta não foge à idéia da educação escolar como uma estratégia única e geral, no sentido de responder às necessidades sociais, que concebe

o conhecimento ‘global’ acerca do indivíduo como resultado da soma de conhecimentos parcelares de mesmo valor entre si, estes seriam, ainda conhecimentos iguais (de mesmo valor) sobre *todos* os indivíduos, resultaria em um conhecimento ‘global’, válido para o conjunto da sociedade. A obtenção do conhecimento, por sua vez,

pode processar-se, de um mesmo modo, para o conjunto de trabalhadores formados pela escola. Com isso, através de uma mesma qualificação do trabalhador, e de um mesmo cuidado médico a partir daí produzido, seria obtida a satisfação das ‘necessidades de saúde’ para o conjunto dos indivíduos, guardadas apenas as especificidades técnicas em seu cuidado. Assim sendo, a concepção da prática médica como uma prática essencialmente igualitária para o conjunto da sociedade está também presente na proposta integrativa.(SCHRAIBER, 1989, p. 118)

Portanto, a corrente integrativa é uma elaboração da aparência (de neutralidade social e igualitária) com que se pode revestir a prática educacional médica, a partir de suas próprias especificidades, que oculta duas características da educação médica escolar: a separação entre a escola médica e a produção de serviços médicos e seu caráter de prática socialmente determinada. Como artifício ideológico, utiliza-se da

inculcação do sistema de valores concomitante à capacitação técnica do trabalhador, cujas elaborações encontram suas possibilidades na própria uniformidade da organização, de conteúdo do saber oferecido e de procedimentos, com que é também constituída a prática educacional médica, e na transmissão de um conhecimento cuja forma de produção apresenta-o como conhecimento, exclusivamente, cientificamente fundado. [Por consequência,] a mudança educacional que se concretiza a partir da reforma proposta, se de um lado, promove algumas reformulações na escola médica, de outro, as mudanças dão-se apenas nos limites das determinações estruturais da educação médica escolar, deixando, assim, de alcançar o objetivo maior contido em sua proposição inicial: a recomposição da prática médica nos termos propostos, Esta distância entre o resultado obtido e o esperado, (...) reflete a diferença entre o efetivo sentido da educação escolar médica e as representações sobre ela elaboradas (SCHRAIBER, 1989, p. 118).

A corrente da “educação voltada para a cobertura das necessidades de saúde do conjunto da população” concebe que a inadequação da escola médica está assentada sobre: o privilegiamento de campos progressivamente parcelares do saber médico nos currículos, resultante do modelo de desenvolvimento técnico e científico e reforçado pelo ensino intra-

hospitalar; a exposição dos alunos no hospital-escola a uma amostra de problemas de saúde mais raros, selecionados a partir de interesses das pesquisas médicas, resultando em especialização acelerada do trabalho médico, com incorporação maciça de procedimentos instrumentados por técnicas sofisticadas e na capacitação dos profissionais no cuidado de enfermidades raras em detrimento de sua competência para cuidar das enfermidades mais simples e freqüentes na comunidade. Nessa perspectiva, considera a incorporação de técnicas sofisticadas à prática médica como menos necessárias, tendo em vista esse perfil estimado do padrão de morbidade da população (SCHRAIBER, 1989). Propõe a extensão do cuidado médico a toda população, com a utilização de simplificação tecnológica de baixo custo na produção do cuidado médico para satisfazer as necessidades sociais.

SCHRAIBER (1989) chama atenção para o deslocamento realizado na construção de uma justificativa não só econômica, para a simplificação tecnológica, que passou a residir nas características das próprias necessidades de saúde da população, estimadas essencialmente pelo padrão considerado como “simples” das patologias mais freqüentes na população. O deslocamento ideológico assenta-se na correspondência entre a prevalência de patologias simples e requer, como forma de adequação do cuidado médico às características das necessidades de saúde da população, tecnologias simples. Critica-se a incapacidade da formação médica em atender adequadamente às necessidades de saúde de população mais freqüentes e comuns. Colada nessa proposta, aparece a idéia de “organizar um nível primeiro de atenção à saúde organizado, que satisfaça as necessidades mais comuns”, que integre ações preventivas e curativas de baixa complexidade tecnológica, adequadas aos problemas da comunidade. Nesta proposta, evidenciam-se ainda outros deslocamentos ideológicos, ao nível das representações sociais: as necessidades sociais tomam a forma de um conjunto de patologias, expressando a organicidade das concepções sobre a saúde e a doença, concebidas a partir da concepção da igualdade social, o que lhes permite incorporar, ao campo de competência da prática médica, questões que dizem respeito à própria estruturação básica da sociedade, mesmo que retraduzidas, tal como é o caso da extensão de cobertura dos serviços; a organicidade é apreendida também a partir necessidades de saúde da população dissolvida em uma concepção genérica, válida para o conjunto da sociedade. dos serviços médicos de acordo com as necessidades, ocultando que a diversidade de necessidades é produzida a partir das relações sociais de classe; a prática

hospitalar como a complementação da prática desenvolvida no hospital-escola e como a prática médica; ocultando que a prática hospitalar que se realiza no hospital-escola constitui-se como prática particularizada no interior da produção de serviços médicos, no sentido de sua caracterização como prática escolar (separada da produção), é também uma produção de serviços médicos; o privilegiamento da qualificação especializada é sacralizado como forma de aquisição de um espaço no mercado de trabalho, ocultando-se que o monopólio profissional é resultado não apenas de competências técnicas individuais resultantes dos padrões técnicos do ensino, mas das relações sociais de valorização diferenciada do trabalho profissional, construídas socialmente. Por consequência, predomina a idéia de que a “mudança educacional poderia ser concretizada apenas em função das características técnicas do tipo de serviço médico onde se desenvolve o ensino” (SCHRAIBER, 1989, p. 126).

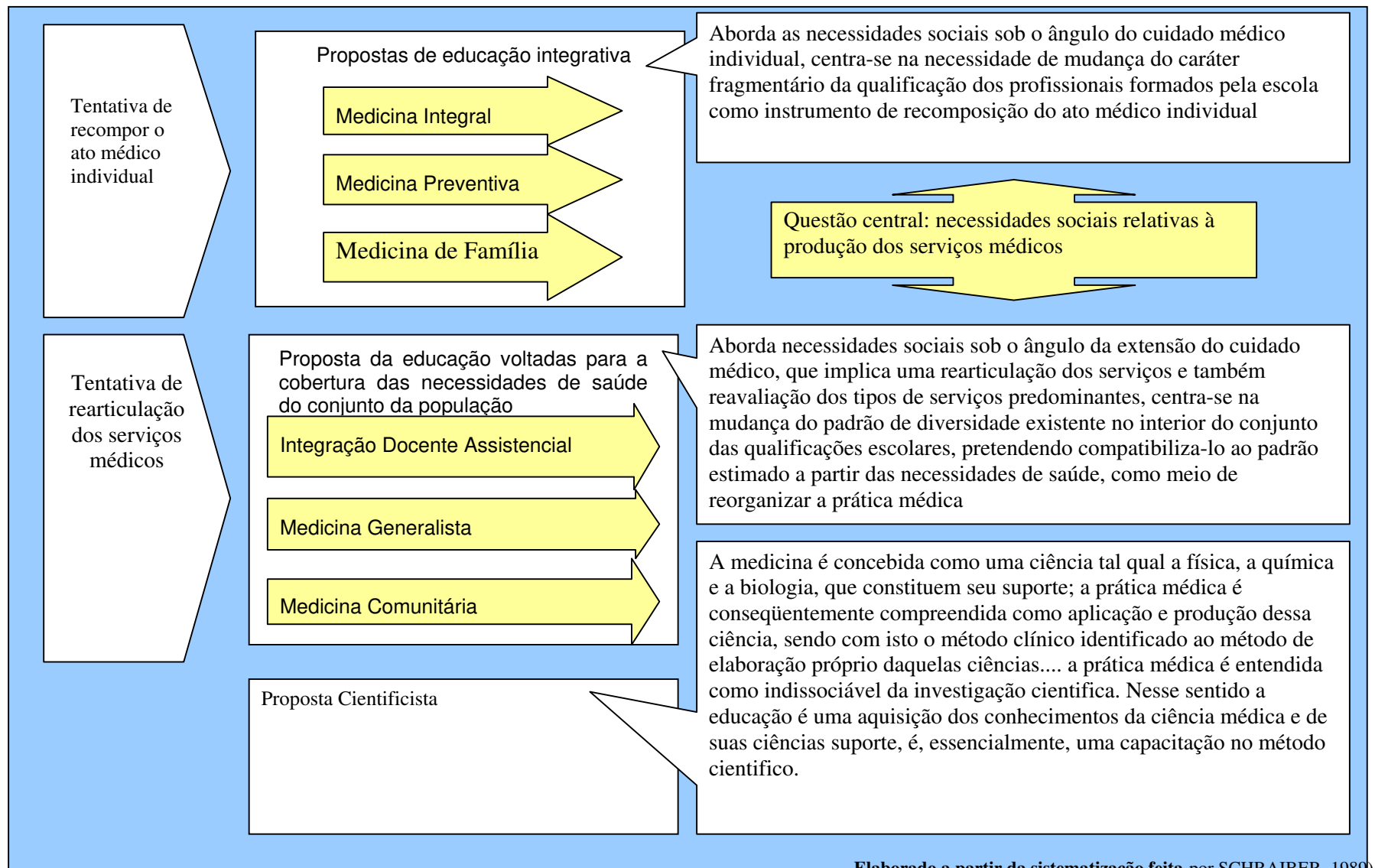


Figura 6 - Correntes que propõem a Reforma do ensino médico a partir de meados do século XX

3.2.3.2- As Reformas Curriculares nas Escolas Médicas do Brasil

Na retrospectiva histórica sobre o campo da educação médica no Brasil, deixamos detalhar a organização curricular nas várias fases. Optamos por descrever em separado um pouco da trajetória das mudanças nas grades curriculares. Não pretendemos porém, realizar uma análise minuciosa de cada mudança, mas sim desenhar um panorama mais geral e ilustrativo na linha do tempo.

3.2.3.2.1- As Reformas Curriculares do Século XIX

A primeira mudança no currículo médico no Brasil de que se tem notícia foi a transformação das cadeiras de Anatomia e Cirurgia das escolas de cirurgia, inicialmente criadas em 1808, em Academias Médico-Cirúrgicas, em 1812, pelo projeto de reforma do ensino médico conhecido como Projeto “Bom Será”, elaborado pelo Dr. Manuel Luís Álvares de Carvalho, que fora nomeado neste ano para o cargo de “Diretor dos Estudos Médicos e Cirúrgicos da Corte e do Estado do Brasil” (SANTOS FILHO, 1980).

No Quadro 6 é sintetizado o currículo das primeiras escolas médicas brasileiras.

Quadro 6 – Currículo das Primeiras Escolas Médicas

Colégio Médico Cirúrgico da Bahia 1808	Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro 1808
Cadeira de Cirurgia especulativa e prática	Anatomia e Fisiologia
Cadeira de Anatomia e Obstetrícia	Terapêutica Cirúrgica e Particular
	Medicina Operatória e Arte Obstétrica
	Medicina Química, elementos de matéria médica e farmácia

Fonte: RIBEIRO, 1983, p. 57⁴⁸

⁴⁸ SALLES, 1923 *apud* RIBEIRO, 1983, p. 57.

O ensino médico nas Academias era regido pelo Estatuto da Universidade de Coimbra, com o poder administrativo centralizado na Corte, sem estrutura própria, com duração de quatro anos, pago. O método de ensino era a Escolástica, que consistia em leituras dos livros clássicos, de origem francesa, com aulas apenas demonstrativas nas enfermarias dos hospitais militares. Com esta primeira mudança, instituiu-se um estatuto próprio, inclusão de algumas matérias com o aumento da duração do curso para cinco anos.

O período de 1812 a 1832 foi um período conturbado no Brasil, palco de disputas entre os interesses portugueses em manterem sua dominância no estado luso-brasileiro, mantendo-o como colônia, e as aspirações de independência da elite brasileira. É nesse cenário que emergem várias propostas de mudança do ensino médico, muitas delas formuladas pelos próprios lentes da Academia Médico-cirúrgica da Bahia, com motivações retóricas relacionadas ao enfrentamento da situação de precariedade do ensino médico nas academias, e a escassez de médicos e cirurgiões no Brasil, mas somente em 1832 é que a redação oficial do “Plano de organização da Escola Médica”, elaborado pela Sociedade de Medicina do Janeiro⁴⁹ a pedido do Imperador, foi aprovada na Câmara, e instituiu os Cursos de Medicina, Farmácia e Partos e concedia respectivamente os títulos de Doutor em Medicina, Farmacêutico e Parteira. Ainda atrelada a este projeto, foi decretada lei que proibia o exercício de curar, partejar e ter botica a todos os que não tivessem diplomas emitidos pelas Faculdades (FELICIELLO, 2001; SANTOS FILHO, 1980).

Em 1854, um decreto Imperial sancionou a Reforma de Bom Retiro, que se caracterizou pela diminuição da autonomia das escolas, concentração de poder no diretor, que passou a ser indicado pelo Estado, instituição finalmente de estatutos próprios às Faculdades de Medicina, que antes seguiam os da Universidade de Coimbra. A proposta pedagógica mantinha o antigo formato curricular, implantado desde 1832, de três secções: as Ciências Médicas, as Ciências Cirúrgicas e as Ciências Acessórias; contudo, com mudanças das disciplinas que compunham cada secção, conforme demonstra Quadro 7.

⁴⁹ A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi fundada em 1829. Congregava vários médicos brasileiros e estrangeiros.

Quadro 7- Comparação entre as Grades Curriculares das Faculdades de Medicina em 1832 e 1854

Série	Cadeiras em 1832	Cadeiras em 1854
1º ano	Física Médica Botânica Médica e Princípios Elementares de Zoologia	Física em geral, e particularmente em suas aplicações à Medicina Química e Mineralogia Anatomia descritiva (demonstrações anatômicas)
2º ano	Química Médica e Princípios Elementares de Mineralogia Anatomia Geral e Descritiva Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Botânica e Zoologia Química Orgânica Fisiologia Repetição da Anatomia descritiva, sendo os alunos obrigados a dissecações Anatômicas
3º ano	Anatomia Geral e Descritiva Fisiologia Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Continuação de Fisiologia Anatomia Geral e Patológica Patologia Geral Clínica Externa
4º ano	Patologia Externa Patologia Interna Farmácia, Matéria Médica especialmente a brasileira, Terapêutica e Arte de Formular Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Patologia Externa Patologia Interna Parto, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas de Meninos Recém-nascidos Clínica Externa
5º ano	Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos Parto, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas de Meninos Recém-nascidos Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva Clínica Interna e Anatomia Patológica respectiva	Continuação da Patologia Interna Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos Matéria Médica e Terapêutica Clínica Interna
6º ano	Clínica Interna e Anatomia Patológica respectiva Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva Higiene e História da Medicina Medicina Legal	Higiene e História da Medicina Medicina Legal Farmácia (com freqüência da oficina farmacêutica 2x por semana, com os alunos deste curso Clínica Interna

Fonte: FELICIELLO, 2001, p. 190 e 215

FELICIELLO (2001) analisa que a inovação foi a introdução de novas disciplinas, Química Orgânica e Anatomia Patológica; desdobramento da cadeira de Farmácia em Matéria Médica e Terapêutica, e duplicação das cadeiras de Clínica Interna e Clínica Externa. Estas modificações refletiam um aumento do peso e da influência dos

conhecimentos da patologia e da fisiologia para o estudo das doenças orgânicas; da química, da farmacologia, das plantas medicinais e da cirurgia para a terapêutica, e da pouca importância dada à higiene e à organização social da medicina.

Na reforma de Bom Retiro foi proposto um conjunto de novos cenários para o ensino: gabinetes de física, de história natural, de anatomia e de matéria médica, laboratório de química, horto botânico, oficina farmacêutica, um arsenal cirúrgico, anfiteatros para lições e aulas demonstrativas. O ensino prático da clínica deveria continuar a ocorrer nas Santas Casas, que deveriam pôr à disposição das Faculdades de Medicina enfermarias, salas para autópsias, dissecações e outras atividades realizadas nos hospitais. Do ponto de vista administrativo, o diretor ficava responsável pela política de relação com outras instituições, Santas Casas, Governo, e as Congregações eram responsáveis pela gestão pedagógica, ficando responsáveis pela formação dos instrutores para as aulas práticas em laboratórios, gabinetes e enfermarias, bem como pela instrução que deveria ser dada para o funcionamento dos espaços de ensino e pelo provimento dos respectivos materiais necessários para as atividades de ensino (FELICIELLO, 2001).

Esta reforma trazia em sua constituição várias tensões. No plano administrativo, ocorria na gestão institucional uma separação entre quem pensa e quem executa, visto que os lentes e suas Congregações não participaram ativamente da formulação da proposta de reforma de Bom Retiro, discutida por uma elite de médicos mais próximos do Imperador, contudo os sujeitos responsáveis pelas mudanças propostas; uma intervenção externa do estado, através da nomeação do Diretor da Faculdade, que não precisava sequer ser do quadro funcional da Faculdade e centralização das decisões políticas em suas mãos, com respectivo esvaziamento do poder da Congregação. Isto reflete uma influência grande do modelo francês que, no período, implantava um processo de retomada do controle da sociedade pelo Estado, em resposta ao período de grande liberalismo pós Revolução, inclusive com o controle das corporações, com a tentativa de esvaziamento de seus poderes. Em nosso caso, representava um esvaziamento do poder da corporação de lentes, e também da corporação médica, visto que esta também não foi ouvida no processo de formulação da mudança. Institui-se a abertura de cursos privados, ficando a cargo das instituições públicas a realização de exames para avanço para séries seguintes e a expedição dos diplomas, a certificação profissional. O Estado assumia o papel de regulador (FELICIELLO, 2001).

Outra tensão localizava-se no plano do ensino propriamente dito, onde novas propostas de ensino não incluíam em sua pauta de mudanças a capacitação efetiva dos docentes no conhecimento das novas técnicas de ensino que se utilizavam nos laboratórios e gabinetes e no funcionamento e “parafernália” necessária para o ensino das novas cadeiras. Por exemplo, a Anatomia Geral e patológica apoiada no uso da microscopia e nas doutrinas histológicas, tecnologia alemã, era centrada na prática precária da técnica da microscopia, da qual segundo relato de memoriais, os lentes tinham pouco domínio, e também pouco conhecimento sobre sua utilidade na clínica. O provimento de uma biblioteca adequada também não ocorreu, visto que os compêndios utilizados eram predominantemente franceses e as inovações propostas eram alemãs; observava-se um descompasso entre a teoria e a prática. Relata-se que também a ampliação dos espaços de ensino foi insatisfatória. Outro ponto de incongruência foi a não articulação das atividades teóricas, experimentos básicos e exercícios clínicos com atividades de pesquisa e com a organização dos serviços médicos-hospitalares. O que era contrário às novas tendências do ensino médico praticado na Inglaterra e na Alemanha. Convém lembrar, que no início do século XIX, a medicina francesa começava a perder seu domínio para as experiências alemã e inglesa, fato ocorrido, segundo historiadores, devido exatamente à diferença dos modelos (FELICIELLO, 2001).

FELICIELLO (2001), após detalhado estudo das escolas médicas do século XIX, afirma que

é possível inferir que o ensino médico de fato não foi reformulado, nem pedagogicamente, onde ainda predominava a escolástica como método, nem conceitual onde era ofertado aos alunos um heterogêneo arsenal de concepções de cura, ficando a critério do aluno qual deveria ser usado, distante das novas concepções da medicina mais moderna. O ensino médico nas Faculdades era atrasado nas suas concepções médicas, incompetente na formação dos médicos que sejam capazes de atuarem no crescente mercado privado de assistência médica. Se por um lado ocorre desgaste da escola médica, e da elite médica das Faculdades de Medicina e da Academia Imperial pela crise da eficácia do ensino médico, por outro ocorre o desprestígio dessa elite médica.

Somente em 1879 é que se inicia a implantação lenta e parcial das mudanças na estrutura da escola. O maior empecilho alegado para não implantação das reformas era financeiro, e somente após intensa mobilização dos médicos é que, em 1882, se promulgou um decreto que garantia recursos para implantar mudanças na infraestrutura do ensino médico. Durante esse período, foram as estratégias já citadas propulsoras das iniciativas políticas a favor da implantação da Reforma elaborada em 1879, que ficou conhecida como Reforma de Leôncio Carvalho e Sabóia. Esta versava sobre o Ensino Superior em geral, reafirmando o ensino livre e introduzindo a livre frequência dos alunos às Faculdades do Império. Foi instituída a possibilidade dos cursos livres alcançarem o estatuto de Faculdades Livres, desde que preenchessem os critérios estabelecidos pelo ensino estatal (SANTOS FILHO, 1980).

O curso de Medicina (Quadro 8) foi composto de 26 cadeiras distribuídas em oito séries de exames. Foram criados 14 laboratórios destinados à prática dos alunos e à pesquisa dos lentes. O ensino de clínica deveria ser realizado nas Enfermarias das Santas Casas, nas quais deveriam ser anexados os gabinetes de química e histologia patológica, e também deveriam ser organizadas as policlínicas na portaria dos hospitais, ambulatórios médicos onde seriam realizada também a prática clínica. A legislação criava também o cargo de adjunto e o cargo de lente passa a ser vitalício, com a nomeação do lente feita através de concurso. Os programas das cadeiras deveriam ser submetidos a uma comissão eleita pela Congregação para serem harmonizados. Propuseram também mudanças nas regras de aprovação e titulação final, com mudanças nas normas referentes às teses de conclusão de curso. Um dos principais pontos de conflito foi a livre frequência para os cursos superiores, que acabou sendo revista no curso médico (FELICIELLO, 2001).

Quadro 8 – Comparação entre as grades curriculares das Faculdades de Medicina em 1832, 1854 e 1882/84

série	Cadeiras em 1832	Cadeiras em 1854	Cadeiras de 1882/84
1º ano	Física Médica Botânica Médica e Princípios Elementares de Zoologia	Física em geral, e particularmente em suas aplicações à Medicina Química e Mineralogia Anatomia descritiva (demonstrações anatômicas)	Física Médica Química Mineral e Mineralogia Médica Botânica e Zoologia Médicas
2º ano	Química Médica e Princípios Elementares de Mineralogia Anatomia Geral e Descritiva Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Botânica e Zoologia Química Orgânica Fisiologia Repetição da Anatomia descritiva, sendo os alunos obrigados a dissecações Anatômicas	Anatomia Descritiva Histologia Teórica e Prática Química Orgânica e Biológica
3º ano	Anatomia Geral e Descritiva Fisiologia Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Continuação de Fisiologia Anatomia Geral e Patológica Patologia Geral Geral Clínica Externa	Fisiologia Teórica e Experimental Anatomia e Fisiologia Patológicas Patologia Geral
4º ano	Patologia Externa Patologia Interna Farmácia, Matéria Médica especialmente a brasileira, Terapêutica e Arte de Formular Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva	Patologia Externa Patologia Interna Parto, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas de Meninos Recém-nascidos Clínica Externa	Patologia Médica Patologia Cirúrgica Matéria Médica e Terapêutica, especialmente a brasileira
5º ano	Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos Parto, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas de Meninos Recém-nascidos Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva Clínica Interna e Anatomia Patológica respectiva	Continuação da Patologia Interna Anatomia Topográfica, Medicina Operatória e Aparelhos Matéria Médica e Terapêutica Clínica Interna	Obstetrícia Anatomia Cirúrgica, Medicina Operatória e Aparelhos Farmacologia e a Arte de Formular
6º ano	Clínica Interna e Anatomia Patológica respectiva Clínica Externa e Anatomia Patológica respectiva Higiene e História da Medicina Medicina Legal	Higiene e História da Medicina Medicina Legal Farmácia (com frequência da oficina farmacêutica 2x por semana, com os alunos deste curso Clínica Interna	Higiene e História da Medicina Medicina Legal e Toxicologia

Fonte: FELICIELLO, 2001, p. 190, 215 e 261.

As Santas Casas foram mantidas como espaço para o ensino médico, contudo os conflitos relacionados à organização do hospital se mantiverem, e eram apontados, em 1891, como empecilho para implantação das reformas da prática clínica nas escolas médicas.

3.2.3.2.2- As Reformas Curriculares do Século XX

O século XX é caracterizado pela expansão desordenada do número de escolas médicas. Por esse motivo, seria impossível neste trabalho relatar a totalidade dos currículos médicos de todas as escolas e suas respectivas transformações.

Assim, pretendemos mapear de forma ampla as mudanças ocorridas nas grades curriculares dos cursos de medicina.

Em meados da década de 60, em termos gerais, a maioria das escolas apresentava a grade curricular composta por 10 disciplinas: morfologia, ciências fisiológicas, patologia, microbiologia e parasitologia, medicina e suas especialidades, cirurgia e suas especialidades, pediatria, obstetrícia e ginecologia, psicologia e psiquiatria, medicina preventiva e social. Estas eram divididas e distribuídas com várias nomenclaturas e subdivisões nos diferentes currículos, conforme demonstra o Quadro 9 (GARCIA, 1972).

Os currículos das escolas médicas do Brasil apresentaram na grande maioria a estrutura exposta no Quadro 9, onde o conhecimento é organizado em disciplinas, agrupadas em três momentos ciclo básico, profissionalizante e clínico tendo como campo de estágio o hospital, que pode ser o hospital universitário, como ocorre na maioria das escolas médicas públicas, ou outros hospitais conveniados, como ocorre com a imensa maioria das escolas médicas privadas. O ensino em serviços de rede pública de saúde, como centros de saúde e ambulatórios de especialidades não é a regra, mas corresponde a experiências desenvolvidas principalmente após os anos 60 pelos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, que se multiplicaram neste período.

Quadro 9 – Disciplinas que compõem a grade curricular das escolas medicas

Disciplinas	Nomenclatura variante encontrada nas várias escolas
Morfologia	Anatomia, Morfologia, Anatomia e Embriologia, Anatomia Topográfica, Anatomia Cirúrgica, Anatomia Clínica, Anatomia Radiológica, Anatomia Pélvica, Neuroanatomia, Dissecções, Histologia, Embriologia, Histologia e Embriologia, Laboratório de Histologia, Laboratório de Embriologia, Biologia Celular, Genética
Ciências fisiológicas	Fisiologia, Bioquímica, Biofísica, Química Fisiológica, Fisiologia e Biofísica, Laboratório de Fisiologia, Laboratório de Bioquímica, Farmacologia, Laboratório de Farmacologia, Farmacologia e Terapêutica
Patologia	Patologia, Patologia Geral, Patologia Geral e Especial, Patologia Especial, Anatomia Patológica e fisiopatologia, Anatomia Patológica, Fisiopatologia, Integração de fisiopatologia com medicina e cirurgia, Fisiopatologia e Semiologia, Histopatologia e Autopsias.
Microbiologia e Parasitologia	Microbiologia, Parasitologia, Microbiologia e parasitologia, Bacteriologia, bacteriologia e Parasitologia, Laboratório de Microbiologia e parasitologia, Microbiologia Especial, Imunologia, Virologia, Micologia
Medicina e especialidades	Medicina geral: Medicina interna; Nosologia (patologia médica, patologia interna, lições de medicina); Nosologia por Aparelhos e Sistemas; Clínica Médica, Propedêutica e/ou Semiologia; Medicina e Cirurgia Integrada, Trabalho de Hospital, Consulta Externa Especialidades médicas: Dermatologia, Neurologia, Neumonologia, Hematologia, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Nefrologia. Outras disciplinas: Medicina tropical, Tisiologia, Doenças Transmissíveis, Terapêutica Clínica, Nutrição, Reumatologia, Alergias
Cirurgia e especialidades	Cirurgia geral: Cirurgia, Patologia externa, Clínica cirúrgica, Propedêutica cirúrgica, técnica cirúrgica Especialidades cirúrgicas: Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia, Urologia, Ortopedia e traumatologia, Anestesiologia, Oncologia, Proctologia, Neurocirurgia, Cirurgia Infantil, Cirurgia Abdominal, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica
Pediatria	Pediatria Puericultura Pediatria e Puericultura
Obstetrícia e Ginecologia	Obstetrícia Ginecologia Obstetrícia e Ginecologia
Psiquiatria e Psicologia	Psicologia, Psicologia Médica, Psicologia evolutiva, Psicobiologia, Psicologia social, Psicologia e psicopatologia, Psicopatologia, Semiologia psiquiátrica, Psicologia Clínica, Psiquiatria, Neuropsiquiatria
Medicina Preventiva e Social*	Medidas Preventivas (Primária, Secundária e Terciária) Epidemiologia Medicina Quantitativa Organização e administração dos serviços de saúde Ciências da conduta

Fonte: GARCIA, 1971, p.21-106)

*Garcia nesse item discute os cinco temas da medicina preventiva, não apontando as nomenclaturas das disciplinas

O modelo predominante é o biomédico (CAPRA, 1982), onde a biologia e a medicina estão firmemente ligadas; por consequência, a concepção mecanicista da vida é predominante e dominadas as atitudes dos médicos em relação à saúde e à doença. Pode ser caracterizado pelos seguintes aspectos:

O corpo é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um mecanismo enguiçado (CAPRA, 1982, p. 116).

Concentra-se em partes cada vez menores do corpo, perdendo de vista o paciente como ser humano. Reduz a saúde ao bom funcionamento mecânico, e a “cura” foge do horizonte de ação do médico (CAPRA, 1982).

Como desdobramento das reflexões de CAPRA (1982) e CANGUILHEM (1996), acredita-se que esta ruptura do trabalho médico com a necessidade fundante do campo médico – que é a satisfação das necessidades humanas em termos de cura – é um fenômeno que deve ser entendido a partir da interpretação de que a opção teórica mecanicista adotada pela medicina produziu uma tal redução no olhar médico, que os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição que envolvem o complexo processo de adoecer são relegados para o segundo plano. Tal concepção é originária da filosofia de Descartes, que propunha uma rigorosa divisão entre corpo e mente, o que levou médicos a se concentrarem na máquina corporal e a negligenciarem os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Sobre isso, CAPRA (1982, p. 119) discorre:

Do século XVII em diante, o progresso na medicina acompanhou de perto o desenvolvimento ocorrido na biologia e nas outras ciências sociais. Quando a perspectiva da ciência biomédica se transferiu do estudo dos órgãos corporais e suas funções para o das células e, finalmente, para o das moléculas, o estudo do fenômeno da cura foi progressivamente negligenciado, e os médicos passaram a achar cada vez mais difícil lidar com a interdependência de corpo e mente.

É a partir dessa concepção que o paradigma flexneriano organiza o currículo médico.

A partir dos anos 60, como já relatamos mais detalhadamente, três cursos médicos implantaram currículos experimentais: da UnB, da UFMG e da USP. A seguir, faremos um breve relato das consequências curriculares dessas experiências.

Na organização dos conteúdos, dois aspectos eram compartilhados nos três cursos: reordenação da sequência das disciplinas, no sentido de vincular temas interdisciplinares em programas conjuntos ou combinados; inclusão de temas de ciências de comportamento e de saúde coletiva em atividades de campo. Estratégias educativas foram centradas na aprendizagem ativa, na integração interdisciplinar, no cenário ambulatorial e no treinamento oportunístico. Métodos de pequenos grupos e estudo independente. Chama atenção o fato de que em nenhuma das três experiências a seleção de problemas prioritários serviu para delimitar o conteúdo curricular. Contudo, elementos do ensino baseado em problemas podem ser encontrados no “currículo em ação”. Em relação ao enfoque comunitário, quando se avalia a extensão em que se insere a aprendizagem centrada na comunidade em relação ao currículo total, evidencia-se que o “potencial de orientação comunitária era mínimo na USP, médio na UnB e na UFMG”. O estudo não consegue tirar conclusões a respeito do impacto dos novos currículos na formação profissional e na melhoria da qualidade da atenção médica. Isto ocorre por falta de estudos prospectivos com os egressos (SOBRAL, 1991).

No Quadro 10, sistematizamos a análise que SOBRAL (1991) realizou acerca destas experiências citadas.

Quadro 10 – Comparação entre os Currículos Experimentais da UnB, UFMG e USP

Comparação entre Propósitos e Objetivos e Conteúdos Especificados

	UnB	USP	UFMG
Propósitos e objetivos	“Preparar um tipo de médico capaz de desempenhar um amplo papel em prol da saúde de uma comunidade”, no sentido da extensão da atuação profissional no âmbito dos fatores que alteram o equilíbrio indivíduo-ambiente. Objetivos: Conhecimento das condições de saúde e de doença e das medidas para seu controle. Formação de mentalidade científica. Desenvolvimento de atitudes e valores enfatizando saúde, ação na comunidade, trabalho cooperativo e enfoque multiprofissional. Adestramento em técnicas de laboratório e habilidades clínica e cirúrgica, bem como familiarização com as rotinas dos serviços de saúde.	Forma um segundo tipo de médico, com maior vivência de aprendizagem extra-hospitalar e habilitação no atendimento primário, em níveis individual e coletivo. 3 objetivos: desenvolvimento de uma da capacidade de estudo, raciocínio e trabalho em grupo; desenvolvimento de uma mentalidade médica global, no sentido de predomínio de formação geral e do enfoque psicossomático; perspectiva ampliada de opções para o exercício profissional, assegurada pelo segundo ano eletivo no internato.	Forma médicos aptos para obter o reconhecimento das, e atender às, necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, sob a forma de cuidados primários e em colaboração com o sistema de saúde regional.
Conteúdo especificado	Ênfase dada às noções de orientação comunitárias (especialmente quanto ao nível primário de atenção à saúde) em cada currículo.		

Elaborado a partir da sistematização realizada por SOBRAL, 1991)

Comparação entre Organização do Conteúdo e as Estratégias educativas

	UnB	USP	UFMG
Organização do Conteúdo	Os três cursos apresentam semelhanças genéricas: “precedência da ciência básica sobre a aplicada, das áreas gerais sobre as especiais, do estudo propedêutico sobre a prática em serviço”.		
	4 ciclos: -básico nos institutos de ciências e humanidades da universidade -profissional básico ou pré-clínico na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho e agências afiliadas -internato no nível hospitalar	6 ciclos: -básico -blocos de sistema e aparelhos -pré-clínico -clínico internato rotativo -internato eletivo	12 períodos -4 no ciclo básico -8 no ciclo profissional (fase propedêutica) -4 na fase clínica -2 no internato
Estratégias educativas	Enfoque integrado caracterizado pela combinação de disciplinas em torno de áreas temáticas, predominante nos ciclos de blocos (pré clínico profissional) e nos programas de medicina integral	Enfoque integrado caracteriza pela combinação de disciplinas em torno de áreas temáticas, predominante nos ciclos de blocos (pré-clínico profissional).	Enfoque integrado caracteriza pela combinação de disciplinas em torno de áreas temáticas, predominantes nos programas de medicina integradas O internato rural foi um componente importante do currículo, consistia numa combinação dos enfoques de ensino baseado na comunidade e de treinamento oportunístico
	O enfoque de resolução de problemas foi incorporado de forma limitada nos três cursos, principalmente como parte do treinamento clínico. O enfoque conteúdo eletivo, restrito nos três cursos, tornou-se uma característica importante na UnB a partir de 1972. Nos três, casos havia uma redução implícita da centralização tradicional do processo educativo no professor, em benefício de aprendizagem ativa. O enfoque baseado na comunidade é um dos componentes estratégicos (juntamente com o ensino baseado em problemas, integração ensino/serviço) na mudança curricular. As três escolas apresentaram graus definidos e diferentes.		

Elaborado a partir da sistematização realizada por SOBRAL, 1991

Comparação entre Métodos e meios, Avaliação dos estudantes, Informação sobre o currículo, Ambiente educativo

	UnB	USP	UFMG
Métodos e meios	A tônica da aprendizagem ativa foi comum aos três cursos, com ênfase dada aos métodos de ensino centrado no aluno. No treinamento clínico, a aprendizagem ativa assumiu predominantemente a forma de integração trabalho/aprendizado, em que os estudantes participavam da prestação de serviços nos diferentes cenários e modalidades do processo de atenção à saúde.		
Avaliação dos estudantes	Pouca ênfase a este item nos 3 cursos.		
Informação sobre o currículo	Aspecto significativo, onde o aluno recebia um informe geral com as diretrizes e processos gerais, e também informações sobre o plano de ensino dos programas didáticos que especificavam objetivos, assuntos, métodos e instrução e avaliação, cronograma das atividades e referências sobre o assunto.		Distribuídos libretos com teor equivalente ao da Unb. Houve grande participação dos alunos e docentes no próprio processo de desenvolvimento curricular
Ambiente educativo	Não tem informação sobre as percepções dos estudantes sobre a ambiência do aprendizado ao longo do cursos e seus efeitos na mudança de atitudes e valores.		

Em 1968, o governo militar implanta a Reforma Universitária que oficializa a separação entre o chamado currículo básico e profissionalizante, provocando, em decorrência disso, uma mudança da dinâmica interna dos cursos universitários em geral, e na medicina em particular. Em 1969, é publicada a Resolução nº 8 (de 8 de outubro de 1969) do Conselho Nacional de Educação, que define o Currículo Mínimo dos Cursos de Medicina apoiado na lógica da reforma em vigência, agora com a oficialização do modelo flexneriano, que já estava em voga nas escolas médicas brasileiras. Entre 1950 e 1971 foram abertas 59 escolas que por orientação oficial seguiram o modelo flexneriano.

Os requisitos de “ordem geral” que os currículos deveriam atender, segundo o Parecer nº 505/69 que embasa o currículo mínimo, foram:

- a) atribuir a necessária ênfase à metodologia do estudo dos problemas de saúde das comunidade em seu conjunto, em vez de limitar-se quase que exclusivamente a questões de saúde individual;
- b) permitir que ainda no curso de formação, atendendo à supervisão no âmbito da escola, possa o futuro médico iniciar sua especialização, após haver adquirido visão global dos problemas de saúde do homem;
- c) integrar o ensino dos aspectos médicos e cirúrgicos das afecções passíveis de tratamento, o que foi facilitado pela supressão das cátedras;
- d) subordinar a distribuição da matéria a ser estudada ao mais racional aproveitamento dos recursos hospitalares disponíveis para o ensino, substituindo-se os critérios oriundos do extinto regime de cátedra pelo de boa técnica de administração hospitalar (BRASIL, 1969).

A Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969, fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de medicina. O Quadro 11 sintetiza as matérias do currículo mínimo, abaixo.

Quadro 11 – Distribuição das matérias no Currículo Mínimo – 1969.

Matérias básicas	Matérias profissionais
○ Biologia (noções de Citologia, de Genética, de Embriologia e de Evolução) ○ Ciências Morfológicas (Anatomia e Histologia) ○ Ciências Fisiológicas (Fisiologia, Bioquímica, Biofísica e Farmacologia) ○ Patologia (estudo dos micróbios e parasitos como agentes patogênicos, da Imunologia e dos processos patológicos gerais)	○ Iniciação ao Exame Clínico (estudo dos fundamentos psicológicos da relação médico-paciente, do interrogatório, da semiótica física e funcional e dos métodos complementares de diagnóstico) ○ Patologia e Clínica dos Órgãos e Sistemas (incluirá os aspectos médicos e cirúrgicos das doenças do aparelho digestivo, das doenças do aparelho respiratório, da cardiologia e da angiologia, de hematologia, da neurologia, da dermatologia, das doenças endócrinas e metabólicas, das doenças do aparelho locomotor, das doenças do aparelho urinário e do aparelho genital masculino, da oftalmologia, da otorrinolaringologia e das doenças infecciosas e parasitárias) ○ Obstetrícia e Ginecologia ○ Pediatria ○ Bases da Técnica Cirúrgica e da Anestesia ○ Psiquiatria ○ Medicina Legal e Deontologia ○ Estudo da Saúde Coletiva (particularizará os aspectos nacionais e regionais e incluirá a Epidemiologia, as Medidas de Profilaxia, Saneamento do meio e Saúde ocupacional], Administração dos Serviços de Saúde Pública e Organização da Assistência Médica) Obs: o estudo da Anatomia Patológica Especial far-se-á paralelamente ao estudo clínico dos vários órgãos e sistemas, utilizando-se para isto os exercícios de integração clínico-patológica.

Apesar de fixar os conteúdos e matérias, as escolas poderiam ser organizadas em disciplinas e dispostas nos currículos plenos, de acordo com os planos de ensino de cada instituição.

Também foram normatizados os locais de estágio e o tempo de duração do curso médico:

Art 12 -O curso de graduação em Medicina abrangerá:

o estudo das bases doutrinárias e a realização de exercícios práticos pertinentes às matérias do currículo mínimo, com participação em trabalhos de Centros de Saúde e de Ambulatórios e Enfermarias do Hospital – escola – perfazendo o mínimo de 4.500 horas destinadas a proporcionar a todos os alunos a visão global dos problemas médicos;

estágio obrigatório em Hospitais e Centros de Saúde adaptados ao ensino das profissões de Saúde, em regime de internato no qual se faculta ao aluno adestrar-se, por sua escolha, nas tarefas específicas abrangidas pelo gênero de atividades que irá exercer logo após a formatura e ao longo da vida profissional, atribuindo-lhe responsabilidade crescente na assistência ao doente, porém ainda sob a supervisão do pessoal docente – compreendendo o mínimo de dois semestres.

Art 13 – o curso de medicina, incluindo os aspectos mencionados no art 12, será ministrado no mínimo de cinco e máximo de nove anos letivos.

Um exemplo bastante especial para caracterizar as chamadas reformas das grades curriculares é o procedente da UFMG. O Quadro 12 ilustra de forma detalhada as transformações apontadas por RIBEIRO (1983) e constantes no currículo atual da UFMG.

Quadro 12 – Comparação entre as grades curriculares do curso de Medicina da UFMG (1965-2004)

ano	Cadeiras de 1882/84	Disciplinas em 1919*	Disciplinas em 1964	Disciplinas em 1965	Disciplinas em 1968	Disciplinas em 1974	Disciplina em 2004
1º	Física Médica Química Mineral e Mineralogia Médica Botânica e Zoologia Médicas	Física Médica, Química Médica História Natural Médica Histologia (1ª parte)	Anatomia Neuroanatomia Histologia Embriologia Biofísica	Psicologia Anatomia Histologia e Embriologia Geral Física Biológica Estatística	Psicologia Anatomia Neuroanatomia Histologia e Embriologia Estatística Biofísica	Bioquímica Celular Histologia Microbiologia Básica Fisiologia Básica Embriologia Geral Histologia Especial Introdução a Anatomia de Mamíferos Imunologia Básica Patologia Geral	Bioquímica Celular Citologia e Histologia Geral Anatomia Médica I Ciências Sociais Aplicadas à Saúde Histologia Especial Médica Neuroanatomia Médica Anatomia Médica II Embriologia Médica Psicologia Médica
2º	Anatomia Descritiva Histologia Teórica e Prática Química Orgânica e Biológica	Anatomia Descritiva (1ª parte) Histologia (2ª parte) Fisiologia (1ª parte)	Bioquímica Fisiologia Microbiologia Parasitologia Patologia geral	Fisiologia Parasitologia Química Fisiológica Microbiologia Higiene e Medicina Preventiva	Fisiologia Parasitologia Microbiologia Bioquímica Patologia geral	Micro Especial Médica Química Fisiologia Fisiologia Médica Anatomia Médica Embriologia Humana Neuroanatomia Médica Parasitologia Médica Farmacologia Médica I Farmacologia Médica II Neurofisiologia Médica Patologia Geral I Imunologia Especial	Genética e Evolução Imunologia Médica Química Fisiológica Estatística Biofísica Aplicada a Medicina Fisiologia Médica Farmacologia Médica I Práticas de Saúde “A” Microbiologia Médica Patologia Geral Parasitologia Médica

ano	Cadeiras de 1882/84	Disciplinas em 1919*	Disciplinas em 1964	Disciplinas em 1965	Disciplinas em 1968	Disciplinas em 1974	Disciplina em 2004
3º	Fisiologia Teórica e Experimental Anatomia e Fisiologia Patológicas Patologia Geral	Anatomia Descritiva (2ª parte) Fisiologia (2ª parte) Microbiologia Clínica Médica (Propedêutica) Clínica Cirúrgica (Propedêutica)	Clínica Propedêutica Médica Anatomia e Fisiologia Patológicas Farmacologia Medicina Preventiva	Clínica Propedêutica Médica Anatomia e Fisiologia Patológicas Farmacologia Medicina Preventiva Clínica Cirúrgica Clínica Psiquiátrica Clínica Dermatológica	Farmacologia Anatomia e Fisiologia Patológicas Medicina Preventiva Cirurgia – Introdução Psiquiatria – Introdução Clínica Dermatológica e Sifiligráfica Semiologia	Semiologia Medicina Nuclear Patologia Clínica Radiologia Clínica Anestesiologia Anatomia Patológica Bioestatística Epidemiologia Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental Ciências do Comportamento Aplicada à Saúde	Técnica Cirúrgica Farmacologia Médica II Práticas de Saúde “B” Semiologia Médica I Semiologia e Nosologia Psiquiátrica Anatomia Patológica II Semiologia Médica II Radiologia I Patologia Clínica I
4º	Patologia Médica Patologia Cirúrgica Matéria Médica e Terapêutica, especialmente a brasileira	Patologia Geral Anatomia e Fisiologia Patológicas Farmacologia e a arte de formular Clínica Médica Clínica Oftalmológica Clínica Dermatológica e Sifiligráfica Clínica Cirúrgica	Clinica Médica I Técnica Operatória e Cirurgia Experimental Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopedia Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas Fisiologia Higiene e Medicina Preventiva Clínica Cirúrgica I Clínica Oftalmológica Clínica Urológica Clínica Dermatológica e Sifiligráfica	Clínica Oftalmológica Clínica Dermatológica e Sifiligráfica Clínica Cirúrgica I Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas Clínica Urológica Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica Clínica Médica I Fisiologia Higiene e Medicina Preventiva	Clínica Oftalmológica Clínica Dermatológica e Sifiligráfica Clínica Cirúrgica I Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas Clínica Urológica Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica Clínica Médica I Pneumologia	Endocrinologia e Metabologia Pneumologia Cirurgia do Aparelho Digestivo Cardiologia e Angiologia Nefrologia Profilaxia Saneamento e Saúde Ocupacional Medicina Legal Cirurgia Torácica e Cardiovascular I Cirurgia Torácica e Cardiovascular II Nutrição Social Gastroenterologia e Nutrição Dermatologia e Leprologia Urologia	Medicina Geral de Adultos I Ginecologia e Obstetrícia I Medicina Geral de Crianças I Patologia Clínica II Psicologia Médica Aplicada Cirurgia Ambulatorial Medicina geral de adultos II Ginecologia e Obstétrica II Política de Saúde e Planejamento Medicina Geral de Crianças II

*Disciplinas optativas do currículo de 2004: Ortopedia, Medicina Legal e Deontologia Médica II, Tópicos em Ecologia e Saúde, Anestesiologia, Anatomia Cirúrgica, Tópicos em Cirurgia, Urologia, Dermatologia, Oncologia, Registros Gráficos em Cardio e Angiologia, Tópicos em Clínica Médica, Geriatria, Educação Física, Tópicos em Ginecologia e Obstetrícia, Mastologia, Cardiologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Endocrinologia, Endoscopia do Sistema Digestivo, Gastroenterologia, Hematologia, Informática Médica, Medicina do Adolescente, Neurologia, Toxicologia Clínica, Transplante de Órgãos e Tecidos, Tópicos em História da Medicina, Nefrologia, Sociologia Médica, Técnica pesquisa bibliográfica e Planejamento de Trabalhos Científicos, Fundamentos do Pensamento Científico do Saber Médico, Tópicos em Saúde Coletiva, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Tópicos em Pediatria, Tópicos em Educação e Saúde, Radiologia II, Patologia Clínica III, Farmacologia do Sistema Nervoso Central, Tópicos em Psiquiatria, Neurocirurgia.

Fonte: RIBEIRO, 1983 para 1882 até 1974 e no ano de 2004 <http://www.medicina.ufmg.br/coleg/grade>.

3.3- CINAEM: história e discurso

3.3.1- A emergência da CINAEM

Nos anos 90, é propalada em toda a mídia o estado de crise em que se encontra o setor saúde no Brasil. A imagem apresentada é de desolação: hospitais públicos superlotados, mortes ocasionadas pela superlotação de hospitais, hospitais sem equipamentos, falta de medicamentos, déficit de profissionais, recusas de hospitais privados a oferecer atendimentos a pacientes de baixo poder aquisitivo, desvios de verbas. Apresentam-se juntamente a esse caos, abundantes denúncias de erro médico, negligência, incapacidade de realização de diagnósticos, utilização abusiva de recursos de apoio diagnóstico, inoperância, descuido, falta de ética, consecução de práticas iatrogênicas (GONÇALVES et al, 1997)⁵⁰. Essas imagens freqüentes nos noticiários televisivos criaram um clima de desconforto geral da opinião pública com um misto de revolta e caça às bruxas. Afinal de contas, não é possível que os culpados não sejam punidos! Eis a questão. Para recordar um pouco a trajetória desse debate na mídia, devemos rememorar que nos anos 70 e 80, com a crise da Previdência, muito se discutiu de quem era a culpa, e, de forma geral a crença que aparentemente se consolidou na opinião pública foi de que os crescentes custos da assistência médica eram os responsáveis pela crise de desfinanciamento da Previdência. Pouco se valorizou na mídia o fato de a política adotada pelo governo ser equivocada, o fato de o dinheiro da previdência ter sido gasto com outros fins. Na verdade, de uma forma geral, no fim dos anos 80 e início dos 90, a lembrança que ficou inscrita na memória da opinião pública é a de que, de alguma forma, os médicos estão ligados à produção da crise na saúde. São criadas uma imagem e uma memória que caracterizou o médico de forma negativa.

Aderente a esta imagem, era evidente um esgotamento da credibilidade das instituições estatais, fortemente influenciado pela desastrosa trajetória político-econômica do país, que submeteu os brasileiros durante uma década a

⁵⁰ COHN, 1995 *apud* GONÇALVES *et al*, 1997.

8 planos de estabilização econômica, 4 moedas diferentes, 11 distintos índices para o cálculo da inflação, 5 congelamentos de preço e salários, 14 novas políticas salariais, 18 mudanças nas regras de câmbio, 54 mudanças nas regras de controle de preços, 21 propostas de negociação da dívida externa e 19 decretos governamentais de austeridade fiscal (GONCALVES et al. 1997).⁵¹

A memória que prevaleceu dessa década é de um Estado inoperante, incompetente e descompromissado, e, por consequência, de serviços públicos, inclusive de saúde, de péssima qualidade. O cidadão sentia-se à mercê de sua sorte, tanto economicamente, quanto do ponto de visto do cuidado de sua saúde.

Este é o clima no qual se buscava um “bode expiatório”, que deveria ser identificado, controlado e punido. Pela própria cadeia de associações apresentada, fazia-se crer que seria o médico o “vilão” dessa história.

Essa situação, instalada no imaginário social, provocou uma reação em cadeia de várias instituições e organizações, tanto do Estado como no seio na corporação médica e da comunidade acadêmica. Estava instalada a polêmica!

Esse tema invadiu a agenda dos vários atores do campo médico e acirrou o ânimo das discussões. As posições ocupadas ora eram enfaticamente contra essa leitura do problema, ora corroboravam a explicação.

A posição assumida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) é exemplar no sentido de assumir os fatos como já dados e agir a partir desse imaginário, como o “super herói” que iria proteger a população dos maus médicos. Sua estratégia foi propor um exame de fim de curso, análogo ao Exame da Ordem, isto é, um exame que avalia o recém-formado e diz quem pode e nem não pode exercer a profissão. Tal proposta fora regulamentada pela Resolução 034/90, que punha como requisito para se registrar no estado a realização do exame (AMARAL, 2002). Foi apoiada nessa sua proposição pela Associação Paulista de Medicina (APM), que se espelhava na experiência, nesse mesmo sentido no estado do Rio Grande do Sul, onde uma das filiadas à

⁵¹ LAURELL, 1995 *apud* GONCALVES et al. 1997

Associação Médica Brasileira (AMB), a Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS), fazia anualmente uma prova para os recém-formados, cuja apresentação da nota individual do médico, além de ser um dos pré-requisitos para ingressar na residência médica, era também parte do critério para seleção dos candidatos.

A posição da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), ilustrada pelo trecho do editorial extraído de seu boletim, era de divergência completa da explicação dos fatos e também de divergência em relação às soluções propostas por alguns segmentos das corporações.

O setor público não funciona hoje, certamente há que se buscar a responsabilidade naqueles que, por ação ou omissão, deixaram-no sucumbir investindo, com recursos públicos, na construção e manutenção do setor privado. (...) Agora acusam o médico! Pelo discurso em moda o médico é o vilão responsável pelas mazelas da atenção à saúde. É ele que personifica a excrescência das políticas sociais empreendidas nos últimos trinta anos. Ignora-se a ausência de uma verdadeira equipe de saúde. Ignora-se os salários aviltantes que este profissional recebe, não só no setor público mas principalmente no setor privado. Se o profissional é mal preparado, “abaixo a Universidade Pública”, “criem-se exames de proficiência, “ataque o suposto excesso de médicos no País!” Ora, já é hora desses assuntos serem debatidos com um pouco de seriedade. Canais e instrumentos para isso não faltam. Falta competência ao empresariado para o debate aberto. O sistema público de saúde e de formação de médicos não faliu. O que faliu foi o modelo privatizante adotado até hoje. A falência foi da tecnocracia, dos planos e estratégias de gabinete. (B. Assoc. Bras. Educ.Méd., Rio de Janeiro, XXVII (3) maio/junho – 1990)

Se o problema já era polêmico, quando estabelecido no seio da corporação médica ganha proporções nacionais e produz uma agenda de posicionamento em torno do tema nas entidades médicas.

Paralelamente a esse movimento no setor médico da sociedade civil organizada, o Estado, por sua vez, já no início do governo Collor, assume uma posição de regulação, com o estímulo à alternativa “exame de fim de curso”, o que fica evidente a partir de 1991 com o documento do MEC “Uma Nova Política Para o Ensino Superior”, que estabelecia como política para o ensino superior: a constituição de centros de excelência preferencialmente privados; a implantação de um sistema de acreditação institucional; a instituição de exame de certificação profissional para todos os recém-formados (AMARAL, 2002).

É esse cenário, onde se disputa qual é o problema legítimo e qual é a explicação do problema, o palco de publicação desta nota, que é a primeira manifestação pública e oficial da comissão que passou a ser conhecida como CINAEM.

EXAME DE ORDEM É INÓCUO, DIZ ABEM

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) reuniu-se entre os dias 7 e 11 de outubro, em Cuiabá (MT), em seu XXVIII Congresso Brasileira de Educação Médica. No encontro – que contou a participação da conselheira Irene Abramovich, como representante do CFM – a entidade, já sob a presidência de Benedictus Philadelpho de Siqueira, elaborou um documento de repúdio ao Exame de Ordem.

Eis a íntegra do documento:

A associação Brasileira de Educação Médica, criada há 29 anos e nesse período trabalhando intensamente na melhoria da qualidade do ensino médico, vem se posicionar contra a implantação do exame de médicos pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, entre outras, pelas seguintes razões:

1 – Considerar exigências da prática profissional médica:

- a) comportamento e postura éticos;
- b) conhecimento médico;
- c) habilidades psico-motoras;
- d) compromisso social;

2 – Conseqüentemente, a aferição desses componentes somente pode ser obtida através de um acompanhamento permanente durante todo o período de formação;

3 – Qualquer proposta de executar um exame que tente medir apenas os aspectos cognitivos é inócua e pode levar a população ao engodo, fazendo-a acreditar que estava sendo protegida de maus profissionais;

4 – Reconhecer que as péssimas condições de funcionamento dos serviços de saúde em função do sucateamento a que esses foram submetidos, constituem-se em um dos principais motivos das freqüentes reclamações da população, intencionalmente ou equivocadamente orientadas no sentido de culpar os médicos.

Pelo exposto, a ABEM propõe: a criação de um fórum nacional de Ensino Médico, juntamente com CFM, AMB, DENEM ANDES e outras entidades da sociedade civil, para uma reflexão sobre o papel das escolas médicas; a denúncia da criação de novas escolas sem condições de funcionamento; e, o delineamento das mudanças consideradas necessárias para a formação de um profissional cada vez mais competente.

Benedictus Philadelpho de Siqueira
Presidente da ABEM
(matéria publicada no Jornal do CRM – out/90)

Esse movimento de parte do segmento médico tece uma construção simbólica no sentido de construir uma identidade com a opinião pública em torno das questões centrais que a afligem. Solidariza-se com a preocupação da população e propõe-se a buscar saídas. Opera, para além de produzir essa identidade, no imaginário social que delega aos *experts* a produção das soluções a partir da atuação da técnica sobre a natureza ou sobre a realidade, buscando para isso elevar-se pela sua história como interlocutor legítimo para fazê-lo. Sob essa tessitura, opera simbolicamente na mitificação produzida pela solução fabril de “controle de qualidade do produto final”, amplamente legitimada pela cultura de consumo predominante em nossa sociedade industrial, questionando não os pilares desta cultura, mas os critérios de controle ofertados na proposta do exame de fim de curso, denunciando-os como um “engodo”. Portanto, a partir dessa atuação, acolhe as reivindicações da sociedade como legítimas e propõe-se a articular o conjunto dos *experts* da sociedade civil e das universidades em torno da produção de soluções no sentido de satisfazer as demandas da opinião pública. Nesse movimento, opera discursivamente no sentido de reverter a imagem negativa do médico como descomprometido com os problemas da sociedade, tenta recolocá-lo na posição de vitimado pela condições de trabalho a que é submetido tanto pelos serviços públicos quanto os privados, e, por isso, partícipe dos sentimentos de indignação contra essa crise na saúde. Reforça sua tese argumentando que o exame de fim de curso, como medida isolada, consistiria em colocar a ‘vítima no banco dos réus’, na medida que o médico atualmente formado é produto de uma política educacional equivocada, marcada pela expansão do número de escolas e do número de vagas nas escolas existentes, a partir de meados da década de 60, sem a correspondente adequação do corpo docente e de infra-estrutura material para absorver este aumento de demanda. E por outro lado, o sucateamento da rede pública de assistência médica que, historicamente, se constituiu em espaço complementar e de grande importância na formação de profissionais, também contribuiu pra a deficiência na formação médica (BOLETIM, 1993, p. 3, grifo do autor).

Tece, a partir então, uma nova explicação para o problema, reforçando a idéia de que o problema da saúde não está ligado exclusivamente ao trabalho do médico, mas também a políticas que desenham o modelo assistencial e o financiamento dos serviços por um lado; e, por outro, reconhece que os médicos têm uma atuação que deixa a desejar, mas

que eles também são submetidos à política de formação que, enquanto indivíduos, não controlam, não lhes restando outra alternativa de formação que lhes garanta uma condição diferente da atual que não seja cursar medicina nas escolas médicas existentes.

Há, portanto, um deslocamento da carga negativa de responsabilidade pela crise da saúde: do indivíduo personificado como médico, para dentro dos espaços coletivos institucionais, os serviços de saúde e as escolas médicas. Estampa-se outro problema: “a escola médica [passa a ser] impiedosamente e maldosamente acusada de responsável por problemas do setor saúde”⁵². É dessa constatação que se cria simbolicamente o valor de uso da CINAEM – tanto para a sociedade, quanto para a corporação – que irá apontar para um processo de avaliação das escolas médicas como a primeira iniciativa para reverter a imagem negativa que as escolas médicas apresentavam.

Para dentro do campo médico, esse discurso tem efeito desencadeador, a partir do *habitus* da corporação de manter sob seu controle o *corpus* de profissionais, isto é, da necessidade da própria corporação, legítima para tal, realizar a avaliação e o controle dos profissionais, como também de manter a profissão legitimada pela sociedade como a portadora das competências legítimas de cura, e portanto merecedora de crédito social e de reserva no mercado de serviços de cura – de um movimento de legitimação do espaço em fase de gestação, composto pelo *corpus* de especialistas médicos, legitimados pela sua institucionalização nas entidades principalmente médicas, como os autorizados a falarem sobre o médico, a prática médica e a formação médica.

Nesse cenário de caça às bruxas, por um lado, e de construção de alternativas é travado dentro da corporação médica um extenso debate sobre a proposição do CREMESP com APM. Foram realizados vários debates no ano de 1990 e 1991, envolvendo representantes de estudantes, médicos-residentes, de docentes e de entidades médicas de São Paulo e do Brasil⁵³: em outubro de 90, em Itajubá – MG; em novembro de 1990, no Hospital do Servidor Público de São Paulo; em dezembro de 1990, no plenário do Conselho Federal de Medicina; em junho de 1991, no seminário nacional do Senado Federal sobre “Qualificação Profissional e o Futuro das Profissões Regulamentadas”, entre outros.

⁵² Fala do Presidente da ABEM, Benedictus Philadelpho, em mesa redonda do XXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado em Campinas, SP, 08 a 11 de outubro de 1991. Fonte: Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica, Campinas, 1991.

⁵³ Fala do Prof. João Amílcar Salgado, cf. Anais do XXIX Congresso, p. 12.

Questionava-se quais eram os critérios que estavam sendo propostos, se quem estava propondo tinha competência, credibilidade e autoridade para fazê-lo. O fragmento da fala abaixo é exemplar de como este debate é travado:

A dúvida não provinha de ausência de títulos de pedagogos dos proponentes, pois a pedagogia médica não é corporação, profissão, cargo, emprego ou função. É um assunto tão específico e seus estudiosos são tão poucos no Brasil e mesmo no mundo que todos nós nos conhecemos. Ora, como os propositores do tal exame eram desconhecidos por nós, pois não eram autores de qualquer estudo diagnóstico sobre a crise da profissão médica ou de, pelo menos, algum trabalho técnico sobre avaliação de competências, concluímos que sua proposta deveria ter origem fora da pedagogia médica. Sendo assim, caso chegassem a organizar o primeiro exame, para tanto seriam duas alternativas: ou pedir a uma escola médica que o realizasse, ou contratar uma entidade “especializada” em montar “provas de múltipla-escolha”, com a “garantia” de ser sua prova capaz de avaliar a competência de médicos, com base em sua experiência em montar provas para concursos diversos. Ora, a segunda alternativa era quase certa pois as escolas médicas sérias se furtariam a tal temeridade e as escolas médicas de fim de semana comprometeriam o exame. (...) [o que aconteceu foi que a segunda opção foi adotada e prevaleceu] a falta de autoridade para tratar de competência por parte daqueles que indevidamente, por conta própria, “assumem a competência” para impor o exame de competência a seus colegas⁵⁴.

Além do debate sobre a autoridade, na proposta de tal exame, perguntava-se quem lucraria com o exame pós formatura. Estabelecia-se um grande embate quanto aos interesses que transcendiam os interesses da corporação, e que poderiam transpor o seu controle. O mesmo debatedor anterior faz uma enfática explanação sobre esse tema:

(...) Quem lucra com o exame pós-formatura? Respondemos, que no plano interno, lucra a indústria da obstaculização/transposição. No plano externo, lucra um predador voraz, que é a indústria do erro médico. Os profissionais da obstaculização/transposição são velhos

⁵⁴ Idem nota 28.

conhecidos do vestibular da universidade e da seleção de médicos-residentes. Com o tempo, estruturaram organizações complexas, uns faturando ao perpetuar e complicar o obstáculo do exame, outros lucrando agonisticamente com sua transposição. (...) Quanto à indústria do erro médico, indicamos como ela é parte importante da mencionada crise nos EUA, alimentando-se de litígios sobre litígios, envolvendo milhões de dólares e ameaçando acabar de naufragar uma das mais brilhantes medicinas da história da humanidade. (...) [Há] suspeita [de] que o noticiário tendencioso na imprensa brasileira sobre vítimas de erros na assistência à saúde, sempre chamados de erros médicos, bem como reportagens de final de semana e mesmo novelas das 20 horas na TV, sejam na verdade “merchandising” da indústria secundária interessada em introduzir o seguro contra o erro médico no Brasil.

O clima tornava-se pesado, com insinuações de toda ordem. Disputava-se no seio da corporação a hegemonia do sentido no qual ela iria atuar na crise de legitimidade do médico diante da sociedade e de si mesmo enquanto profissional. As duas entidades proponentes do exame de fim de curso compunham juntas duas grandes forças políticas dentro do movimento dos médicos, o que significa que a resolução do impasse passava por convencê-los a adotar outra estratégia.

Em paralelo, e em articulação com o movimento médico, ocorre também um crescente envolvimento do segmento – menos autorizado! – dos estudantes de medicina (Movimento Estudantil de Medicina – MEM) e dos médicos residentes – a partir de suas entidades representativas – Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), respectivamente – com o debate sobre a formação médica. Ambos os segmentos já traziam consigo uma tradição de mobilização. Quem não lembra as grandes mobilizações dos médicos residentes nos anos 80? O MEM, a partir da criação de sua direção executiva em 1986, a DENEM, passou a aprofundar as questões do cotidiano dos estudantes de medicina sob o enfoque da educação médica, o que culminou com a elaboração, em nível de sua direção, da Proposta de Transformação do Ensino Médico (PTM), tendo sido aprovada como a bandeira nacional desse movimento no XVII Encontro Científico dos Estudantes de Medicina

(ECEM), em 1986, em Fortaleza. Contudo, apesar de uma mobilização em torno do tema, e provavelmente pelo fato desse movimento não ser considerado autorizado no âmbito da escola médica, não houve naquele momento poder suficiente para impulsionar a entrada desta proposta na agenda das escolas médicas. Foi somente a partir de 1988, por conta desse debate ser legitimado pelos atores sociais autorizados pela corporação para tal, que essa agenda passa a ser assumida tanto pelas entidades médicas quanto pelas escolas médicas. Estava criada a identidade desses dois movimentos com o que vinham propondo a ABEM e o CFM, quando conclamaram a corporação para compor um fórum para avaliar o ensino médico.

É sob essa tessitura política, social e simbólica que emerge a CINAEM enquanto sujeito coletivo.

3.3.2- Quem fala?

Uma das questões de relevância para uma postura arqueológica é observar e interrogar – quem é o sujeito que fala. Em nosso caso, temos um sujeito que é um coletivo reunido em um fórum colegiado que agrega um conjunto de associações ou instituições em sua maioria médicas. Isso não significa, a priori, a existência de uma homogeneidade de interesses, como pudemos perceber até aqui. É possível visualizar alguns subconjuntos nesse grupo. É possível pensar, por exemplo, que os conselhos possam compor um bloco homogêneo, isto porque imaginamos terem os três – CFM, CREMESP e Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) – como objeto de sua atuação e interesse a regulação da profissão e o zelo pelo exercício ético da profissão. Contudo, este requisito por si só não é suficiente para constituir uma identidade comum, o que fica evidente quando observamos as posições dos três em relação ao exame de fim de curso. Pelo contrário, podemos perceber que o alinhamento político dos atores dentro do colegiado é muito mais influenciado pelas suas relações externas com outras entidades ou com o mercado do que pela natureza da sua entidade.

Quando vamos pensar em outras distinções entre estas entidades, e tomando como exemplo a Federação Nacional dos Médicos (FENAM), imaginamos que esta, pela sua agenda histórica de luta pela profissão médica e por seu nascimento no seio da ideologia médica liberal – o primeiro sindicato médico foi fundado em 1928 – estabeleceria necessariamente relações de perfeita aceitação do imaginário liberal da prática médica. Contudo, observamos na prática que esta entidade está muito mais afeita aos interesses da agenda da Reforma Sanitária do que se esperaria. Mais uma vez, observamos que o estabelecimento de alianças está muito mais ligado à situação política e ao objeto em questão, do que à natureza da entidade.

Ainda podemos observar que em algumas entidades a sua identidade é clara, tendo em vista a sua posição em relação à defesa de um tipo de profissão médica. Por exemplo, a AMB e Academia Nacional de Medicina (ANM) são instituições médicas que operam na agenda do modelo médico liberal e defendem suas bandeiras. Seu espaço de atuação é o mercado privado, ou seja, o sistema suplementar de saúde. Contudo, atua veementemente no debate do sistema público de saúde quando temas de interesse do mercado e da prática médica liberal estão em pauta. Já a ABEM opera numa agenda que é própria da escola médica, seus objetos são os espaços de ensino e a formação dos médicos. Contudo, sendo a escola o espaço onde se reúnem atores de todas as facções e também arena de disputa do modelo de prática médica e espaço de legitimação social, sua militância é atravessada pelos vários interesses dos demais setores. Contudo, mantém-se firme em sua trajetória histórica de reformulação da formação médica e de adequação da mesma ao sistema de saúde público.

JÁ a ANMR e a DENEM são duas entidades que operam em bloco no espaço, são fruto de mobilizações de estudantes de graduação e residência. Mantêm-se numa agenda de defesa do SUS, mas operam numa agenda própria da formação médica. Em muitos momentos, operam em sintonia com a ABEM, sendo que compõem com os representantes estudantis, parte do corpo de associados e dirigentes dentro da mesma. Outros atores, tanto o Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras (CRUB) e a Associação Nacional de Docentes do Ensino Superior (ANDES), operam em uma agenda mais geral, que não se prende à formação médica, mas estabelece um debate sobre o ensino superior e

as questões que o envolvem. Discutem muito sobre o trabalho na docência, e apresentam, em seu viés, a posição de uma outra corporação, a dos docentes.

Considerando que a maioria das entidades, nove de 11, ou são de médicos ou de médicos em formação, podemos dizer que este fórum é um recorte da sociedade civil a partir de uma perspectiva específica de um grupo da sociedade, que é regida pelo *habitus* da profissão médica. Este é fundado sob a égide de uma tradição da prática médica baseada nos preceitos da ciência, na organização do *corpus* de *experts* a partir de ganhos crescentes de autoridade, na autonomia do ato médico, na organização liberal do trabalho médico, na formalização do espaço de formação na escola médica e no papel de superioridade em relação a outros profissionais da saúde. Este *habitus* coloca em cena estes temas como objetos dos quais se fala, e pelos quais se disputa hegemonia no campo médico.

A partir dessa diversidade, é possível inferir que muitos objetos de debate e disputa colocam interesses em jogo que tensionam o campo por não serem necessariamente convergentes, sendo por muitas vezes necessária uma acomodação dos vários interesses para manter uma agenda em comum, sendo muitas vezes interesses e propostas opostas e/ou concorrentes.

Portanto, a tensão e a disputa são elementos constitutivos da CINAEM, sendo sua agenda entrecortada por esses vários objetos e falas, que ora aglutinam, ora desagregam o grupo. Fala, portanto, sobre eles, a partir do foco da formação. É de dentro desse *habitus* que nasce o discurso sobre a formação médica materializado nos documentos da CINAEM.

Além da heterogeneidade própria da composição do colegiado, é possível identificar mais uma variável que tensiona esse espaço. O indivíduo que representa cada uma das entidades na comissão não pode ser considerado como a própria entidade, isto é, pode em tese representar os interesses das entidades, mas nas relações objetivas entre os sujeitos é possível estabelecer pactos que passam ou não pelos interesses das entidades. Além do mais, as próprias entidades não são elas mesmas unanimidade de pensamento, são muito mais um fórum de políticas onde diversos grupos disputam a formulação e a execução das políticas da entidade, que atuam a partir do estabelecimento de consensos e produção de hegemonia produzida às vezes muito mais no espaço externo das entidades,

isto é, nas relações objetivas estabelecidas principalmente por meio dos interesses do mercado de serviços de cura. Ou seja, a posição que cada membro associado da entidade ocupa na prática médica, confere-lhe maior ou menor capital simbólico e econômico e define sua posição na entidade, a partir de *quantuns* de poder que agrega a partir de suas posses.

Portanto, além das tensões próprias entre as entidades, há que se considerar que as posições dos atores nesta arena estão diretamente relacionadas às relações objetivas em que as entidades se encontram em relação aos objetos em foco no campo das práticas de saúde. Além disso, estas posições em relação ao objeto podem variar de acordo com a alternância dos grupos dentro de cada entidade.

Outro ponto de tensão refere-se ao fato que de os representantes das entidades no colegiado, em na sua maioria são médicos que atuam ou na clínica ou na cirurgia dentro de alguma especialidade. Isso nos leva a pensar que a visão de mundo construída que articula os vários objetos tem um recorte muito específico. Já a equipe denominada de técnica tem outro perfil completamente diferente, são médicos de formação, na sua maioria, sanitarista (planejadores e epidemiologista) e atuam dentro da esfera da saúde pública. Estes disputam com os primeiros em vários planos dentro do campo médico: quais são os objetos legítimos, qual é a significação que cada objeto toma dentro do campo.

Percebendo isso, podemos dizer que a CINAEM é um recorte dessa arena cujos atores disputam interesses e nenhum posicionamento está isento dos desdobramentos no campo discursivo.

3.3.3- As regularidades do discurso: Algumas “pistas”

Antes de entrarmos propriamente na apresentação e discussão sobre a produção discursiva da CINAEM, vamos apresentar o dispositivo analítico que utilizamos. Tomamos de empréstimo o conceito de “dispositivo analítico” da teoria da Análise do Discurso (AD). Este está contido dentro de um chamado dispositivo da interpretação, que articula na operacionalização da análise “a parte que é de responsabilidade do analista [com] uma parte que deriva da sua sustentação no rigor do método e no alcance teórico da AD. O que é de sua responsabilidade é a formulação da questão que desencadeia a análise”. Nesse sentido, é necessário definir “a forma do *dispositivo analítico*, que [versa exatamente sobre] a

questão posta pelo analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise”. Portanto, “como a pergunta é de responsabilidade do pesquisador, é essa responsabilidade que organiza sua relação com o discurso, levando-o à construção do ‘seu’ *dispositivo analítico*, optando pela mobilização desses ou aqueles conceitos, desse ou aquele procedimento, com os quais ele se compromete na resolução de sua questão” (ORLANDI, 2000:27).

Na perspectiva proposta por Orlandi, vamos trabalhar com um dispositivo analítico que possa organizar nosso olhar e nossa relação com os documentos. Nesse sentido, depois da leitura exploratória de todo o material a ser analisado, identificamos algumas regularidades no discurso que iluminaram essa formulação. Destaca-se contundentemente a presença de uma matriz discursiva filiada ao pensamento científico predominante no *habitus* médico, e que é o eixo orientador de quase toda a narrativa dos documentos. Este são organizados em forma de produtos a serem apresentados em reuniões, fóruns e congressos. São elaborados num formato de projeto de pesquisa cujos resultados são organizados em “fases”, corroborando a idéia inicial do *habitus* científico. Somando-se a estas duas, identificamos uma terceira regularidade, onde o tempo todo o discurso procura buscar elementos de identificação simbólica que o coloque no status de autorizado, a partir sua identidade científica. É possível perceber uma marcação temporal nesse sentido. Portanto a CINAEM vai construindo seu conhecimento – isto é, sua compreensão e significação sobre o recorte da realidade sobre a qual se debruça, a formação médica nas escolas de medicina – a partir de aproximações sucessivas desse objeto, mediadas por instrumentos de pesquisa e de intervenção.

Essa percepção motivou-nos a pensar uma forma de organizar nossa entrada dentro dos discurso acompanhando as etapas sucessivas de aproximação e apropriação da realidade protagonizada pela CINAEM. Nesse sentido, tomaremos as várias “fases” da CINAEM como as próprias fases de produção do conhecimento. Esta será a forma utilizada para apresentar a nossa análise. A Fig. 7 abaixo ilustra esse movimento de produção de conhecimento, e é elaborada a partir de algumas idéias do “fluxograma analisador”, ferramenta de avaliação qualitativa de processos produtivos, capaz de descrevê-los observando-se as etapas do processo produtivo, seus produtos intermediários, o consumo de insumos e os resultados.

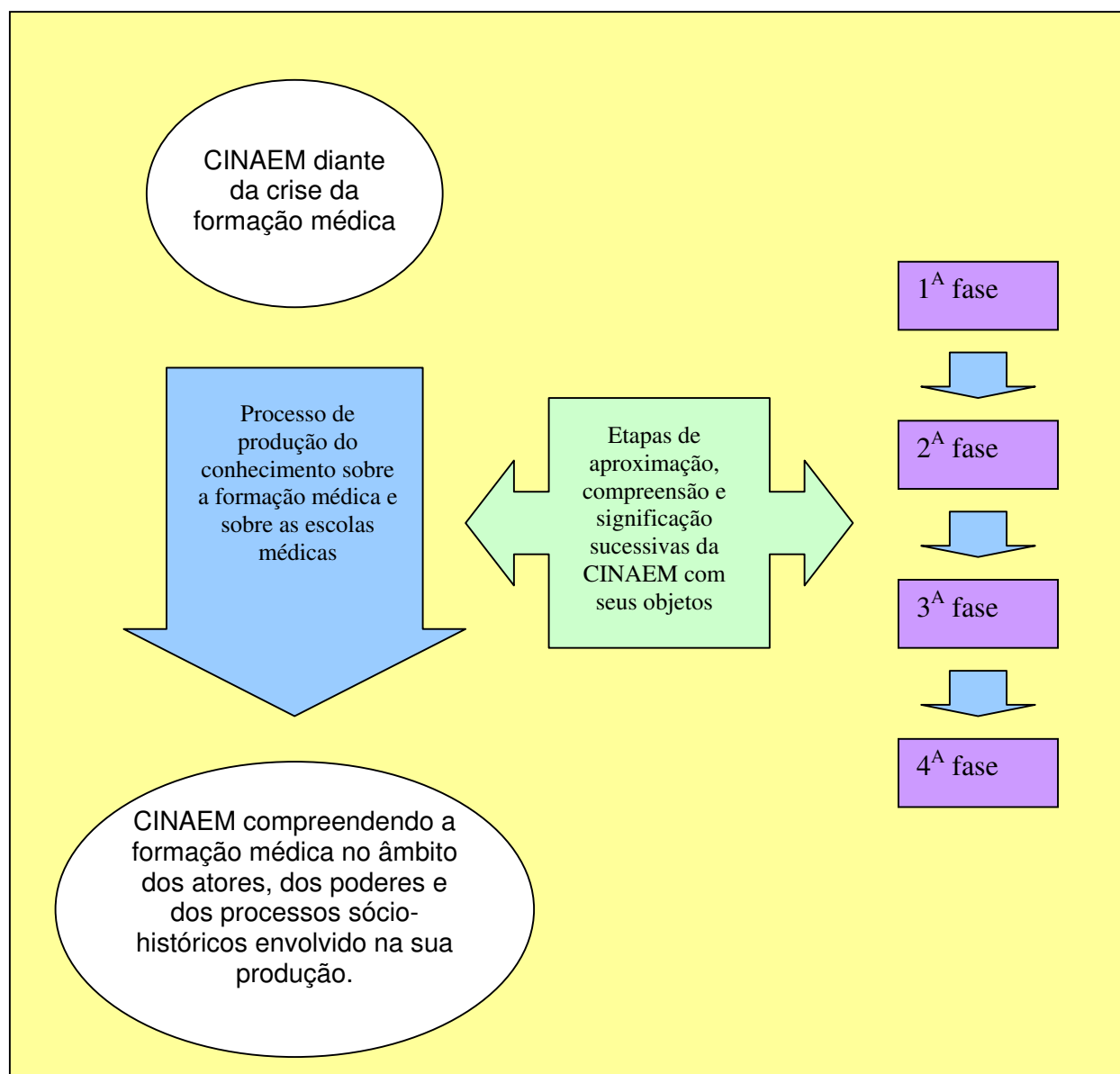


Figura 7 – As etapas da produção de conhecimento da cinaem

3.3.3.1- A Primeira fase

Denominamos primeira fase a etapa de trabalho da comissão, em um período histórico que se inicia com a criação da CINAEM e termina mais ou menos em novembro de 1992; lembramos, contudo que, como se trata de um processo social, não é possível precisar exatamente a fase dentro do tempo, mas sim dentro de um processo de construção do saber. Nesse sentido, conforme assinalamos anteriormente, este momento corresponde à primeira aproximação e leitura do objeto realizada pela comissão.

Para compor uma narrativa desse momento, vamos primeiramente abordar as superfícies discursivas e os respectivos objetos que estão nos limites do discurso sobre a formação médica enunciado pela CINAEM. A seguir, iremos situar os objetos dentro das redes conceituais, para depois observar a emergência de novos objetos que serão o mote para a próxima fase e os métodos de transcrição.

3.3.3.1.1- Superfícies e Objetos

Para introduzir a discussão sobre a realidade da escola médica e da saúde, a comissão parte de noções, discursos e idéias produzidos a partir do debate travado com a sociedade e com a corporação médica. Nesse sentido, aborda inicialmente dois objetos – a saúde e a educação médica – ambos tomados a partir da percepção de que a “grave crise” existente nesses campos é explicada a partir da interação entre eles, onde a situação de “crise” em que se encontra a saúde tem como principal causa a “crise” da educação médica.

Posiciona-se como questionadora dessa grade explicativa das relações entre a crise da educação médica e crise da saúde, sem, contudo, questioná-las enquanto princípios aceitos.

Não há dúvidas que, dentro de um conjunto complexo de fatores políticos, econômicos e técnico-científicos, a educação médica tem a sua parte de responsabilidade e esta deve ser enfrentada com firmeza a fim de contribuir para a superação desta crise (CINAEM, 1992a).

Para fortalecer seu argumento e disputar esta explicação, busca dados em uma análise histórica da criação das escolas médicas, focalizando rapidamente as relações entre a criação das escolas médicas e o contexto político e econômico.

(...) a implantação dos cursos médicos no Brasil em 1808 (...) esteve ligado a um projeto de maior interesse das elites do que vinculado a uma preocupação com os problemas de saúde da população (CINAEM,1992a).

A partir do que é admitido, constrói sua explicação das relações entre crise da saúde *versus* crise da educação médica, introduzindo como elemento de análise fundamental as políticas do estado para saúde e para educação:

Este projeto elitista norteou o processo de criação das primeiras escolas médicas no século passado, predominou como eixo principal da expansão e da organização de ensino médico no País (CINAEM,1992a).

A partir deste foco, há uma percepção de desconexão entre as demandas sociais e a política educacional:

A falta de sintonia entre as demandas sociais e a política educacional ocasionou uma expansão desordenada do número das escolas médicas (CINAEM,1992a).

Utiliza para efeitos demonstrativos dados referentes à expansão das escolas médicas:

Em 1960 totalizava 29 e em 1971 atingia 73 e na década de 80 chegando a 80 escolas, este crescimento se deu, predominantemente, através do setor privado e visava atender basicamente uma demanda de vagas reprimidas, em relação ao número de egressos do 2º grau. O número de graduados em 1965, era 1755 e em 1975 foram formados 8.337 fazendo com que o número de graduados tivesse um aumento de 474% em 10 anos (CINAEM,1992a).

Apresenta algumas assertivas que desenhavam um certo panorama da situação de crise da educação médica:

A falta de compromisso social, de planejamento adequado e de preocupação com a qualidade tão evidente nesse processo de expansão evidenciam na realidade, as características que melhor definem o quadro geral da educação médica no Brasil (CINAEM,1992a).

A partir dessa primeira abordagem dos objetos, constrói o pano de fundo sobre o qual se assenta seu projeto, declarando-se como sujeito comprometido com a construção de conhecimento a respeito da crise da educação médica, com o debate público dos mesmos e com a produção de mudanças desta realidade. É desse debate que retira seu objeto principal de intervenção, que é a formação dos médicos:

O propósito da CINAEM é de buscar conhecer essa realidade, difundir esse conhecimento através do debate democrático com a sociedade civil e a comunidade universitária e através de um processo de cooperação intensa e profunda. Produzir mudanças que possam resultar na adequação da Escola Médica e do médico formado às necessidades sociais, dentro de um compromisso ético e dos melhores padrões técnico-científicos (ATA de 4/3/91 da CINAEM).

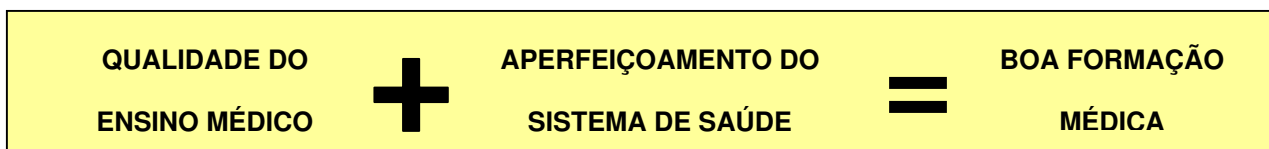
Estava dado o objeto a partir do qual se desenvolveria toda a produção de conhecimento dessa comissão.

Nesse sentido, na organização de uma primeira abordagem do objeto introduz como método de abordagem da realidade, a organização de um “Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil”, nos moldes de um projeto de pesquisa.

Este trabalho constitui a primeira parte do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. Aqui apresentamos uma visão do conjunto das Escolas, com a análise das variáveis envolvidas em sua composição, a saber: estrutura econômico-administrativa, estrutura política-administrativa, infra-estrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola médica na assistência e na

pesquisa. (...)Buscamos como objetivo analisar os efeitos existentes entre estas variáveis, sobre o produto final, porém sempre com a intenção de analisar a Escola Médica e não apenas o médico formado (ATA de 4/3/91 da CINAEM).

A CINAEM formula seu projeto a partir da projeção de objetivos em relação à realidade da saúde e da formação médica, isto é, as desejadas “qualidade do ensino médico” e “aperfeiçoamento do sistema de saúde”. Constrói sua argumentação articulando-os a partir de uma idéia de soma – “um binômio” que tem como resultado a “boa formação médica”. O quadro abaixo retrata o cerne do projeto da CINAEM:



O enunciado abaixo ilustra essa idéia:

A comissão (...) [tem] como princípios fundamentais QUALIDADE DE ENSINO MÉDICO e o APERFEIÇOAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE, binômio indispensável à boa formação profissional (ATA de 4/3/91 DA CINAEM, 1991 – grifo do autor).

Assim, a operacionalização dar-se-á em torno dessas duas idéias, destacando-as como premissas dadas e aceitas, que teriam o efeito de conferir uma força discursiva e simbólica ao que será proposto; afinal de contas, ninguém contesta que o ensino médico deve ser de qualidade e que o sistema de saúde deve ser aperfeiçoado.

Nessa operação inicial, se tomarmos o sentido inverso da equação acima, observamos a possibilidade do raciocínio “a boa formação profissional é dependente da qualidade do ensino médico e do aperfeiçoamento do sistema de saúde”. Esta é a deixa para a comissão introduzir o objeto, a avaliação do ensino médico, a partir do raciocínio: “como a boa formação é dependente da qualidade do ensino, logo, se eu melhorar a qualidade do ensino médico, melho a formação médica”. O tema da avaliação do ensino médico como objeto emerge desse discurso.

Portanto, a partir deste, objeto a CINAEM declara que

São os seguintes os objetivos e estratégias que orientarão o trabalho desta comissão. Objetivos: 1) avaliar o Ensino Médico Brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; 2) propor medidas a curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências encontradas; 3) criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; 4) criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada. Estratégias a) a avaliação será universal e utilizará como instrumento básico um protocolo único, cujo modelo basear-se-á em outros oficiais existentes e de acordo com os membros da comissão; b) utilizará a organização das entidades que compõem a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico e de entidades que integrem o sistema de saúde (ATA de 4/3/91 DA CINAEM, 1991 – grifo do autor).

Analisando estes enunciados, observamos algumas analogias utilizadas:

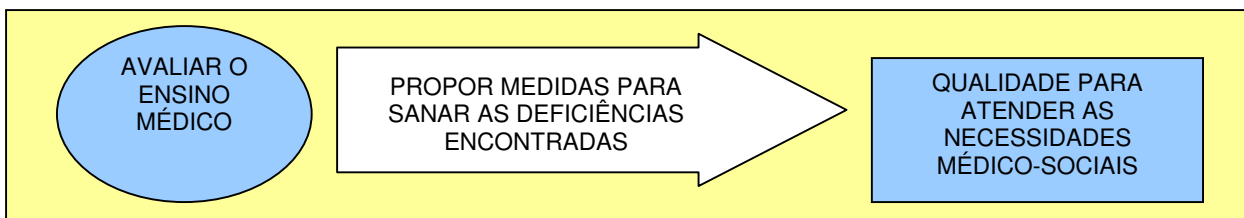


Figura 8 – Analogias do Discurso

Esta relação entre propor uma avaliação que tem por objetivo ter qualidade para atender às necessidades médico-sociais por intermédio de “medidas para sanar” requer uma leitura mais demorada. Primeiro, quando se propõe a “sanar,” remete-nos a perceber uma analogia que fala em propor uma determinada “cura”, em que somos levados a imaginar por analogia que então há alguém ou algo doente, sendo que no caso vem à mente a idéia “então o ensino médico está doente”. Quando propõe identificar as “deficiências” por analogia, pensamos, a partir de um referencial médico, que algo ou alguma parte de um todo “está com insuficiência ou com mau funcionamento”. Estes enunciados revelam uma

analogia teórica onde se percebe a transposição da teoria mecanicista, prevalente na medicina no método clínico: avaliar e identificar deficiências ou disfunções em partes (órgãos), intervir para sanar as deficiências no sentido de pensar a cura. Nesse sentido, a partir dessa forma de compreender e significar, o ensino médico (comparado ao corpo como um todo) está doente, isto é, tem deficiências em alguma de suas partes (em algum órgão) e é necessário elaborar proposta de ação (terapêutica) com vistas a sanar (recuperar, curar) estas deficiências, a fim de que possamos alcançar o objetivo de melhorar a formação médica, isto é, ter qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população.

3.3.3.1.2- Os objetos e as Redes Conceituais

Os objetos que mobilizam a CINAEM estão inseridos em redes conceituais que tematizam o “ensino superior público e a sociedade brasileira”. Delas extrai uma base de contextualização para o ensino médico dentro do ensino superior. Nesse sentido, reúne argumentos que irão sustentar sua elaboração sobre a formação médica e ao mesmo tempo, permitir-lhe posicionar-se frente a estes debates.

Diante da problematização sobre a “privatização do setor público”, denuncia o movimento de

(...)’privatização do público’ nas IES⁵⁵ Estatais [por] grupos de interesses particularistas, através da predominância das relações clientelista e corporativas (...) historicamente construídas nas IES Estatais desde a sua emergência no século passado, [e organizadas para responder [aos] interesses das elites, uma vez que estas sempre estiveram intimamente relacionadas com o Estado Nacional (CINAEM, 1992b).

⁵⁵ IES – Instituições de Ensino Superior.

Nesse sentido, reforçar sua posição apresentando os fatos que tiveram revelância no desencadeamento da crise do ensino superior:

- a expansão do ensino superior ocorreu a partir do “crescimento urbano-industrial [que colocou o ensino superior no] alvo de interesses e pressões das camadas médias urbanas” (CINAEM, 1992b);
- as “IES Estatais pouco exercitaram a autonomia universitária e a administração democrática” (CINAEM, 1992b);
- a estrutura departamental da universidade proposta pela reforma de 1968

apenas vestiu com outras roupagens as relações de poder internas das IES, na medida que a cátedra foi substituída pelos titulares das disciplinas que passaram a reproduzir as mesmas relações interpessoais e clientelistas que já caracterizavam o ensino superior. O atual departamento congrega grupos de interesses, muitas vezes conflitantes e isolados, que não conseguem estabelecer um projeto de interesse coletivo e social e sim projetos particulares em busca de vantagens políticas e de recurso (CINAEM, 1992b);

- ao departamento

sobrepõem-se, de modo crescente, os interesses corporativos dos diversos segmentos universitários – docentes, funcionários e alunos – que também não lograram um projeto consistente de Ensino Superior. (...) as lutas caracterizam-se por serem extremamente economicistas na medida que dizem respeito apenas a recursos materiais, a despeito das tentativas de resistência e democratização por parte de grupos do movimento docente (CINAEM, 1992b).

Formula sua síntese amarrando suas argumentações aos enunciados que refletem sua posição de crítica em relação à política do Estado para o ensino superior, conforme ilustra o enunciado a seguir:

na ausência de um projeto próprio de sociedade o Ensino Superior enveredou pelos descaminhos dos interesses particularistas e corporativos que se congregam para a formação de profissionais de

nível superior e a produção de conhecimentos necessários a esta sociedade dependente (...), na medida em que as IES não participam da construção de um projeto próprio e original de sociedade; apenas reproduzem conhecimentos e informações (CINAEM, 1992b).

Após esta tessitura contextual de crítica ao *status quo*, introduz uma outra dimensão para redimensionar esta discussão a partir da afirmação do importante papel social das IES Estatais “na busca de resolução para os problemas e questões que afligem a maioria da sociedade brasileira”. Com esse debate, opera no campo simbólico do ideário de sociedade, onde procura estabelecer um valor de uso social para as IES, visto que elas se encontram em franco sucateamento simbólico, o que põe em risco sua própria manutenção, enquanto públicas. Defende que é preciso discutir o papel social das IES, pois somente com esse novo sentido seria possível “romper com o círculo vicioso do debate economista centrado apenas no acesso aos recursos públicos e com o debate administrativo em busca de produtividade e eficiência que não define ‘para que’ , nem ‘para quem’ “ (CINAEM, 1992b - grifos do original).

Ainda nesse discurso, relaciona a questão anterior ao movimento de “penetração do capital privado no ensino superior”, localizando-o no desenho político geral do Estado neoliberal brasileiro, que sinaliza o sentido da política para o ensino superior. Nesse sentido, a comissão chama atenção para o fato de que está em curso uma nova configuração para o ensino superior, que transfere este setor do espaço das políticas sociais para o setor de prestação e consumo de bens e serviços, operação que está sendo realizada em perfeita sintonia com os interesses de uma economia de mercado. Dessa forma, essa temática vai desenhar uma rede explicativa para a situação atual do ensino médio, denunciando que a expansão do ensino superior a partir dos anos 60 ocorre predominante por meio da “expansão das IES privadas, (..) [por meio de] de empresas lucrativas que visualizam o setor como um empreendimento econômico e não de alcance social” (CINAEM, 1992b). Nesse sentido, alerta para o fato de que, “pelo critério do papel social, as IES Privadas obviamente encontram-se pior situadas, uma vez que aos interesses particularistas e corporativos acrescentam-se os interesses políticos e econômicos das suas mantenedoras” (CINAEM, 1992b). Como consequência dessa política

no final da década de 1980, 61% das instituições superiores e 55% das matrículas [concentram-se do ensino privado], defendendo um projeto centrado primordialmente no ensino de graduação divorciado da pesquisa, da pós-graduação e da extensão e desvinculado com a realidade brasileira (CINAEM, 1992b).

No debate sobre “o papel social do ensino superior”, avalia que as políticas para o ensino superior até então constituíram um projeto típico das classes médias urbanas que buscam apenas garantir o acesso aos seus membros, e não um projeto consistente de desenvolvimento social. Relata que, tendo em vista a preocupação dos movimentos de docentes e associações do setor educacional com a desvinculação desta pauta dos interesses de classe, são propostos como objetivos: “qualidade, competência, desenvolvimento de processos de avaliação do setor, melhoria da qualidade de vida da população e construção da cidadania.” Articula, finalmente, nesta rede de enunciados a conexão entre situação atual do ensino superior e os interesses sociais privados e públicos à discussão do papel social da universidade. Finalmente, amarra no centro dessa rede o seu objeto – isto é, a avaliação do ensino médico – como uma das propostas para o setor que tem potencial para abrir o espaço privado desta política para a introdução dos interesses públicos, conforme ilustrado no enunciado abaixo:

Neste sentido, não se deve temer a avaliação; pelo contrário, todos os segmentos da comunidade universitária devem desenvolvê-la como um instrumento de planejamento e busca de alternativas. Isto não significa abdicar da luta por melhorias de condições de trabalho, mas construir projetos alternativos ao modelo dominante (CINAEM, 1992b).

Articula também na seqüência de raciocínio da rede conceitual a idéia de que nesse contexto há um tipo ideal de educador:

(...) a responsabilidade do educador passa a se configurar como múltipla e complexa na medida em que além do ensino, da pesquisa e da extensão deve se engajar na construção de um novo projeto político-educacional para o Ensino Superior (CINAEM, 1992b).

A partir deste, debate a CINAEM estabelece uma relação entre estes enunciados anteriores – e a respectiva rede explicativa que formaram – com a escola médica, numa operação de pensamento: a escola médica é instituição de ensino superior; as instituições de ensino superior estão na situação descrita, logo, sendo as escolas médicas instituições de ensino superior, estão também nessa situação. Constrói portanto esta rede, onde ancora os enunciados sobre o ensino médico numa base geral, e acrescentando suas particularidades:

- o papel da organização social da assistência médica “possui um papel relevante, dadas as estreitas relações entre serviços, ensino e pesquisa”;
- “o processo de privatização penetra também através da organização dos serviços, fruto de toda a Política de Saúde desenvolvida nas décadas anteriores”;
- “o ensino médico no Brasil encontra-se, deste modo, totalmente defasado perante a realidade de saúde da população e ao Sistema de Saúde”;

Formula sua percepção do campo da saúde no Brasil, que pode ser caracterizado pelo progressivo avanço do assalariamento dos médicos, das empresas médicas, da medicina lucrativa e da especialização e da tecnificação a passos largos, ao lado do recrudescimento de endemias e epidemias, da persistência de nosologia típicas do subdesenvolvimento e da falta de acesso a serviços por uma camada significativa da população. Contudo, ressalta que, apesar desta situação, a visão de mundo que prevalece entre docentes e estudantes é distorcida, conforme percebemos nesse enunciado:

a grande maioria dos docentes e estudantes de medicina continuam a enxergar o trabalho em saúde como sacerdócio, assistencialismo ou uma profissão lucrativa. Poucos incorporam a noção de acesso à saúde como direito de cidadania e de saúde como resultante das condições de vida e trabalho a que estão submetidos os diferentes grupos sociais (CINAEM, 1992b).

Nesse sentido, conclui que

na realidade, o currículo acaba sendo controlado externamente pelo mercado de trabalho e pelo consumo, na medida em que parcela significativa dos doentes se encontram vinculados aos setores privados de prestação de assistência médica e uma vez que o mercado e o consumo valorizam o especialista que possui o equipamento e a técnica mais atual e moderna” (CINAEM, 1992b).

Após mapear e posicionar-se em relação aos temas que de alguma forma atravessam a discussão da formação médica, tece uma amarração final que pontua as particularidades do seu objeto na rede conceitual desenhada até então:

- “o ensino médico tem se caracterizado pela extrema pulverização do seu currículo em dezenas de disciplinas desintegradas, refletindo a própria organização dos grupos médicos no interior da escola, a especialização e o desenvolvimento acelerado do conhecimento e das práticas médicas” (CINAEM, 1992b) – estabelece correlação entre a organização da prática médica e a organização curricular;
- “o curso médico é desenvolvido em ciclos – básico, clínico e internato – também estanques e desintegrados, de modo que a Escola Médica fantasia que existe uma coerência curricular, e atribui ao estudante a integração daquilo que o corpo docente é incapaz de integrar” (CINAEM, 1992b) – faz uma correlação da estrutura curricular com a estrutura departamental da universidade;
- “hoje os setores mais deficientes das Escolas Médicas são aqueles relacionados à produção de conhecimentos, como o financiamento das pesquisas, das bibliotecas e dos sistemas de divulgação de informações científicas, mas também a capacitação docente e a avaliação das experiências pedagógicas deixam a desejar” (CINAEM, 1992b) – estabelece correlação entre estes problemas e seus determinantes externos originários da opção de uma política educacional e científica de baixo investimento nos temas citados;

- adentra ainda mais no particular da escola médica e olha para a organização dos serviços docentes-assistenciais: o hospital escola “tem adquirido uma grande autonomia frente a Escola Médica, desenvolvendo interesses próprios relacionados aos diferentes grupos médicos que nele atuam e muitas vezes conflitantes com os objetivos da graduação”. Faz um balanço: “o Hospital escola tem sido apontado como espaço inadequado para o desenvolvimento da docência, principalmente porque vem se transformando em local de alta tecnologia e especialização”;
- identifica que as alternativas ao hospital escola, as experiências IDA⁵⁶ “têm se caracterizado pela sua relativa marginalidade no interior das Escolas Médicas”;
- percebe-se junto a todo esse discurso politicamente correto um paradoxo, em que os recursos humanos da rede de serviços extra hospital são considerados “despreparados e prescindem de avaliação institucional”;
- traz para o debate a inserção dos HUE no SUS, como relação de grande autonomia desse em relação ao sistema como um obstáculo para colocá-los a serviço da satisfação das “necessidades da comunidade e de construção do próprio sistema de saúde” – relaciona o HUE ao papel da escola médica na sociedade.

Desse campo explicativo que fala sobre os espaços de ensino, sobre a prática médica e a organização dos serviços médicos, emerge a conceituação do ensino clínico que

(...) configura-se como uma prática hospitalocêntrica, tecnicizada, especializante e centrada na cura e na visão biologicista, deixando de transmitir ao aluno noções importantes relacionadas à organização dos meios de trabalho médico e às formas de acesso e de atenção às demandas sociais, os quais na grande maioria das vezes tornam a prática profissional ineficiente e ineficaz (CINAEM, 1992b).

⁵⁶ IDA – Integração Docente Assistencial

Coloca, como consequência de toda esta argumentação, o ensino médico como um problema para o Estado e para a sociedade:

esta situação crítica do ensino médico adquire contornos dramáticos dada a falta de recursos para o ensino, a pesquisa e a pós-graduação, que atinge de forma global o ensino superior no país, levando a defasagens na capacitação do corpo docente, ao sucateamento de bibliotecas e dos serviços de saúde, comprometendo ainda mais a qualidade dos cursos médicos. Diante do exposto, é possível afirmar que a Escola Médica não tem conseguido desenvolver seu papel social nem seu caráter público no interior do setor saúde, o qual tem se colocado como objetivo central a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser provido através da organização do Sistema Único de Saúde.

Após esta problematização situa as escolas médicas no âmbito do ensino superior dentro de suas particularidades, tenta legitimar-se enquanto interlocutor qualificado para intervir no sentido que deve ser dado às políticas de Estado para o ensino superior em geral, e médico em particular. Nesse sentido, propõe “diretrizes para uma política de desenvolvimento dos cursos de medicina”, que articula o geral e o particular. No geral, alinha-se ao movimento docente pelo ensino superior, solicitando investimentos na política educacional. No particular, entra no detalhamento, organizando um raciocínio que parte do contexto para sucessivas aproximações:

- “(...) é imperioso [aos cursos de medicina] articulá-los aos objetivos da Reforma Sanitária, integrando-se de maneira efetiva no processo de construção do SUS dentro de uma adequada formação de recursos humanos” . Para operacionalizar esta idéia, lança mão da proposta “a escola médica deve ser submetida a uma ampla revisão e avaliação, de modo a detectar suas falas e inadequações, as quais, num segundo momento, devem reorientar as Escolas na busca e construção de um projeto pedagógico maduro e conseqüente” (CINAEM, 1992b);
- passar a caracterizar de qual avaliação está falando: “(...) não devem assumir caráter punitivo, mas sim, pedagógico, integrados aos momentos de

planejamento que necessariamente as escolas médicas devem implementar para adquirirem um papel social relevante, frente às necessidades de nossa sociedade” (CINAEM, 1992b);

- o docente deverá ter formação educacional por capacitação e implantação de comissões qualificadas em estudos pedagógicos no interior da escola médica;
- os cursos de medicina deverão desenvolver instâncias de articulação entre as disciplinas como estratégias de ruptura com hegemonia das disciplinas e departamentos;
- faz-se necessário rever os espaços de ensino para adequá-los ao projeto da escola;
- deverá ocorrer integração das escolas médicas e dos hospitais de ensino com o SUS, o que deverá ser efetivado através da participação dos setores de gestão da saúde nos espaços de decisão dos hospitais universitários, como forma de garantir a ordenação dos recursos humanos.;
- deverá publicizar os espaços de decisão da escola médica;
- faz-se necessário manter o espaço para que as “diferentes associações médico-profissionais e as organizações do setor médico-educacional (...) [mantenham o desenvolvimento e aprofundamento de] propostas conjuntas que levem à defesa de uma política consistente para as escolas médicas e também a criação de espaços de discussão das problemáticas do setor pela sociedade” (CINAEM, 1992b).

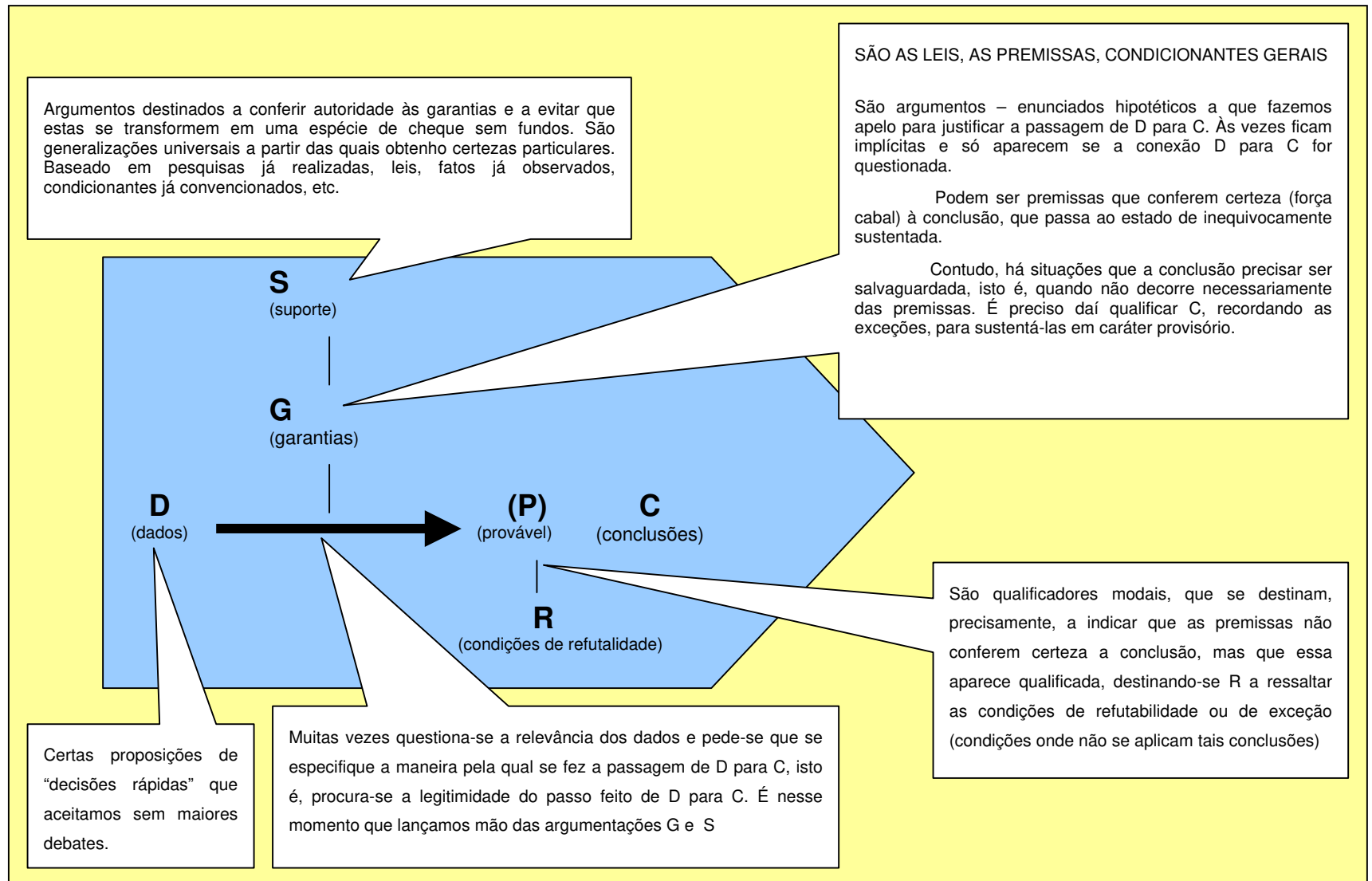
Novamente é possível inferir que, do ponto de vista simbólico, ocorrem algumas identificações: dos docentes médicos com os demais docentes e com a bandeira que defende o ensino superior público. No entanto, percebemos um paradoxo: ao mesmo tempo em que se pensa para a política de ensino um estado social democrata, para o campo da saúde os docentes médicos estão presos ao imaginário liberal da profissão médica e à defesa da saúde enquanto mercado livre, pensamentos típicos do neoliberalismo.

3.3.3.1.3- Construindo novos objetos

Até aqui, pudemos observar os objetos que a comissão assume como de seu interesse, tendo em vista o momento político e social nos campos da saúde e da educação médica. Identificamos também de quais superfícies discursivas são extraídos estes objetos e a forma como eles compõem uma rede conceitual amarrada às outras formações discursivas das quais ou os objetos são originários ou têm aplicabilidade por analogia ou homologia.

Desse momento em diante, vamos observar como a CINAEM operacionaliza e formata seu discurso dentro do *habitus* científico. Nesse sentido, nos debruçaremos sobre os documentos que explicitam o Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil.

Num primeiro reconhecimento, apresenta-se esteticamente num formato dentro dos requisitos de um projeto de pesquisa científica. Na introdução, contextualiza a sua problemática, mostrando de onde retira seus objetos. Introduz o discurso do conhecimento da realidade através da produção de informações via método científico. Faz uma apresentação detalhada de seu método de pesquisa. Descreve as etapas do processo que o grupo de trabalho realizou para chegar aos resultados. Expõe as questões que surgiram nesse processo e a forma de enfrentamento metodológico adotada – explicita os passos percorridos para transformar seus dados (D) em conclusões (C). Explicita estes passos e constrói suporte (S) para validar suas garantias (G) e conclusões. Nesse sentido, é possível pensar que apresenta seu discurso dentro de uma “marcha da argumentação”, que pode ser descrita a partir de um esquema elaborado por HEGENBERG (1973:108), e adaptado por nós para efeitos de melhor visualização conceitual, conforme Fig. 9.



Fonte: elaborado a partir do esquema de HEGENBERG (1973, p. 108), com acréscimos de suas explicações textuais em forma de diagrama explicativo

Figura 9 - Marcha da Argumentação

Em seu método de abordar o objeto, o processo de explicação da realidade é sustentado a partir de instrumentos já validados por instituições reconhecidas, como é o caso da OPAS:

O primeiro momento consistiu na aplicação de um questionário de 300 perguntas, denominado “Protocolo de Avaliação das Escolas Médicas”, elaborado pela OPAS e adaptado pela CINAEM às realidades do País.

Seguindo exatamente o ritual do *habitus* científico, que, entre outras disposições, condiciona a apresentação de um projeto tendo em vista a construção já acumulada no campo, e formula suas hipóteses, a partir do que o discurso nomeia no sentido de “avaliar a capacidade pedagógica da escola médica”:

1) modelo pedagógico predominante é Taylorista, detalhista, desvinculado das necessidades da população; 2) os recursos físicos, humanos e materiais não são adequados à formação médica; 3) embora os problemas comuns sejam em grande proporção os mesmos, as diversidades regionais exigem táticas diversas de operacionalizar o conhecimento [e] 4) a atual estrutura administrativa e metodologia de ensino não favorecem a integração da Escola ao Setor Saúde e não permitem a correção de trajetos do paradigma da Escola Médica (anexo da ATA de 15/5/91 da CINAEM).

Tece seus argumentos utilizando conceitos da teoria da administração, adjetivando o modelo pedagógico de “taylorista”, de modo a valorá-lo negativamente. Entretanto, ao mesmo tempo em que se posiciona como crítica do taylorismo, na sua análise opera com categorias da administração científica – “recursos físicos, humanos e materiais, estrutura administrativa”. Não se problematiza o que é ser taylorista, operando-se aí uma naturalização das categorias utilizadas – estratégia discursiva própria do discurso científico – ou seja, admite-as como a forma única e natural de descrever as organizações, ocultando-se, além das outras possibilidades teóricas⁵⁷, o significado original destas categorias dentro das teorias de onde são provenientes – a administração científica – e a implicação destas com certas visões de mundo, como por exemplo: a diferença entre

⁵⁷ as organizações podem ser descritas e explicadas de várias formas: “Redes de petição e compromisso”; desenho das Unidades Produtivas; através da descrição dos processos produtivos, entre outras, que é nosso propósito abordar nesse momento.

nomear os trabalhadores como “recursos humanos” ao invés denominá-los simplesmente de “pessoal”. Assim, são recursos à disposição de processos produtivos, e portanto passíveis de exploração máxima ou de descarte caso não sejam mais necessários ou apresentem “defeitos” ou “desgaste”, produzindo-se a desumanização do elemento sujeito no campo do trabalho.

Essas perspectivas em torno do objeto escola médica, conduzem a constatação de algumas linhas de raciocínio utilizadas, que são explicitadas através dos objetivos gerais:

- 1) análise dos paradigmas que orientam a Educação Médica atual frente as necessidades da população e 2) fornecer elementos que possibilitem o alinhamento da Escola Médica com as demandas sociais em transformação – criação de novos paradigmas (anexo da ATA De 15/5/91 da CINAEM).

que reforçam nossa percepção sobre o modo como são manipulados os objetos. Por exemplo, o problema da escola médica está no seu paradigma que não orienta a formação no sentido de atender as necessidades da população, portanto é preciso ter elementos que possibilitem uma intervenção no paradigma, no sentido de produzir o “alinhamento da escola médica com as demandas sociais em transformação”. Isto é, vai alinhando seus objetos de forma a ocultar as matrizes teóricas de onde eles provêm. Dessa forma, não se pergunta se o paradigma está inadequado porque as demandas sociais estão se transformando e este era pensando para uma outra realidade, mas se toma como dada uma inadequação. Nessa linha, excluiu-se toda a discussão sobre em qual contexto a escola está inserida e qual a pressão social que se está levando em consideração.

Esta forma de manipular os objetos está inscrita nas próprias forças constitutivas da comissão e o que vai sendo declarado são os consensos possíveis de serem ditos, que ocultam os não-ditos do jogo em questão. Nesse sentido, no campo da memória podemos recuperar que este tema foi muito bem detalhado por vários autores – Garcia, Andrade, Arouca, Donnangelo, Schraiber – cujas contribuições não aparecem no debate. Podemos arriscar algumas inferências que poderiam ser responsáveis pela interdição desses enunciados. Observando-se que os sujeitos presentes na comissão são na sua maioria médicos – alguns, não a maioria, já com uma tradição na discussão e implantação de

reforma da escola médica a partir de suas experiências pioneiras nas décadas de 60 e 70 e alguns de 80 – que compreendem, a partir de seu *habitus*, os problemas da escola médica como problemas de ordem técnica, isolados dos demais problemas sociais e passíveis de soluções técnicas produzidas exclusivamente no âmbito das escolas médicas, percebemos uma incompatibilidade destes com os autores. Estes, por sua vez, com exceção de Garcia e Andrade, que estiveram ligados diretamente aos debates impulsionados pela OPAS e pela ABEM no Brasil, estão num campo com outro foco, problematizando o trabalho médico e a formação médica a partir do campo da saúde, numa postura muito mais questionadora das estratégias até então utilizadas para reformular a educação médica. Arriscamo-nos, a partir desta percepção, a pensar algumas explicações para esta interdição: o debate sobre a inserção da escola médica na sociedade é problematizada dentro do campo da saúde coletiva, que é, por sua vez, periférica dentro da escola médica, no sentido de influenciar nas decisões políticas da escola; os pensadores que questionam as soluções médicas para a crise da educação médica podem estar associados à imagem de grandes críticos *a priori* dos médicos e, por isso, seus argumentos são desqualificados; ou, ainda, os resultados destes trabalhos terem pouca penetração por circularem em revistas especializadas no âmbito da saúde pública. Contudo, é passível de lembrança, por exemplo, que Schraiber foi palestrante de eventos da ABEM e seus trabalhos são conhecidos. Portanto, apesar de nossas tentativas de precisar alguns mecanismos de interdição, podemos afirmar apenas uma ausência, até o momento.

Identificamos um outro conjunto de enunciados que novamente são organizados por analogia a uma forma mecanicista de compreender a realidade (identificar o modelo pedagógico, a estrutura, a base populacional). São explicitados nos objetivos específicos:

- 1) identificar o modelo pedagógico da estrutura curricular a que se submete a escola;
- 2) identificar a estrutura que possui a escola médica (área física, RH, equipamento, capacidade de remoção de material);
- 3) identificar a base populacional onde a faculdade se localiza (loco-regional) – (censo estudo demanda);
- 4) construir elementos metodológicos que possibilitem a permanente correção de trajetórias dos paradigmas educacionais;
- 6) fomentar a criação e desenvolvimento de equipes (nacional, regional e local) permanente que coordene o processo ao longo do tempo;
- 7) estimular a criação

de núcleos de discussão da educação médica no âmbito dos
Conselhos-Municipal, Estadual e Nacional de Saúde (anexo da ATA
De 15/5/91 da CINAEM).

O objeto “paradigma” segue sendo articulado na rede conceitual, mesmo com significado impreciso, como um conceito que parece designar um modelo a ser corrigido, a partir da idéia de “correção de trajetória dos paradigmas”. Novamente, opera-se uma naturalização, onde o paradigma é tomado como algo que é dado como único, bastando apenas desenvolver instrumentos que o mantenham em uma certa norma (trajetória). É tomado de modo análogo a uma formulação dentro da clínica, o conceito de síndrome, o qual reúne um conjunto de informações, sinais e sintomas sobre determinado sofrimento de forma a significá-los dentro de uma identidade passível de repetição na natureza, de identificação e, portanto, passível de intervenção.

Além disso, dentro do campo da memória, é possível recuperar que originalmente dentro do campo científico o significante “paradigma” nomeia um conjunto de princípios e de teorias sobre a estrutura da matéria que são aceitos sem discussão por toda a comunidade científica. Nesse sentido, fala-se em substituição de um paradigma por outro, e não em correção de trajetórias. Contudo, a utilização desse significante contém uma coerência em relação ao fato de se operar dentro de um *habitus* científico, onde a idéia de mudança de paradigma está imediatamente colada ao ideário de progresso da ciência, e, por conseqüência, progresso da sociedade. É dessa rede de significados inscritos na organização do mundo moderno a partir das verdades científicas, que o discurso vai buscar novamente sua argumentação que justifica a proposição de intervir no paradigma, a fim de adotarmos uma nova construção científica para o ensino médico, mais avançada. Nesse sentido, uma nova rede se inicia, tendo como tema central o objeto “paradigma”, constituindo-se o entendimento do coletivo como principal elemento que poderá intervir no paradigma flexneriano do ensino médico e que passa a ser visto como a panacéia para o problema da formação. Esta é a nova peça de diálogo que será amplamente utilizada pelos atores, tanto no campo político, como também ponto de partida para a definição de novos objetos e uma nova rede explicativa, conforme descreveremos na seqüência.

O ponto de partida para a construção dessa rede é a produção de uma relação entre o objeto “paradigma” com outros três: “escola médica”, “base populacional” e “estudo de demanda”, numa associação onde há uma relação direta entre a identificação da base populacional onde se localiza a região (realizar um estudo de demanda) e adequação da escola médica às necessidades da população – “fornecer elementos que possibilitam o alinhamento da escola médica com as demandas sociais”. Isto implica numa outra operação de pensamento, em que o fato de identificar as demandas por meio de uma técnica de pesquisa pode oferecer estes subsídios necessários à alteração da trajetória do paradigma.

No mesmo sentido de construção, declara-se que os objetivos a que se propõe o projeto são desenvolvidos a partir de três “eixos norteadores para o desenvolvimento de estudo junto às escolas médicas brasileiras em 1992”: “análise do paradigma atual da educação médica e sua relação com a realidade da saúde atual”; “alinhamento da educação médica às demandas sociais em transformação” e “busca de novos paradigmas”. Parte-se portanto, de um “diagnóstico” do “paradigma atual da educação médica”, objetivando identificar sua inter-relação com a “realidade de saúde”, procurando com isso estabelecer uma conexão de determinação recíproca entre ambos. A partir deste diagnóstico, procura-se uma nova linha de construção conceitual em aproximação com o que seriam “as demandas sociais em transformação” – estas devem ser pesquisadas – que estariam tensionando no campo político o estabelecimento de um novo paradigma. É dessa rede explicativa que emerge o objeto “novo paradigma”, que será o mote para amplas discussões dentro da CINAEM.

Nesse sentido, a comissão propõe-se a debater os “elementos do paradigma atual da educação médica”, amarrando com isso o conjunto de outros enunciados ofertados por outras formações discursivas provenientes dos campos originários dos vários atores em torno de seu objeto, realizando com isso uma operação de dupla mão, que, ao mesmo tempo, reúne os velhos objetos em torno de outra tessitura, ofertando para as entidades novos significados. Ainda nesse momento da formulação de sua teoria, a descrição do ponto de vista qualitativo é pouco precisa, fragmentada em “elementos” dispostos numa matriz explicativa que não explicita as relações entre as partes: a escola médica enquanto organização; a relação da escola médica com o espaço hospitalar e a prática médica nesses

serviços; relação entre a produção científica e a incorporação tecnológica na prática médica e na formação dos médicos; a relação do hospital universitário com o sistema de saúde; relação entre o SUS e a inserção dos estudantes dos serviços; relação entre atuação profissional, formação e preceitos éticos. Neste momento, estas idéias aparecem como um caldo, pouco articuladas entre si.

No Quadro 13 estabelecemos uma relação entre os elementos e suas matrizes discursivas originárias.

Quadro 13 – As Matrizes Discursivas Presentes Na Discussão Do Paradigma Atual da Educação Médica⁵⁸

ELEMENTOS DO PARADIGMA ATUAL DA EDUCAÇÃO MÉDICA	MATRIZES DISCURSIVAS
A discussão iniciou-se a partir da constatação de que a escola médica brasileira desenvolveu um modelo inspirado em Flexner e levou a organização do ensino médico a ser caracterizada por: Curso médico dividido em ciclos: básico, pré-clínico e clínico; ministrados através de um conjunto de disciplinas estanques e pouco integradas, sob a responsabilidade de departamentos também excessivamente autônomos e pouco envolvidos com o curso como um todo.	A influência do relatório Flexner no ensino médico na América Latina Os conceitos do relatório Flexner sobre os momentos que compõem o currículo, suas unidades que são as disciplinas e seus executores que são os departamentos. Não é questionada a divisão do currículo. Já a organização do currículo em disciplinas é apontada como problema. As disciplinas não são questionadas do ponto de vista de serem as unidades que compõem o currículo, mas pelo fato de não serem integradas. (as mudanças curriculares dos anos 80 abordando exatamente entre problemas, tentando integrar as disciplinas dentro do currículo) Os departamentos são tipo como problema não pelo fato de serem a unidade organizacional da instituição, mas pelo fato de serem autônomos e pouco comprometidos. Isto remete às questões colocadas nas décadas de 80 sobre a organização da universidade em departamentos.
Especialização precoce do aluno, decorrente principalmente da integração da escola médica ao hospital de clínicas cuja organização embasa-se na divisão da prática e do conhecimento médico por especialidade e subespecialidade, na utilização e incorporação da tecnologia de modo acrítico e na ideologia da medicina liberal.	Traz a idéia de especialização precoce do aluno, que ocorre a partir de sua vivência com os demais médicos especialistas dentro do hospital universitário e a forma de organização do trabalho médico neste espaço. Traz a adjetivação de uma medicina liberal. Introduz a relação de influência da prática médica na formação a partir do espaço vivencial do aluno
Velocidade com que o conhecimento se torna obsoleto, o que exige uma agilidade nas transformações curriculares, que permita sua constante atualização. Outrossim, pressupõe a formação de profissionais conscientes da necessidade de educação continuada e aptos a construírem e atualizarem o conhecimento ao longo do tempo.	A alta velocidade da obsolescência do conhecimento pressupõe, segundo essa idéia, a agilidade nas transformações curriculares, produzindo no campo educacional uma necessidade constante de atualização dos currículos e dos profissionais. Contudo, opera em cima de uma mitificação de, que todo novo conhecimento produzido é necessariamente superior e melhor que o anterior – a idéia de progresso da ciência.
Necessidade premente de trabalhar o uso racional da tecnologia disponível na área da saúde.	Traz no bojo uma discussão da racionalização da prática médica, sem explicitar o sentido que a preside.
Descompasso entre os preceitos legais com relação ao SUS e a atual política de saúde no Brasil, que gera dificuldades na discussão e na inserção do profissional médico em formação no sistema de saúde.	Não é possível compreender através desse enunciado quais seriam as incompatibilidades. Contudo, é possível perceber a elevação do status do estudante para a categoria de médico em formação.
o papel dos hospitais universitários no sistema de saúde envolve questões de dimensionamento do ensino, da pesquisa e da assistência dentro de princípios referenciais acadêmicos, que, concomitantemente sejam adequados às demandas assistenciais. Financiamento dos hospitais universitários, oriundo da produtividade dos mesmos, como reflexo do progressivo descompromisso do MEC com os HUE, gerando problemas operacionais e administrativos.	Expõe a crise dos hospitais pelo abandono do MEC. Aponta para a dependência crescente destes do SUS, questionando, contudo, que o financiamento pressione o processo de trabalho dentro dos serviços de ensino.
Necessidade de criar comissão de ética médica dos estudantes de medicina que seja referencial para as discussões que devem permear a solução dos problemas de saúde, tanto em seus aspectos individuais quanto coletivos, bem como as questões éticas das relações com instituições.	Introduz o tema da ética para referência necessária para o exercício pleno e seguro da tomada de decisão na prática médica.
Estreita dependência da qualidade de ensino com a qualidade da assistência.	Articula novamente qualidade do ensino com qualidade na assistência.

⁵⁸ Fonte documental “Síntese das discussões da CINAEM, realizada em 30/01/92”.

Por consequência dessa amarração ainda frouxa da teoria, o “novo paradigma” emerge focado nos resultados em torno do que se espera que o médico seja capaz de realizar ao concluir o curso e traz questões relacionadas aos instrumentos (métodos e técnicas de ensino, métodos da prática médica), conforme pode ser visto no Quadro 14. Todavia, o que salta aos olhos é uma presença maciça da matriz discursiva da epidemiologia.

Quadro 14 – As Matrizes Discursivas Presentes na Discussão do novo Paradigma Da Educação Médica⁵⁹

ELEMENTOS DO NOVO PARADIGMA DA EDUCAÇÃO MÉDICA
Compromisso social (perfil afetivo) Competência tanto em saúde individual quanto coletiva Maestria no domínio do conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para uma coleta de dados adequada em termos de anamnese, exame físico e uso racional dos exames complementares e dos recursos terapêuticos. Capacidade de análise através de raciocínio clínico e epidemiológico. Identificação de problemas e conseqüente proposta de solução dos mesmos, abrangendo aspectos individuais e coletivos. Probidade no manejo dos problemas comuns das diversas áreas do conhecimento médico nos diferentes níveis hierárquicos de atenção à saúde em que os mesmos se apresentam sob formas distintas. Domínio no manejo das urgências e emergências. Aprender a estudar, visando busca contínua do conhecimento sob formas distintas. Domínio da metodologia científica para a correta avaliação do material bibliográfico disponível. Familiaridade com a epidemiologia que permita compreensão do comportamento coletivo dos fenômenos envolvidos no processo saúde/doença. Formação ética e humanista. Os eixos norteadores da VIII Conferência Nacional de Saúde. Sistema de informação científico-tecnológico ágil e acessível. Novas abordagens científico-metodológicas que suplantem o modelo biologicista.

⁵⁹ Fonte documental “Síntese das discussões da CINAEM, realizada em 30/01/92”.

Algumas questões ainda suscitadas nesse debate sobre o novo paradigma⁶⁰ versam sobre

alguns recursos táticos: 1)relação tempo de exercício curricular e período de férias que contemple as necessidades de saúde da população, respondendo a compromisso ético-social da instituição de ensino e do profissional em formação; 2)necessidade de aprofundar a discussão a respeito de currículos experimentais e/ou experiências piloto em algumas escolas onde já exista massa crítica que propicie a factibilidade com êxito dos mesmos.

Estes temas introduzem dentro da rede conceitual novas relações entre objetos: a relação entre o processo de ensino e o processo de trabalho dos serviços de saúde e a relação entre as experiências das escolas médicas e o projeto em questão.

Num olhar mais detalhado sobre a “novo paradigma”, podemos perceber que a tendência a significar o médico como um operador de tecnologias científicas é uma constante no discurso do novo. A impressão que se têm é de que tudo no campo médico é passível de uma abordagem científica, fato que, naturalmente, nos leva a pensar que a única forma de conhecer e produzir saber “verdadeiro” é a científica. Nesse sentido, não se relativiza o saber científico operando numa atitude de mitificação da ciência. Há uma ausência sobre o debate em torno da neutralidade da ciência. Não se pergunta se existem questões que a ciência não responde, com as quais a prática médica defronta-se diariamente, e é chamada a opinar, a decidir. Nesse sentido, pensando uma mudança na clínica que atenda “as novas demandas sociais”, presente tanto na mídia, quanto nas reclamações em Ouvidorias de serviços de saúde e ou em processos disciplinares, é o pedido claro de um médico que se vincule e se responsabilize por seu paciente. Nesse sentido, há ausência de problematização profunda em torno destas questões, ficando esse debate restrito aos enunciados: “compromisso social (perfil afetivo)”; “formação ética e humanista” e “novas abordagens científico-metodológicas que suplantem o modelo biologicista”. Em nenhum momento é questionado se existem abordagens científicas para a produção de vínculos ou para produção de responsabilização.

⁶⁰ Idem 35.

Uma sensação que fica com a leitura dessas proposta é a de que as mesmas não falam, na verdade, de um “novo paradigma”, mas da revitalização do já existente, afinal de contas, Flexner desejava que o médico tivesse uma formação científica, que fosse bom clínico. Nessa primeira formulação, a sensação que fica é de “mesma coisa”: onde o que preside a ação do médico é o raciocínio clínico. Esse conjunto de enunciados, até então amarrados para pensar o novo paradigma, tem grande semelhança com a proposta “integrativa” de recomposição do ato médico, o que provavelmente não ocorre por uma coincidência, mas, na verdade, por uma tradição própria do campo da educação médica, como já foi mostrado no capítulo 2.

3.3.3.1.4- Procedimentos de Intervenção

Após a análise dos objetos e das redes conceituais, fizemos uma recuperação dos pontos que desenharam os próximos passos. Nesse momento passaremos a discutir os procedimentos de intervenção da comissão para desenvolver sua teoria. Nesse sentido preocupa-se em desenvolvê-la sob bases científicas, segundo o modelo da clínica e dos métodos estatísticos que serão utilizados para medirem as variáveis escolhidas. Estas, por sua vez, já haviam sido definidas em outra instância (provavelmente já legitimadas⁶¹) valoradas numericamente (Quadro 15).

⁶¹ O instrumento de coleta de dados é validado pela OPAS.

Quadro 15 - Valoração Numérica das Categorias Utilizadas pelo Protocolo.

MATRIZ DE ANÁLISE
VALORES PERCENTUAIS ATRIBUÍDOS A CADA ITEM
II-A – Estrutura acadêmico-administrativa
1. estrutura interdepartamental que tenha sofrido mudanças – 20%
2. conselho: representativo dos segmentos – 10%; eleito – 10%
3. comissão de estudos curriculares com função regular – 20%
4. existência de normas para pesquisa – 20%
5. projetos de pesquisa submetidos à avaliação por comissão de pesquisa ou de ética – 20%
II-B – Estrutura Econômico-Administrativa
1. orçamento resultado do planejamento dos departamentos, disciplinas ou unidades – 20%
2. distribuição do orçamento
a. 75% pessoal – 20%
b. 15% investigação – 20%
c. 15% biblioteca – 20%
3. mensalidade dos alunos ou prestação de serviços não deve ser responsável por mais de 75% do orçamento – 20%
II – Infra-estrutura Material
1. ter hospital próprio
2. financiamento do hospital escola até 70% INAMPS e 30% de outras fontes – 10%
3. número de leitos – 250 – 10%
ocupação – 85% – 10%
permanência – 8 dias – 10%
4. comissão de infecção – 10%
comissão de ética – 10%
análise de óbitos – 10%
5. (10%) – centro cirúrgico (1%); centro obstétrico (1%); banco de sangue ligado ao hemocentro (1%); laboratório (1%), diagnóstico por imagem (1%); endoscopia (1%); terapia intensiva (1%); atendimento de urgência (1%); ambulatório (1%).
6. (20%) – possuir biblioteca ligada eletronicamente a banco de dados (3%); serviço de pesquisa bibliográfica informatizada (3%), serviço de alerta (2%); material audiovisual (2%); fazer treinamento de usuários (2%); distribuição seletiva de informações (2%), horário ininterrupto as 7 às 22 horas, exceto domingos e feriados (2%), recursos humano de nível superior, médio e elementar (2%), fazer empréstimos domiciliares (2%).
IV – Recursos Humanos
1. mínimo de 50% com 40 horas ou dedicação exclusiva – 10%
2. não ter horista – 10%
3. 20% haver feito curso de especialização ou aperfeiçoamento nos últimos 5 anos – 10%
4. 15% doutores ou livre-docentes – 10%
30% mestres – 10%
menos de 10% só com graduação – 10%
5. 16 a 25% dedicados ao ensino e à pesquisa – 10%
51 a 75% dedicados ao ensino e à assistência – 10%
6. deve haver avaliação de docentes – 10%
7. remuneração de acordo com o custo de vida do país. Deve existir complementação salarial aos docentes – 5%
8. a escola pode ter recursos humanos não docentes desde que os reconheça e capacite-os – 5%
V – Modelo Pedagógico (requisitos mínimos da estrutura pedagógica)
1. marco conceitual definido e explícito – 15%
2. currículo com ementa, objetivo e planos específicos repassados ao aluno – 15%
3. deve existir avaliações periódicas das experiências pedagógicas com correção de trajetória – 15%
4. início das atividades assistenciais no mínimo no 3º ano. Máximo de 25% de carga horária teórica – 15%
5. internato planejado e executado pela escola – 15%
6. provas de avaliação de acordo com objetivos traçados que levam em consideração níveis cognitivo, afetivo e psicomotor – 10%
7. deve existir comissão de estudos sobre sistemática de avaliação – 5%
8. o aluno deve realizar sua prática clínica nos diversos níveis hierárquicos de assistência – 10%
VI – Papel da Escola Médica na Assistência e na Pesquisa
1. mais de 75% dos docentes devem dedicar-se também à assistência – 25%
2. a integração docente-assistencial deve assegurar mútua influência entre as instituições mediante convênio – 25%
3. 16 a 25% dos docentes devem dedicar-se também à pesquisa – 25%
4. 1 a 15% do orçamento deve dedicar-se à pesquisa – 25%
VII – Produto Final
1. características do produto devem estar definidas e explícitas – 50%
produto final deve acompanhar as variações do perfil epidemiológico das demandas sociais na área de saúde – 50%

A comissão declara ter pesquisado praticamente o universo da totalidade das escolas:

O universo desta pesquisa é o conjunto das 80 Escolas Médicas do Brasil e o questionário foi distribuído para todas nos meses de abril e maio de 1991 e respondido por 76 (97,6%) escolas naquele período.

Produz, a partir da análise das frequências estatísticas, os resultados passíveis de generalizações que teriam a capacidade de retratar a escola médica a partir das variáveis declaradas. Nesse relatório não faz menção quanto a validade das variáveis ou legitimação destas como instrumentos adequados para abordar uma realidade; utiliza o artifício de verdade dada, validade em outra instância e não questionável naquele momento, isto é, “um dado de segunda espécie⁶²”.

No chamado “segundo momento”, é possível perceber uma releitura do instrumento já aplicado, decorrente da dificuldade encontrada entre os membros da comissão para analisar os questionários respondidos pelas escolas. Nesse sentido, foram várias as tentativas de análise. Por fim, definiu-se pela elaboração de uma metodologia com fundamentação técnica consistente para obter as análises com um grau de certeza aceitável

(...) manifestou[-se] a dificuldade na elaboração do [relatório]. Diante disso, foi consenso dos presentes a opinião de que o documento, por trazer importantes informações sobre o ensino médico, necessita de uma análise segura e bem consistente, a partir de uma metodologia bem definida que ajude a qualificar o conteúdo analisado. (ATA De 23/04/92 da CINAEM)

É proposto um modelo de análise (Figura 10) para tabular os resultados da aplicação do protocolo:

⁶² Em qualquer fase do desenvolvimento de uma investigação, há sempre alguns princípios teóricos aceitos sem maiores debates, aqueles grandes princípios para os quais não há explicação em termos de teorias “mais amplas” ou “mais profundas”. Esses princípios transformam-se em dados “de segunda espécie”, “dados” nesse sentido de que é raro questioná-los ou colocá-los em dúvida. São princípios não explicáveis (ou não explicados), mas isso não quer dizer que devem ser sustentados em qualquer apoio. Ao contrário, são suscetíveis de teste e pode suceder que alguns testes, convenientemente escolhidos, lhes tenham conferido grande plausibilidade. Não obstante, também pode suceder que se vejam admitidos com o caráter de verdadeira, crenças não discutidas, que seria oportuno, com certa frequência, rever e criticar (HEGENBERG, 1973, p. 113)

O segundo momento surgiu após exaustivas discussões no interior da CINAEM que concluiu pela necessidade de elaborar um “Modelo de Análise”, onde as relações entre as variáveis estão representadas pelo sentido das setas entre elas. (...) consideramos como desfecho principal “Variável Dependente” o Produto Final, como “ Variável Intermediária” o Papel da Escola Médica na Assistência e na Pesquisa e os itens, Estruturas Econômico e Político Administrativa, Infra-estrutura Material, Recursos Humanos e Modelo Pedagógico foram considerados “Variáveis Independentes” por serem fatores determinantes. (...) Ainda neste momento criou-se uma Matriz de Análise, com o objetivo de reagrupar as questões do Protocolo de Avaliação de acordo com os tópicos específicos e eliminar questões cujas respostas não pudessem ter análise objetiva, esta Matriz de Análise apresta um padrão ouro com escore 100, podendo a pontuação das Escolas em cada um destes indicadores variar de 0 a 100. (...) Os itens Vínculo Jurídico e data de criação da Escola Médica são “Variáveis Categóricas” e, embora fizessem parte dos dados de identificação incluídas no questionário, não constavam de nosso modelo de análise original, tendo sido sugerida sua inclusão no transcorrer do estudo. As demais são “Variáveis Contínuas” com valores de 0 a 100 (CINAEM, 1992).

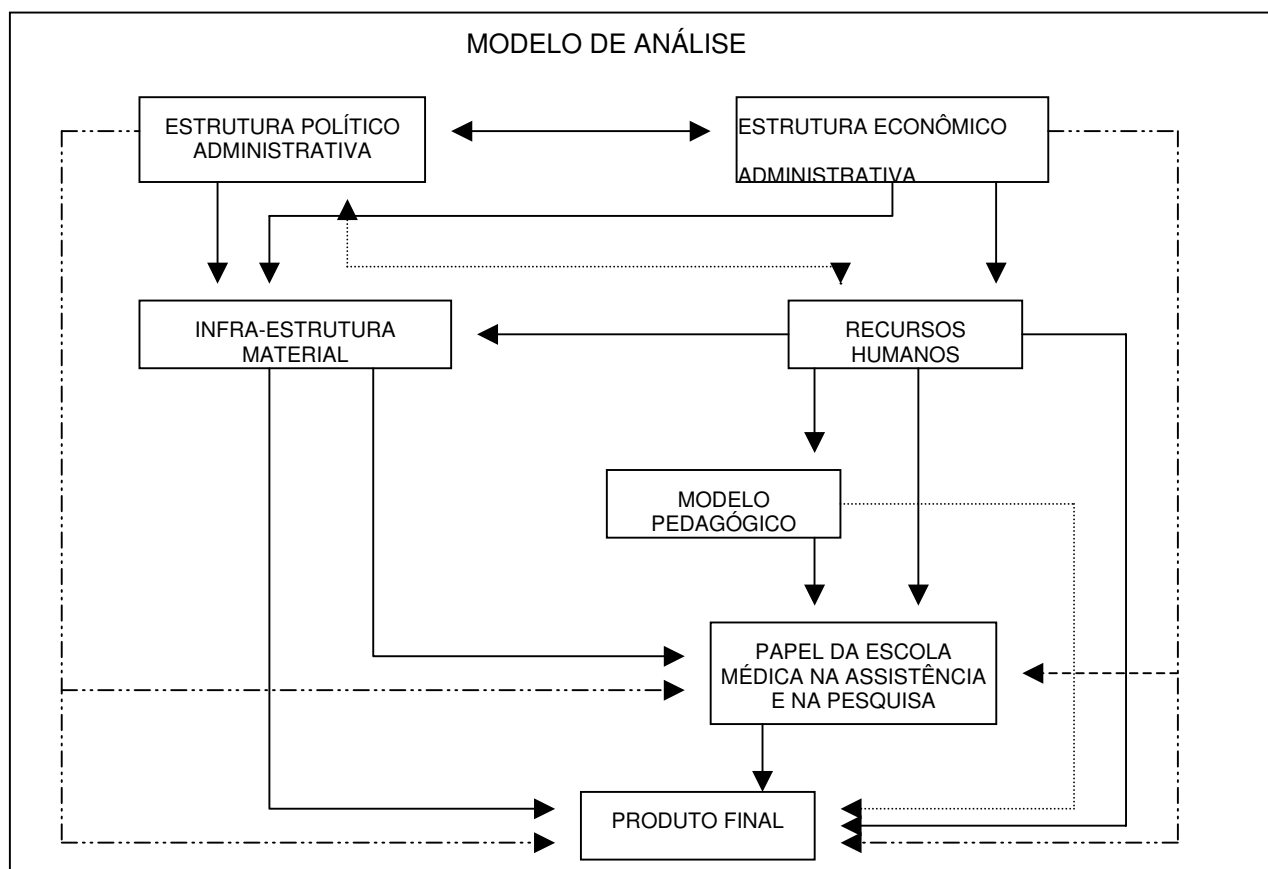


Figura 10 – Modelo de Análise Proposto pela CINAEM na Primeira Fase

Utiliza como métodos de transcrição a passagem de variáveis qualitativas para quantitativas e destas para qualitativas, como é explicitado na Figura 10, segundo os enunciados abaixo:

A CINAEM considerou que poderia tomar os índices obtidos pelas escolas nos diversos tópicos estabelecidos como variáveis, e sobre eles aplicar tratamento estatístico que permitisse estabelecer correlações entre estas variáveis entre si e de cada uma delas com o produto final da escola.

Pretendemos com os resultados que apresentamos descrever as EMB [escolas médicas brasileiras] quanto às variáveis estudadas, testar nosso modelo de análise para a segunda fase deste projeto, bem como testar algumas hipóteses de associações entre as variáveis estudadas, conforme explicitado no modelo de análise elaborado para esta fase da pesquisa (CINAEM, 1992).

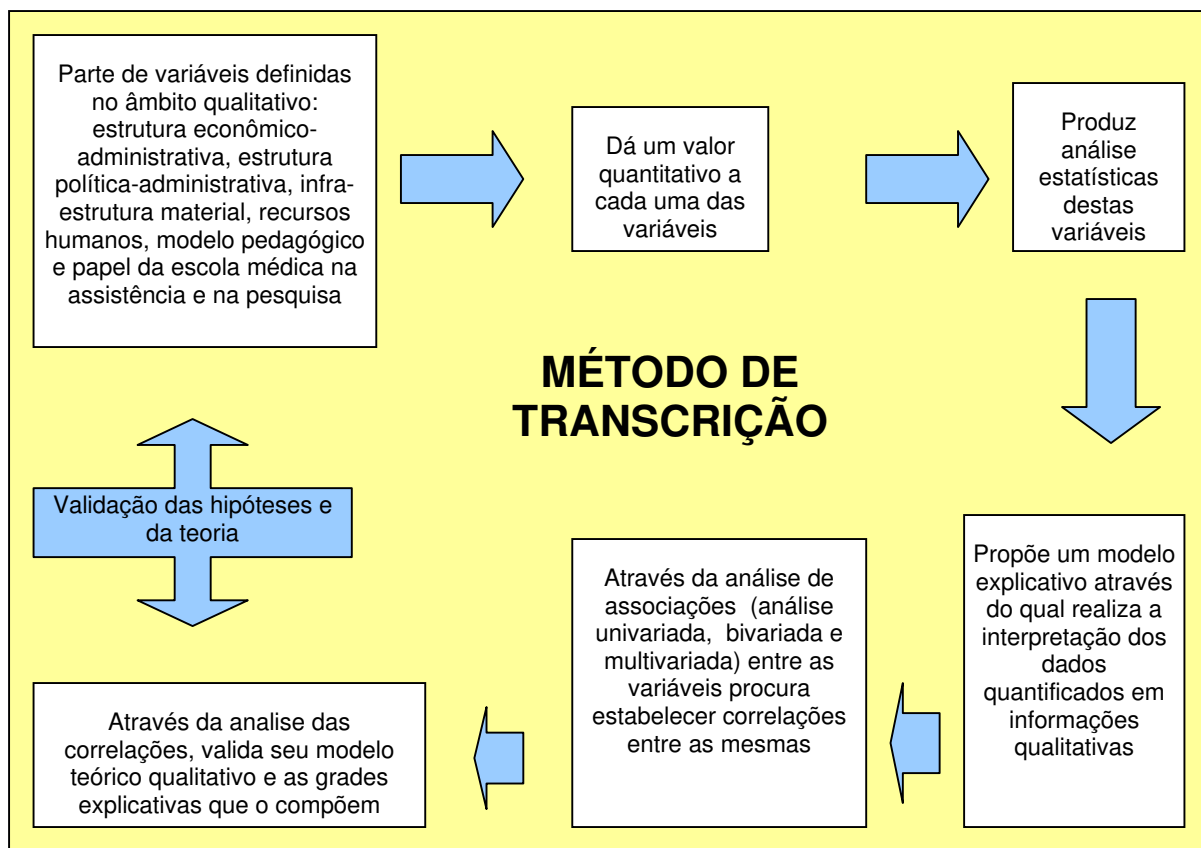


Figura 11 – Métodos de Transcrição

Na análise dos resultados, procura estabelecer um debate da aplicabilidade dos resultados e de sua validade nos espaços não discursivos:

- afasta-se dos projetos classificatórios em voga na macropolítica (provão, etc), como explicitado abaixo

Os índices obtidos pela escola, faculdade ou curso nos itens analisados, não se prestam a comparações entre as escolas. Apenas serviram como indicadores para o estudo e não em, nem poderia ter, objetivos quantitativos ou classificatórios. (CINAEM, 1992)

- toma o cuidado de precisar os limites dos resultados apresentando seus *qualificadores modais*, isto é, a indicar as condições de refutabilidade ou de exceção nos quais os resultados não se aplicam, como segue

Ao apresentar os resultados e as conclusões dessa primeira fase, a CINAEM optou por usar o método de um “desenho do tipo Ecológico” que, por suas características, prestam para: trabalhar com um conjunto (Escola Médica) como unidade de análise; trabalhar com dados secundários; testar hipóteses já definidas; levantar novas hipóteses. E, finalmente, não permitir que seus resultados sejam extrapolados para o indivíduo, isto é, o médico formado.

Consideramos relevante ressaltar que esta metodologia não se propõe a determinar causalidade e sim possíveis associações entre as variáveis estudadas, outrossim, os resultados prestam-se para inferências a respeito do conjunto das EMB's, respeitando a característica ecológica do desenho deste estudo. (CINAEM, 1992)

- Transforma o resultado numérico em inferências qualitativas

O fato de 95% das escolas responderem ao questionário, num mesmo momento histórico, constituiu algo sem precedentes e demonstrou preocupação das mesmas com o problema e disposição para enfrentá-lo (CINAEM, 1992).

Numa progressão explicativa que vamos discutir, constrói uma explicação da realidade validada pelo método científico, de onde retira seus novos objetos de interesse para uma “próxima fase”.

Observam-se duas dimensões do movimento, que estabelecem certas relações entre o discurso baseado nos achados empíricos científicos e sua aplicabilidade e aceitação no campo não discursivo. Como intervenção discursiva estratégica, adere ao *habitus* científico e introduz seu discurso a partir dele.

O que se espera é que o relatório individual de cada escola constitua o seu ponto de partida para o ingresso no próximo momento proposto pela CINAEM, incorporando-se à segunda fase da pesquisa, denominado “Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil”, pelo qual se pretende avaliar o ensino médico de forma mais extensa e profunda. Espera-se, também, que todo este material se constitua estímulo para a criação núcleos permanentes de avaliação de cada Escola médica e que se criem metodologias mais aperfeiçoadas, que possam ser compartilhadas por todos (CINAEM, 1992 – grifo do autor).

Definem-se teorias e pesquisas num sujeito coletivo CINAEM. Os resultados empíricos são apresentados ao grupo coletivo interno. Após serem debatidos são reelaborados e apresentados a um público externo. Para este público, esta apresentação é feita de forma toda alinhavada no discurso científico, procurando obter aceitação deste público – considerado acadêmico, universitário. Como é de praxe na cultura acadêmica, os resultados e as propostas que foram elaboradas são debatidos, sem, contudo, colocar a questão da validade do método em discussão. Considera-o como já validado nessa comunidade, isto é, nesse “habitus”.

Ao procurar legitimação neste campo, busca, por sua vez acrescentar ou não outros elementos, e desenhar o “próximo passo”. Procura com isso produzir uma intervenção no espaço não discursivo – para dentro e para fora da escola médica. Para o público leigo, reveste o discurso da legitimidade do campo acadêmico, de onde fala para disputar as políticas para a educação e para a saúde.

O debate sobre a formação médica, as inadequações do médico às demandas sociais, etc foram caracteristicamente identificados historicamente como discursos dos departamentos de medicina preventiva e social – o que é, de uma certa forma, uma realidade, visto que estes questionamentos nasceram dentro destes departamentos e/ou estes foram criados em sua maioria como estratégia de enfrentamento desses problemas – e foram estigmatizados pelos departamentos clínicos e cirúrgicos em geral, tornando tanto os discursos como os próprios departamentos de medicina preventiva e social, marginais na definição das políticas para dentro da escola médica. Muitas vezes os Departamentos de

Medicina Preventiva e Social de ampliam seu campo de atuação para fora da escola médica, em atividades que priorizam, em detrimento das atividades internas da escola médica. A percepção sobre estas relações objetivas, não discursivas, revela uma barreira de comunicação e ação das propostas de reforma para dentro destes núcleos mais duros da escola médica, visceralmente centrados e constituídos em torno de um discurso científico. Portanto, a estratégia discursiva – e também de ação e de pensamento – que utiliza como suporte a mesma episteme científica que os núcleos de pensamentos dos docentes em geral, tem maior chance de primeiro ser ouvida e entendida, e tem, por meio do recurso discursivo, possibilidades de ser aceita como uma “verdade científica”.

3.3.3.2- A Segunda Fase

Diferentemente da primeira fase, quando pudemos delimitar convencionalmente sua gênese com a criação da comissão, encontramos dificuldade para precisar o início da segunda fase.

Nesse movimento, o critério utilizado pela comissão para delimitar o começo e término de suas fases está relacionado ao seu produto, isto é, à avaliação, portanto, ela considera encerrada, com a divulgação dos resultados, a primeira fase da avaliação das escolas. Entretanto, para efeitos deste trabalho, colocamos em suspenso essa divisão temporal adotada pela comissão. Isto porque, desse ponto de vista, o critério fim da avaliação não nos permite compreender o processo que vai ocorrendo, pois, ao mesmo tempo em que percebemos a chamada “segunda fase” emergir da “primeira fase”, observamos também que, em quase todo o ano de 1993 e boa parte de 1994, os esperados resultados da Avaliação das Escolas Médicas a partir do Protocolo são insistentemente discutidos nos vários espaços das reuniões que a comissão realizou, tanto com entidades quanto com escolas médicas. A comissão adotou a estratégia de realizar suas reuniões mensais nas escolas ou nas sede regionais das entidades, reservando pelo menos um período da reunião para realizar apresentação e debates dos resultados da primeira fase para diretores, docentes e estudantes das escolas médicas⁶³.

⁶³ Entre abril e o primeiro semestre de 1993, foram realizadas reuniões nas seguintes cidades: Botucatu/SP, Salvador/BA, Recife/PE e Rio de Janeiro. A partir de agosto, em virtude da falta de recursos, as reuniões concentraram-se no eixo SP/RJ/BSA.

O marco inicial desse processo de discussão dos resultados é o XXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica e II Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico realizado em Londrina, em 1992. Já o que poderíamos chamar de o momento público do início da segunda fase foi a apresentação do “Projeto de Avaliação das Escolas Médicas”, ocorrido no III Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico realizado juntamente com o XXX Congresso Brasileiro de Educação Médica, em 1993, São Luiz do Maranhão.

No período entre estes dois eventos datados é intensa a atividade da comissão tanto no âmbito interno, discutindo o projeto da próxima fase, quanto externo, divulgando os resultados de seu trabalho. Nesse sentido, observamos que após os dados serem processados, analisados e escritos sob o formato de documento a ser divulgado, a comissão passa por uma ampla “sabatina⁶⁴” por parte principalmente dos docentes das grandes escolas. Como exemplo desta situação podemos citar o episódio com a FMUSP, que envia documento para comissão, no qual é debatido:

(...) apresentou[-se] documento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, assinado pelos professores Adib Jatene, Eduardo Marcondes e Ernesto Lima Gonçalves, no qual são feitos questionamentos à avaliação de sua escola e críticas à metodologia utilizada para a avaliação. A CINAEM entendeu, unanimemente, que as questões apresentadas eram em parte procedentes e foram, inclusive, mencionadas no próprio documento publicado na REBEM, com os resultados da 1^a fase da Avaliação.

É perceptível uma reação das grandes escolas médicas aos resultados da avaliação, pois eles desvelaram que, nas 76 escolas médicas, os médicos formados atingiam 45% da qualificação desejada, e que este desempenho “medíocre” foi similar para a grande maioria das escolas estudadas (CINAEM, 1997; CINAEM, 2000), não havendo diferenças significativas entre o desempenho das grandes e famosas escolas médicas e as escolas

⁶⁴ A “sabatina” era um termo usado para designar um momento de atividades de ensino, quando o aluno submetia-se a uma avaliação, pelos professores, de determinados conteúdos até aquele momento ministrados (“tomada a lição”) e ocorria normalmente nos sábados; a avaliação era oral. Em nosso texto, utilizamos coloquialmente este termo para adjetivar a forma como reagiram os docentes das escolas médicas, principalmente das grandes, quando tomaram ciência dos resultados atingidos por suas escolas na avaliação do Protocolo.

menores, colocando todas no mesmo patamar. Esta afirmação vem a partir da avaliação das medidas de dispersão dos dados. Isso provocou um desconforto, principalmente nas grandes escolas, pois estes resultados colocaram em xeque a posição dos centros de excelência nivelando-os às escolas menos prestigiadas nesse imaginário.

A comissão passa, com a divulgação desses resultados, a disputar no campo da educação médica os critérios que legitimam a avaliação da qualidade do ensino médico. Nesse sentido, constrói toda sua argumentação a partir do instrumental estatístico da epidemiologia, disputando, a partir do discurso científico, sua autoridade para valorar qualitativamente as escolas médicas. É perceptível uma tentativa de desqualificá-la como autoridade quando se questiona a “metodologia utilizada”.

Nesse sentido, a comissão respondeu à reação das escolas médicas adotando a estratégia de visitá-las e/ou participar de fóruns, reuniões, debates para apresentar e discutir com os docentes e estudantes os resultados da primeira fase. Nessa etapa, que poderíamos caracterizar como um momento de transição, há um esforço para legitimar sua autoridade e discurso sobre a formação médica.

No âmbito interno da comissão, no início de 1993, foi realizada uma avaliação do trabalho na primeira fase, destacando pontos positivos e negativos. Em relação aos negativos, foi ressaltada a centralização política e técnica nas mãos de poucos sujeitos sociais, bem como a participação de alguns representantes sem correspondência com os objetivos da comissão e a falta de um planejamento melhor, reflexo da carência de discussões políticas. Por outro lado, positivamente a comissão ressaltou o envolvimento e expectativa gerada no II Fórum de Avaliação Médica, com a participação dos estudantes, através da DENEM e o amadurecimento técnico e político da CINAEM.

Dentre as questões que se apresentaram nesta avaliação, é evidente a emergência do reconhecimento de um novo ator no campo: os estudantes de medicina representados pela DENEM, diretórios e centros acadêmicos. A entrada em cena desse ator constitui um fator importante e diferenciador no processo de debate em relação ao que era realizado em décadas anteriores, inclusive tendo reflexo dentro da própria composição interna da ABEM, que, a partir de 1992, aprova em sua assembléia a paridade da

participação de docentes e discentes nos espaços de decisão da entidade. É possível imaginar, portanto, que o processo de legitimação desse ator provoque um deslocamento e um tensionamento dentro do campo. Este, apesar de ser portador de um pequeno capital cultural (isto é, está dentro de uma hierarquia de corporação como “iniciante”) e também de pouco poder econômico, é portador de um capital político originário de sua capacidade de articular os estudantes nos espaços das escolas médicas, visto que, enquanto organização, a DENEM é a entidade que consegue reunir representação estudantil de todas as escolas médicas, por intermédio dos diretórios e centros acadêmicos.

Nesse cenário, o projeto foi discutido, elaborado e publicado oficialmente em 1992, na Revista da ABEM. Nesse primeiro momento, vamos discutir a proposta inicial do “Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil”. No decorrer da análise, identificamos que a segunda fase é problematizada a partir da discussão sobre o paradigma da formação médica atual e o que seriam os novos paradigmas. Uma síntese provisória daquela discussão era o diagnóstico de que “o paradigma de formação médica está inadequado”.

Quando são consolidados os resultados da primeira fase, este discurso ganha base numérica, isto é, passa a ser legitimado pelos resultados “medíocres” das escolas médicas na avaliação. O desenho da próxima etapa é então construído, após uma amarração entre o que foi encontrado na avaliação, o debate sobre os novos paradigmas da formação médica e os problemas que se relacionam do ponto de vista macropolítico com a formação médica. Portanto, a CINAEM vai construir uma rede conceitual explicativa sobre a formação médica, que a localiza em uma trama que envolve tanto as políticas macro como o espaço da micropolítica.

Nesse sentido, nessa segunda fase, o projeto passa a apresentar uma “problematização” na qual irá situar e retirar as categorias de análise que irão compor seu “modelo teórico”. Para construção de suas argumentações foram discutidos problemas no âmbito das políticas sociais brasileiras, fazendo sucessivas aproximações até chegar à escola médica. Dessa maneira, foi construído o cenário em torno do “processo de crescimento e de desenvolvimento” do país como desigual do ponto de vista social, político

e econômico. É possível perceber a aproximação do discurso da CINAEM com a realidade social brasileira a partir desta denúncia:

histórico descompromisso das elites dirigentes que se perpetuam no poder, com períodos de autoritarismo exacerbado e outros mais sutis, tem mantido a população e seus interesses maiores afastados das decisões estratégicas no campo das políticas públicas que, em geral, são definidas segundo o interesse de grupo instalados no poder (CINAEM, 1992c).

Assim, a comissão aproximou-se das agendas mais progressistas no âmbito da saúde – o movimento sanitário – que fazia a crítica à atuação do Estado nas políticas em geral, nas de saúde e formação médica em particular, denunciando que as políticas públicas estavam “submetidas a essa mesma lógica, fazendo com que os poucos recursos destinados ao setor fossem mal direcionados e pior utilizados, gerando indicadores que nos colocam em triste posição no cenário internacional” . Esse fato mostrou que a

educação médica [devido à] expansão rápida e desordenada das Escolas Médicas, a adoção acrítica de um paradigma tecnológico para sua organização curricular e a submissão em responder às demandas de um serviço de saúde orientado pelo lucro empresarial têm gerado como resultado um profissional com profundas lacunas do ponto de vista técnico e ético (CINAEM, 1992c).

É possível perceber que, com esse discurso, a comissão conseguiu amarrar vários objetos de interesse e disputa das entidades em torno de posições em comum: situa a expansão das escolas como uma causa importante dos problemas da formação, assumindo a posição contrária à abertura de novas escolas e localiza na estrutura da escola o debate sobre o uso da tecnologia de forma inadequada pelos médicos, atrelado ao empresariamento da saúde. Esses temas, de grande relevância dentro do cenário de disputa das políticas de saúde, envolviam por um lado toda a preocupação de parte das entidades com a perda de autonomia do médico no mercado; e, por outro lado, o debate dos altos e crescentes custos da atenção médica comparada ao baixo impacto nos indicadores de saúde, debates travados calorosamente tanto dentro do Estado, como no Movimento Sanitário, o qual elaborava um

discurso crítico, com bases tanto nos gastos do governo com a saúde quanto nas reais necessidades da população.

Em relação à idéia de que os médicos estavam sendo formados com deficiência técnica, a articulação dá-se no que diz respeito às sociedades de especialidades, preocupada com o desenvolvimento técnico e científico de cada uma. No que se refere à ética, a amarração constituiu-se em torno dos conselhos de profissionais e suas ações de intervenção. Portanto, é perceptível no discurso a presença dos vários interesses amarrados dentro de uma lógica discursiva que oferece à comissão um discurso comum, e para entidades uma recolocação de seus objetos em novas agendas discursivas.

A partir de então, começa a ser construído um discurso em torno da necessidade de intervenção. Nesse sentido, incita o questionamento de quem são os responsáveis ou os legítimos a realizarem a ação de intervir na situação do ensino médico?

É nesse ponto que a CINAEM inicia a construção do discurso da legitimidade das entidades reunidas para atuarem sobre o problema, visto que a sociedade demanda por soluções e cobra dos responsáveis ações, surgindo “(...) a necessidade de se avaliar não somente o produto final, mas, principalmente, o aparelho formador (CINAEM, 1992c)”. Nessa tessitura, em que emergem os objetos, a comissão declara-se autorizada a assumir esse papel:

assim as instituições representativas da classe médica (em formação e formada), educação médica e aparelho formador se organizaram em torno de uma Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) e assumiram de forma responsável, madura e equilibrada, a tarefa de analisar o problema (CINAEM, 1992c).

Dessa forma, autodesigna-se responsável e comprometida com a tarefa. Redesenha em sua narrativa o problema, colocando-o numa rede explicativa que nos faz perceber que as entidades envolvidas na CINAEM são as responsáveis, legítimas e autorizadas a intervir na crise da educação médica.

Ainda é possível perceber no enunciado acima desdobramentos simbólicos no discurso. Sobre a adjetivação “maturidade e equilíbrio”, fica uma pergunta, quem seriam os imaturos e desequilibrados? Ou, então, qual seria o processo imaturo e desequilibrado? O significante “maturidade” comunica algumas idéias relacionadas ao “estado ou condição de pleno desenvolvimento; estágio, condição (estrutura, forma, função ou organismo) num estágio adulto; condição de plenitude em arte, saber ou habilidade adquirida; termo último de desenvolvimento (HOUAISS, 2001, p. 1871). Portanto, essa referência permite algumas associações no campo simbólico: a idéia de maturidade, pelo exposto acima, remete à imagem de que algo ou alguém com maturidade é alguém adulto, pleno e desenvolvido o suficiente para fazer julgamentos sobre as coisas do mundo a partir de critérios sensatos e dignos de credibilidade. Em nossa cultura, a maturidade é uma qualidade dos indivíduos portadores de certa credibilidade na comunidade e, portanto, passíveis de portar autoridade. Nesse sentido, é possível perceber que a comissão se coloca nesse momento, a partir de sua experiência com a primeira fase, diferente, ou seja, mais segura e autorizada para dar continuidade a tarefa de avaliar o ensino médico.

Por outro lado, o significante “equilibrado” pode ser entendido como qualidade que designa alguém “que tem ou demonstra estabilidade mental ou emocional, autodomínio, moderação; comedido, moderado, prudente” (HOUAISS, 2001, p. 1184). Assim, o adjetivo corrobora com o anterior produzindo um efeito de comunicar um estado de segurança, de certeza e portanto de confiabilidade. Essa atuação discursiva da comissão reforça, no campo simbólico, uma posição de autoridade capaz de abordar o problema da educação médica, dialogando com os vários atores sociais. Essa idéia é reforçada na seguinte conclusão:

Através dessa demonstração de maturidade e equilíbrio da sociedade civil em se organizar e conduzir o enfrentamento a seus problemas, se conclui que o sucesso dessa primeira etapa, refletido pelas respostas ao questionário por parte da quase totalidade das Escolas Médicas do País (97%), exige a responsabilidade de se dar seqüência ao processo de avaliação iniciado (CINAEM, 1992c).

É a partir dessa tessitura que a CINAEM justifica a existência de “uma seqüência lógica” que legitima o projeto de continuidade da avaliação, reafirmando o “compromisso anteriormente assumido” de

aprofundar a avaliação das escolas Médicas através de uma pesquisa de desenho ecológico que seja capaz de avaliar o problema de forma mais extensa e profunda, partindo da base social, passando pelo aparelho formador e atingindo o produto final. (...) Dentro do modelo teórico de análise proposto procuramos dispor os fatores envolvidos na formação médica. (CINAEM, 1992c).

Dessa maneira, formula um “modelo teórico” para o Projeto de Avaliação das Escolas Médicas do Brasil. Em sua argumentação, percebemos a presença de várias categorias provenientes das ciências sociais, como hegemonia, infra-estrutura, aparelho formador, relações de determinação, entre outras, que são trazidas ao texto para organizar as relações entre os objetos considerados relevantes na explicação dos problemas da formação médica. Contudo, neste momento, está ausente em seu discurso referência a estas teorias .

Isto revela um paradoxo: se, por um lado, há um esmero em detalhar o modelo de coleta e tratamento dos dados, por outro há uma ausência em declarar a origem, ou as teorias, de onde emergem os conceitos (categorias), assumidas para explicar a realidade. Essa ocultação promove novamente o efeito discursivo de naturalização destas categorias, visto que, ao não declarar de onde as retira, produz o efeito de introduzi-las como verdades aceitas. Tal estratégia discursiva está inscrita no próprio *habitus* para o qual a CINAEM fala, isto é, ao ocultar que vai buscar nas ciências sociais suas explicações para a realidade, por um lado define-as como uma verdade aceita, focando suas atenções nos métodos de pesquisa que são cientificamente reconhecidos e passíveis de debate.

Se pensarmos que a ciência médica é fundada a partir de uma visão positivista de ciência e de uma *episteme* embasada nas ciências naturais, é fato que esta faz um julgamento de que as ciências sociais, por não serem detentoras de métodos precisos para demonstrar suas provas, são passíveis de descrédito diante das explicações que produz da

realidade. Podemos, portanto, inferir que há uma interdição das matrizes teóricas que originam estas categorias, sendo o artifício de ocultá-las uma estratégia discursiva que acomoda no discurso uma ausência, que se fosse presença, promoveria o efeito de ofertar argumentos a mais para que a teoria adotada pela comissão fosse refutada dentro do campo médico.

A partir desse modelo teórico, a comissão elabora seus objetivos, enquanto formuladora de um projeto de pesquisa sobre a formação médica. Atentemos para o fato de que, até este momento, a comissão assume uma posição apenas de pesquisadora da problemática. É desse ponto em diante que iremos progressivamente perceber uma mudança de posicionamento, no sentido de instrumentalizar-se para protagonizar processos de intervenção na realidade.

Dessa forma, os objetivos gerais formulados foram: “1) analisar o paradigma atual da educação médica e sua relação com a realidade de saúde da população; 2) alinhar a educação médica às demandas sociais em transformação; 3) construir novos paradigmas adequados à educação médica contemporânea”. Estes três objetivos ilustram essa tendência em declarar-se a serviço da “ação”. Nos objetivos específicos percebemos o delineamento de ações a partir de verbos como “identificar”, “construir”, “estimular” e “propiciar”, revelando timidamente a incorporação não apenas de discussões conceituais, mas de práticas de intervenção.

Em relação à ação de identificar, a comissão aponta a necessidade de compreender o modelo locorregional e econômico na área das escolas; as formas de inserção da categoria médica na área de abrangência, bem como os recursos humanos, a infra-estrutura material, o modelo pedagógico e os conteúdos curriculares. Em relação a construir, ressalta a criação de indicadores que identifiquem o compromisso social e a qualidade das escolas médicas. O estímulo apontou para a adoção de metodologias que pudessem corrigir os paradigmas educacionais, a criação de núcleos de discussão e a integração com as diversas entidades.

Nesse conjunto de objetivos, ainda não é perceptível a presença de uma “análise estratégica”, reforçando a idéia de que a comissão, até esse momento, operava a partir do imaginário de produzir pesquisa. Outra associação observável é que, quando os objetos que compõem o arcabouço da explicação relatada acima são assumidos, estes são tomados de forma separada e fora do contexto que lhe confere dinâmica e capacidade explicativa. Perde-se a riqueza que aquela explicação poderia conferir à compreensão da realidade.

É possível inferir que esse efeito tenha sido produzido pela matriz epidemiológica, cujo método científico embasou todo o projeto, e parece oportuno recuperarmos o debate sobre o “objeto da epidemiologia” para que possamos, a partir deste, perceber qual é o significado e o efeito que essa matriz teórica produz sobre a percepção da realidade.

Neste aspecto, AYRES (1992), quando vai discutir o objeto da epidemiologia, evidencia que essa, ao procurar instituir-se enquanto ciência, adota para si os critérios de cientificidade das teorias positivistas, os mesmos adotados pela clínica. Ao invés de buscar um estatuto próprio, adotou o estatuto da clínica, promovendo uma adequação de seu objeto. Para o autor, as repercussões dessa postura epistemológica são visíveis, e expressam-se por meio de

(...) numa enorme dificuldade de produzir (e ver reconhecido pela comunidade científica) um conhecimento que se origine da observação de fenômenos ocorridos no plano de coletividades, no plano social, e que se legitime em “provas” que permitam manter a substância social em suas inferências. [Portanto] não nos basta saber que há uma associação estatística entre uma dada identidade grupal e um dado aspecto de saúde que se deseje alterar, como tem predominado na produção epidemiológica, se não se dispuser, como dispõe a clínica, de algum fundamento que nos permita posicionar “terapeuticamente” diante do problema a ser resolvido. Divulga-se, contudo, um sem número de estudos que conseguem um elevado grau de positividade na afirmação de associações determinísticas que já não podem mais ser fundamentais numa explicação propriamente coletiva, porque os elementos necessários para isto foram sendo perdidos na decomposição analítica da trajetória

obstinada da investigação rumo à sua “cientificidade”. Só “resta” a esta associação ser convertida em fator de algum risco probabilístico atribuível aos indivíduos do grupo em questão. Todas as outras características concretamente envolvidas têm sua relação determinística com este risco inexplorada, portanto pouco se poderá propor de concreto para populações identificáveis por tal associação (AYRES, 1992)⁶⁵.

Refletindo sobre o que discute AYRES, será que podemos pensar que a CINAEM, ao tomar as categorias explicativas sobre a “realidade social” a partir da epidemiologia, produz efeito análogo ao discutido acima?

Por certo, a elaboração de uma resposta a esta questão não passa por uma análise simplista, nem por juízo de valor. A emergência desse questionamento está atrelada à percepção de uma gradativa mudança no discurso, o que revela uma possível alteração da relação estabelecida até este momento entre a CINAEM e seu objeto.

Nesse sentido, vamos ampliar nosso questionamento e situá-lo não no campo disciplinar, mas dentro do processo de aproximação da CINAEM com seu objeto, identificando a presença de tensões que agem sobre essa relação, impondo-lhes novos sentidos. Portanto, perguntamos que momento singular é esse, tanto político como discursivo, que tensiona a comissão a ampliar sua leitura da realidade? Como essa releitura da realidade vai interferir no sentido do discurso até então formulado?

Vale rememorar que, desde sua criação, a comissão vem assumindo para si e para a sociedade o compromisso de buscar soluções para a crise da educação médica. Assim, pautou sua atuação inicial na realização de um diagnóstico da situação das escolas médicas, ratificando, por um lado, a existência de uma crise, e por outro a necessidade de pensar uma intervenção. Com essa percepção da realidade e diante do desempenho abaixo do esperado, inclusive das grandes escolas, um novo problema apresentava-se: era necessário pensar e construir “novos paradigmas” para a formação médica. Ao mesmo

⁶⁵ ALMEIDA FILHO, 1989 *apud* AYRES, 1992

tempo, as escolas,⁶⁶ ao depararem-se com os resultados da avaliação, e também pressionadas pela institucionalização⁶⁷ de uma política de avaliação “externa”, começam a interagir com a comissão de forma mais ativa, e passam a solicitar à comissão reuniões para apresentação e discussão dos resultados da primeira fase e dos desdobramentos sobre “o quê fazer”, bem como a definição do seu lugar na construção e aplicação das avaliações.

Seguiram-se [após a apresentação dos resultados da Primeira Fase do Projeto de Avaliação] debates com ampla expectativa em relação a seu trabalho e recolhido sugestões para o futuro. Entre estas a sugestão de procurar ouvir das faculdades antes de aplicar qualquer novo instrumento de avaliação (ATA 28/06/1993 CINAEM)

Esse movimento de interrogação, discussão e preocupação com o futuro das escolas médicas passa a integrar de forma incipiente as suas agendas, estimulando grupos de discentes e docentes mais engajados com a construção de um futuro diferente para a escola médica a participarem de forma mais efetiva nos eventos promovidos pela CINAEM. Podemos dizer que novos atores entraram em cena, passando a tensionar o sentido até então dado ao projeto.

Paralelo a este processo, acontecia dentro do Movimento Estudantil de Medicina (MEM) a adoção do Planejamento Estratégico Situacional (PES) na elaboração de sua agenda institucional, tendo como marco sua utilização no V Congresso Brasileiro dos Estudantes de Medicina (COBREM), como método dos grupos de discussão que permitiu aos estudantes debaterem, de forma sistemática e crítica, a crise da educação médica, identificando o modelo pedagógico da escola como um problema a ser enfrentado pelo MEM. Estava dada a centralidade desta agenda para este ator, que passa a atuar na comissão no sentido de introduzir um método qualitativo de pesquisa que contemplasse, no Projeto de Avaliação das Escolas Médicas, o modelo pedagógico. Nesse sentido, tendo como referência a experiência positiva com o PES, o MEM propõe para a CINAEM que esse fosse o método (SANTOS, 1998, p. 13-14).

⁶⁶ Utilizamos genericamente o termo “escolas” para nomear na verdade uma mobilização interna destas instituições, protagonizada por parte dos docentes – os quais ou ocupavam cargos dentro das mesmas ou de alguma forma estavam engajados nas políticas institucionais -, e nos discentes que, em sua maioria, de alguma forma ou estavam ligados à organização/militância estudantil no nível local ou à direção regional e nacional da DENEM.

⁶⁷ Em 1993 e 1994, já estava em andamento a elaboração do projeto do Estado de avaliar as Instituições de Ensino Superior, materializado em 1994 com a Medida Provisória que instituiu o Provão.

É importante salientar esse acontecimento, pois os estudantes – enquanto atores sociais no campo da Educação Médica, passam a constituir elemento significativo no âmbito discursivo, principalmente em relação à proposta de adoção do Planejamento Estratégico Situacional. Enquanto os estudantes assumem esse caminho, as outras entidades polemizam a adequação do PES como método de pesquisa para o modelo pedagógico, em torno do questionamento de que “(...) adotar aquele procedimento significaria uma mudança de rumos da CINAEM, de vez que não se estava propondo uma metodologia de avaliação e sim uma estratégia de intervenção” (Ata de 27 e 28/05/1993).

Contudo, não era apenas esta questão que estava em jogo como é demonstrável através das diversas posições adotadas pelos representantes das entidades da comissão: a AMB argumentava que se “observou a falta de consistência teórica do projeto apresentado, lembrando ser hoje a avaliação uma especialização dentro da Pedagogia e, portanto, a grande responsabilidade da CINAEM quando da adoção de um instrumento para este fim”; a FENAM defendia “que qualquer que [fosse] a metodologia adotada, o fundamental é que ela devesse estar sob o controle político das entidades que compõem a CINAEM”; a ABEM percebia, no seu entender, que “o Projeto de Avaliação Segunda Fase já estava elaborado⁶⁸, apenas necessitava de correções de rumo e de aperfeiçoamento em função dos resultados da primeira fase (...) o que se estaria fazendo seria uma mudança de rumos desta segunda fase e da própria CINAEM” e além disso junto com a ANDES questionava a adequação da metodologia do PES para o trabalho de Avaliação respaldando-se no “fato de não ter encontrado sequer na literatura exemplos de utilização desta metodologia com esta finalidade”. (ATA de 27 e 28/05/1993)

Portanto, era evidente que o que estava em jogo era a posição da comissão em relação ao problema, e as implicações tanto políticas como científicas dela decorrentes. O fato é que a CINAEM passa a ter como meta a realização da avaliação

⁶⁸ É importante destacar que essa fala é motivada pelo fato de que no início no Congresso da ABEM de 1992, em Londrina, a CINAEM já havia aprovado a segunda fase da avaliação das escolas médicas a partir de dois estudos: um estudo para avaliar os médicos recém formados, no qual os alunos se submeteriam a duas provas teóricas, no início e fim do internato (Teste de Qualificação Cognitiva Inicial e Final), associadas à aplicação da Ficha Estrutura de Avaliação Prática; outro estudo, tipo transversal, que objetivava fazer um corte temporal do perfil do corpo docentes das escolas médicas do Brasil. Ambos os estudos foram elaborados a partir da Epidemiologia.

com a participação mais ampla das Escolas Médicas, num processo de interação, propiciando condições para as eventuais transformações futuras e evolução (...) nesse processo desenvolvido com embasamento científico, as Escolas Médicas serão os atores fundamentais (ATA 6 e 7/7/1993 CINAEM)

Além desse movimento entre os estudantes, no âmbito das escolas médicas, a “Proposta UNI”⁶⁹ começava a ser implantada, propondo uma reformulação do ensino das profissões de saúde em geral, e do ensino médico em particular. Tal proposta estava sendo implantada nas escolas médicas de Londrina/PR, Marília/SP, Botucatu/SP, Brasília/DF, Salvador/BA e Natal/RN e fomentava nestas um clima de mobilização tanto de docentes como de discentes, no sentido de se discutir mudanças na formação médica e no ensino médico.

Este é o cenário que possibilita um deslocamento da relação da CINAEM com seu objeto. Essa passa a ser tensionada em seu espaço interno, redefinindo os rumos diante da realidade que estava posta. Podemos perceber, a partir de uma versão do projeto datada de outubro de 1993, uma reelaboração dos objetivos e de parte dos instrumentos.

Contudo, nesse período – entre dezembro de 1992 e outubro de 1993 – foi travado intenso debate no interior da comissão, que tinha como questão central a preocupação com a continuidade dos trabalhos, ou seja, com o início da segunda fase do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas, tanto do ponto de vista metodológico como da operacionalização e financiamento dos trabalhos⁷⁰.

⁶⁹ “Proposta UNI” é utilizada para designar o programa criada em 1991 e financiado pela Fundação Kellog que recebeu o nome de “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade”. Tal proposta pode ser entendida como uma nova síntese que subsumia as experiências anteriores sobre reformulações do ensino médico, Integração Docente Assistencial, Medicina Comunitária, em torno uma nova proposta para articulada a partir da ênfase na equipe multiprofissional, na dimensão pedagógica, no enfoque familiar, no estreitamento da relação com a comunidade e desenvolvimento sincrônico de líderes para atuar na escola, nos serviços e na comunidade (ALMEIDA, 1999).

⁷⁰ Desde a apresentação do projeto da segunda fase, em 1992, a CINAEM solicita financiamento no Ministério da Saúde e Educação, bem como em outros órgãos financiadores, a exemplo da FINEP, sem, contudo, conseguí-los. O financiamento passou a ser buscado nas entidades que compunham a CINAEM e nas Escolas Médicas.

Dessa forma, o “Projeto de Avaliação – Segunda fase” foi elaborado baseando-se na análise dos dados obtidos na primeira fase, que demonstraram ser os itens Recursos Humanos e Modelo Pedagógico os que mais influenciavam no Produto Final: o médico formado. Assim, o projeto foi construído a partir de uma investigação constituída de três subprojetos, “cada qual com um delineamento que fosse o mais adequado aos dados que se busca obter”.

Assim, foram construídos dois estudos epidemiológicos: um de recorte Transversal para estudar os recursos humanos docentes e outro uma Coorte para acompanhar o desempenho cognitivo e prático dos alunos no internato e uma avaliação do Modelo Pedagógico de desenho qualitativo a partir da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional.

Estava dada a condição que presidiria a relação da comissão com a crise da educação médica, saindo de uma posição de pesquisadora para a atuar juntamente com as escolas médicas. Nesse sentido, o seu instrumental de pesquisa vai modificar-se profundamente, passando a declarar-se, a partir de então, autora de um projeto de Pesquisa-ação.

Como reflexo de sua trajetória, o instrumental da epidemiologia é resignificado quando se introduz a idéia de um “estudo híbrido” que explorasse tanto a epidemiologia quanto o PES nas suas singularidades enquanto métodos. Com isso, a explicação da realidade forjada no modelo teórico exposto ganha um novo colorido, recuperando em parte o significado original de suas teorias, mas principalmente produzindo nas mesmas uma nova roupagem, agora estratégica, que oferta uma análise da realidade sobre a qual se pretende intervir. Ao mesmo tempo em que a comissão tem uma nova compreensão da avaliação enquanto meio e não como fim em si mesma, emerge uma nova compreensão da dinâmica social na produção e transformação da escola médica.

3.3.3.2.1- Novos Sentidos, Outros Objetos

Desse momento em diante, a CINAEM passou a trabalhar aproximando-se das escolas médicas e de suas realidades, no sentido de produzir uma intervenção que possibilitasse criar condições para que o modelo de formação dos médicos fosse discutido e identificado no âmbito de cada escola, e que, dentro da nova compreensão da realidade, fomentasse a mobilização dos atores locais no sentido de promover as mudanças necessárias.

Este novo desafio de dar continuidade ao conhecimento dos problemas da escola médica, ao mesmo tempo que sensibiliza os atores sociais envolvidos com a produção deles, coloca para a CINAEM a necessidade de lançar mão de uma nova estratégia discursiva, sem, contudo, perder de vista o que já estava legitimado como verdade amplamente aceita na comunidade universitária.

Nesse sentido, o patrimônio cultural e político até então conquistado pela comissão está relacionado, por um lado, ao desempenho positivo na realização dos trabalhos dentro dos preceitos científicos, tornando-os aceitos, apesar de amplamente discutidos e, por outro, pela capacidade de mobilizar atores importantes, ou seja, autoridades reconhecidas no cenário nacional – que têm condições de disputar as macropolíticas de ensino superior –, bem como docentes e discentes das escolas médicas, em torno de um tema comum que é o futuro da profissão médica. Portanto, o discurso passa a agir no campo simbólico, possibilitando a criação de uma identidade entre vários atores a partir de “velhos” objetos que interessam a eles, ofertando-os em uma nova rede de significados. Estes passam a ser o foco da narrativa, onde vamos perceber como eles criam uma nova rede de significados.

O novo sentido que ressaltamos é o trabalho para a ação. Portanto, o objeto – a crise da educação médica passa a ser descrito de uma outra forma, na qual a transformação deste em uma descrição elaborada a partir dos preceitos científicos permitiu que pudesse ser lido a partir de seus determinantes que passam a ser os novos objetos de interesse da CINAEM. Desta forma, elege três considerados pelos resultados da pesquisa da primeira fase como os de maior potencial para intervir/transformar a realidade: o modelo pedagógico, os recursos humanos docentes e os discentes do internato. Podemos expressar esse movimento a partir da seguinte representação:

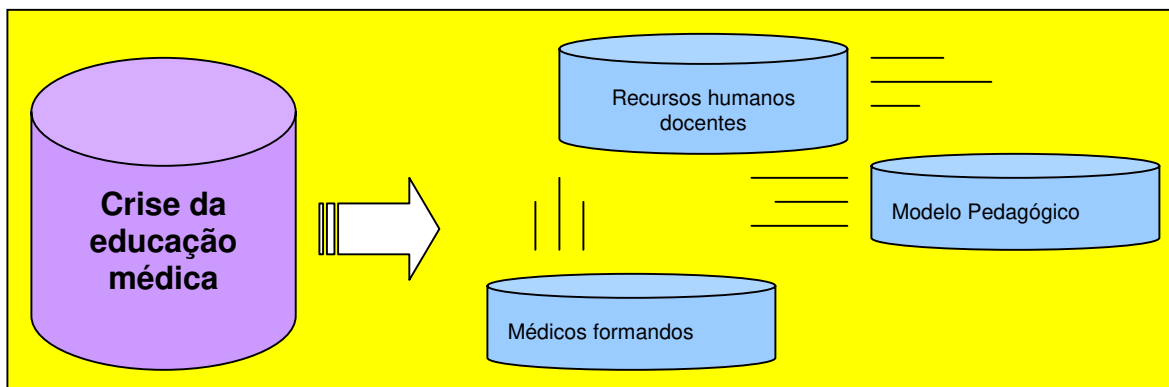


Figura 12 – Transformação dos Objetos

Como consequência desta escolha, e atrelado ao *modus operandis* até agora instituído na comissão foi proposto que a manipulação destes três objetos fosse realizada pelas próprias escolas médicas, de forma “científica”, por intermédio de uma pesquisa multicêntrica. Definiu-se como necessária e estratégica a criação em cada escola médica de um Grupo Gestor Local, que seria o interlocutor qualificado para desenvolver este trabalho no âmbito das escolas médicas, isto é, desenvolver a “pesquisa-ação”.

A pesquisa-ação, ao mesmo tempo que não perde de vista a idéia de produzir conhecimentos científicos, trabalha com a idéia de pesquisa participante que deve ter pelo menos três objetos para assim se classificar:

(...) a) produção de novos conhecimentos sobre a realidade estudada, sem a qual não seria uma pesquisa; b) a transferência desses conhecimentos para a população envolvida, num processo pedagógico que lhes permita compreender melhor sua situação e com isso ter melhores chances de tentar modificá-la e c) a elaboração (e de preferência a execução) de propostas de ação coletiva, com base nas análises realizadas (TOMANIK, 1994, p.170).

Diante do exposto, percebemos uma adequação dessa nova estratégia aos objetivos colocados. Entra em jogo uma nova consideração quanto às dimensões da ação da CINAEM, visto que, ao adotar este método, traz para sua relação com as escolas e com seus objetos a necessidade de abordar, de outra forma, a dimensão pedagógica desta relação em sua atuação.

Nesse sentido, é possível localizar sua preocupação com esta dimensão nos enunciados referentes a “Avaliação do Modelo Pedagógico das Escolas Médicas a partir do Enfoque Estratégico” :

A utilização do planejamento estratégico como metodologia de elaboração de um instrumento de avaliação do modelo pedagógico das escolas médicas fundamenta-se na necessidade de desencadear um processo que não se limite à simples constatação dos problemas, mas que seja também um estímulo à sua superação, indicando as distintas possibilidades resolutivas (CINAEM, 1994^a, p. 64).

Esta nova concepção do trabalho de pesquisa, apesar de manter sua filiação à idéia inicial, isto é, “fornecer argumentos científicos capazes de subsidiar a transformação do ensino médico” (CINAEM, 1996a), conferiu voz ao discurso de docentes e discentes das escolas médicas. A ação de construir fóruns e oficinas de trabalho possibilitou aos docentes e discentes revelarem publicamente as suas percepções sobre a realidade cotidiana da escola médica e a forma como essa vinha sendo produzida. Essa mudança de atitude constitui uma atuação pedagógica com mais autonomia.

É sob nova tensão – a dimensão da ação – produzida no campo que emerge a rede explicativa em torno dos três objetos. Agora, não somente as autoridades da comissão têm voz, mas também as “autoridades” recentemente reconhecidas como detentoras de um saber sobre a escola médica.

Nesse sentido, é possível perceber um novo tensionamento no campo da educação médica e no campo médico, pois ocorre uma alteração da norma estabelecida até então, que autorizava os agentes a falarem. Isto é, as leis de investimento são burladas, e eles passam a ocupar posições mais reconhecidas. Ocorrem outras nuances na ordem no campo objetivo perceptíveis no campo discursivo, pois o que entra em cena como objeto de que se fala são exatamente as relações de poder estabelecidas dentro das escolas médicas que são responsáveis pela manutenção do *status quo* reproduzido no cotidiano. Fica evidente um desvelamento das relações de poder, operando no campo simbólico uma “desnaturalização” delas.

Coincidência ou não, o fato é que a pesquisa qualitativa sobre o modelo pedagógico é o instrumento ou a ferramenta que tem o potencial de desnaturalização das relações pedagógicas autoritárias⁷¹ que estruturam o campo dentro da escola médica. Desvelam-se as estruturas estruturadas que estruturam o *habitus* no qual estão inscritas as relações de poder entre os atores envolvidos com o ensino médico. Portanto, o discurso, a partir de agora, ganha uma outra conotação simbólica, pois tem a possibilidade de mudar a ordem do discurso científico sem dele sair, criando com isso sensações de ganho de poder aos atores que dele se apropriam. Coloca-se em questão, portanto, a própria estrutura do campo da educação médica e a ordem estabelecida implicada na produção da crise da educação médica.

Portanto, a rede conceitual na qual foram inscritos os objetos é diferente das redes até então tecidas, pois estas mesmas, passam a operar com conceitos que vão falar sobre a micropolítica institucional, no sentido foucaultiano das relações de poder. Há uma passagem dos objetos de uma rede conceitual macropolítica para outra micropolítica. É esta a transformação fundamental que ocorre no discurso a partir do sentido imprimido à segunda fase.

Com efeito, esta atuação discursiva situa os objetos que discute muito mais próximos dos atores sociais, e, portanto, passíveis de suas intervenções. Com isso é desmistificada a idéia de que é preciso delegar a alguém as soluções dos problemas do cotidiano, isto é, coloca-se em xeque a necessidade de autorização *a priori* para se falar sobre ensino médico, impulsionando um discurso favorável à mobilização dos atores em torno de interesses em comum.

É nessa tessitura que estes objetos produzem novas redes explicativas e novos significados para as relações de poder no cotidiano da escola. Para tal, vamos recorrer ao que foi produzido durante as oficinas de trabalho realizadas em 1995 e 1996, para que possamos, a partir das falas, desenhar o campo enunciativo formado.

⁷¹ GARCIA (1972), em seu estudo, conclui que o estudante é um agente de ensino que ocupa uma posição de submissão no processo de ensino, e as formas de ensino consideram-no objeto do que sujeito da ação, e, portanto, as relações de ensino são produtos de uma pedagogia autoritária.

É perceptível numa primeira observação que o objeto tomado pelas oficinas não era mais a crise da educação médica, mas a produção de soluções para ela. Fazia-se necessário estabelecer uma rede de relações entre os vários atores sociais que permitisse a troca de experiência entre eles, a produção de conhecimento sobre a produção social da realidade das escolas médicas e de “estratégias” de enfrentamento dos problemas relevantes na produção da crise da educação médica.

Dessa forma, a CINAEM organizou oficinas de trabalho que reuniram pelo menos um representante discente e um docente de cada escola, propondo uma dinâmica de trabalho a partir do Planejamento e Gestão Estratégica para o modelo pedagógico e da epidemiologia para a avaliação dos médicos formandos e dos docentes das escolas médicas. Este seria o objeto em comum, sobre o qual tanto a CINAEM quanto as escolas médicas iriam debruçar-se dali em diante.

É importante ressaltar, a partir dessa marcha discursiva, a introdução da matriz do “planejamento e da gestão estratégica” produzindo uma alteração no discurso, pois, quando trabalha com as teorias da ação social e da dinâmica das organizações, oferece um novo arcabouço teórico a partir do qual será lida a realidade. Nesse sentido, percebemos que serão desenhados eixos teóricos sobre os quais serão inscritos os enunciados provenientes do saber acumulado pelos atores sociais a partir da vivência cotidiana das relações objetivas envolvidas na produção do médico dentro da escola.

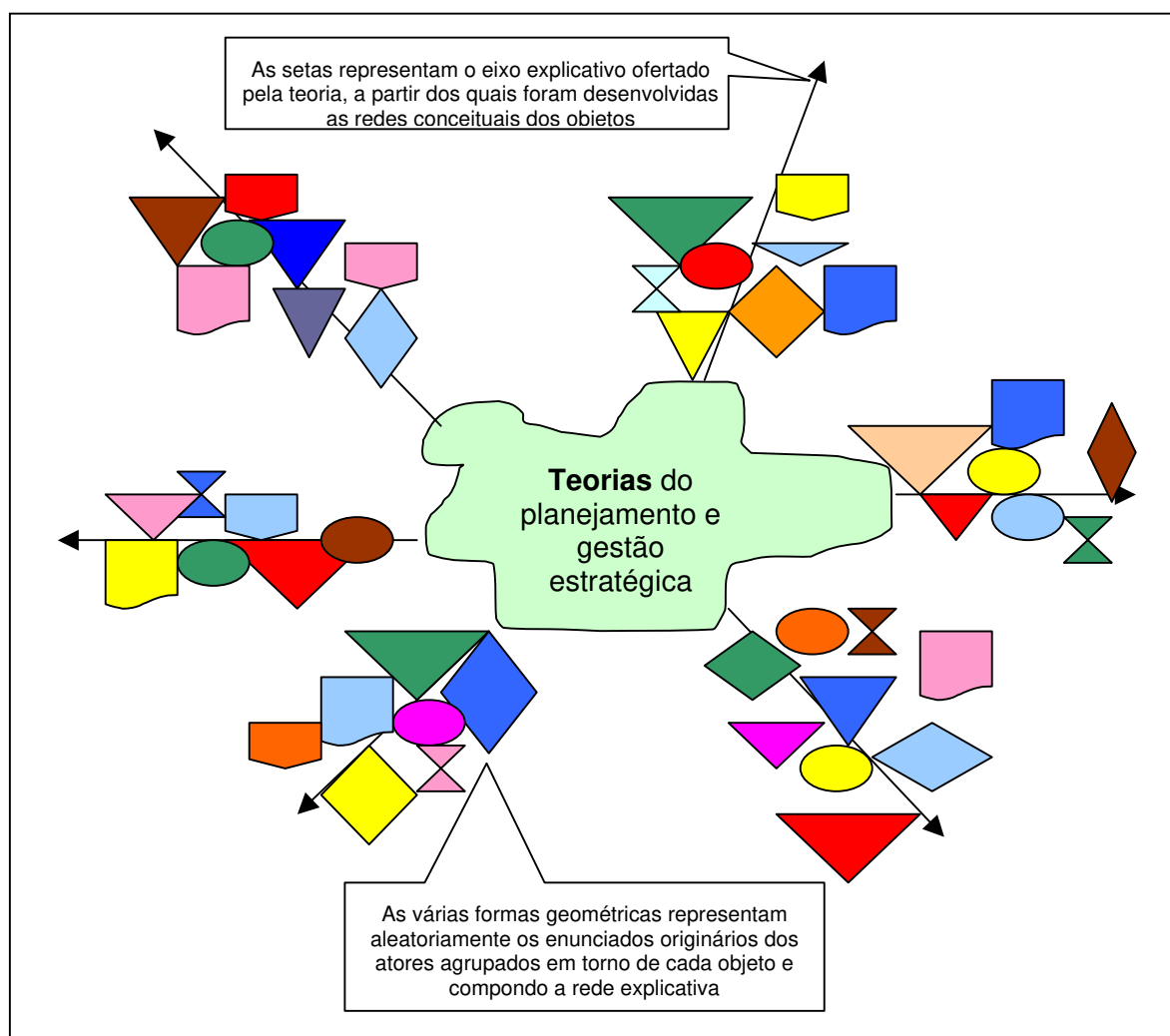


Figura 13 – Novas redes Conceituais

Dessa forma, novos objetos entram em questão, e são abordados agora de forma sistemática. Isto é, ao realizar a leitura sobre o modelo pedagógico, passa a ter como pressuposto a sua profunda implicação com

o modo como são mediadas as práticas sociais que consolidam no cotidiano das escolas uma direcionalidade hegemônica ao ensino. [Por consequência] as disputas de projetos no espaço de produção social da escola materializam-se em dois processos essenciais: o processo de formação e o processo de gestão, que configuram o modelo pedagógico hegemônico (CINAEM, 1991-1997, p. 70).

A partir de então, a comissão propõe um arcabouço teórico que possibilita uma compreensão da escola médica como instituição onde projetos são “construídos e disputados socialmente e cujos conteúdos propositivos são sempre uma decorrência da visão de mundo de quem o elabora” (CINAEM, 1991-1997, p. 73). Com isso, produz discursivamente uma ruptura com a crença de senso comum, presente, inclusive, no imaginário dos atores sociais em questão, de só existir uma “única verdade” que explica a realidade, e introduz dentro do discurso “científico” da CINAEM outra *episteme* cuja matriz teórica está assentada nas ciências sociais. Nesse sentido, adota como pressuposto a idéia de que

a realidade que observamos e explicamos está, em parte, em nós mesmos, [para conceber que] as manifestações objetivas dos atores sociais são a expressão interessada da subjetividade destes atores sobre um determinado espaço de produção social (CINAEM, 1991-1997, p. 73).

Justifica-se, dentro do projeto de pesquisa sobre modelo pedagógico, seu método qualitativo, que tem como fonte de pesquisa as visões dos docentes e dos discentes sobre a realidade da escola médica.

Do ponto de vista simbólico, é perceptível que as novas categorias ofertadas juntamente com a vivência de outras relações de poder nas oficinas⁷² têm o potencial de tensionar o *habitus* científico mecanicista predominante no campo médico bem como as estruturas de poder ao qual este está atrelado. Isto porque, ao mesmo tempo em que se dá voz a análise da realidade que cada indivíduo faz, as categorias são introduzidas em uma outra rede explicativa produtora de novos significados. Portanto, ao mesmo tempo em que a voz individual adquire o estatuto de “capacidade explicativa” para dentro do discurso, procede-se à autorização dos indivíduos para legitimamente falarem sobre o problema.

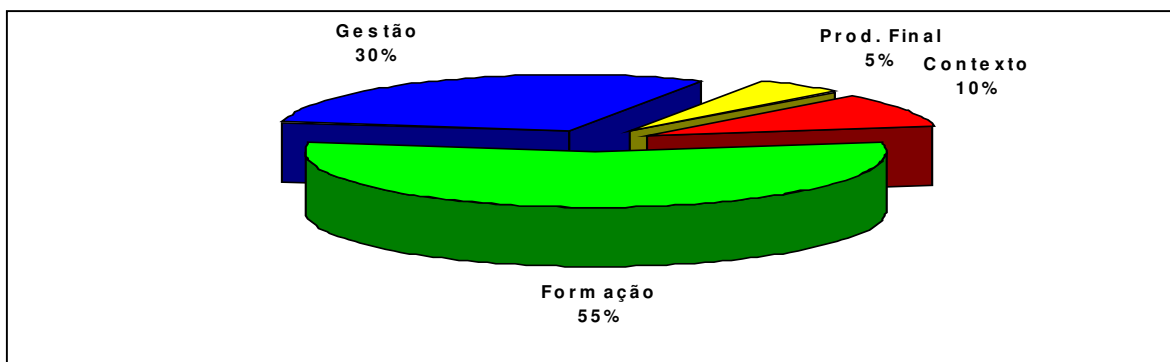
⁷² Nas oficinas de trabalho que foram realizadas pela CINAEM utilizava-se uma dinâmica na qual tanto docentes como discentes participavam das discussões e das formulações numa relação – tanto em relação ao objeto, quanto entre os indivíduos – horizontal, isto é, o saber do estudante nesse espaço era valorado com a mesma importância do saber dos docentes, ambos eram autorizados a falar sobre a realidade da educação médica e do cotidiano das escolas médicas que os afligia. Isto permitiu uma vivência diferente das relações de poder em relação ao que é vivenciado dentro da escola médica, onde a autoridade é somente o professor, detentor do saber válido e reconhecido como capital cultural no campo da educação médica.

Como consequência, está dada a possibilidade de se construir um novo *habitus* por meio da oferta de estruturas estruturadas que explicam a realidade ou a organizam em eixos explicativos que têm a capacidade de desvelamento das interações subjetivas cotidianas e pela oferta de outras vivências concretas e subjetivas que permitem a incorporação ou internalização de novas estruturas estruturadas como estruturas estruturantes do pensamento, que vão concorrer com as disposições já estabelecidas no *habitus* característico da socialização dos médicos dentre da escola.

É interessante observar que, ao sistematizar os resultados das discussões realizadas nas três oficinas sobre o modelo pedagógico, encontramos no discurso uma análise qualitativa de si mesmo, isto é, percebe-se que “os problemas formulados (...) apresentam uma significativa regularidade quanto à sua distribuição” (CINAEM, 1991-1997, p. 82) nas quatro categorias: contexto, produto final, gestão e formação; categorias retiradas a partir da pesquisa e que permitiram inferir que “a semelhança na distribuição de problemas permite supor a congruência da avaliação do Modelo Pedagógico realizada pelas 48 escolas médicas brasileiras envolvidas nesse processo” (CINAEM, 1991-1997, p. 82). Esta forma de perceber as categorias como resultados da pesquisa pode ser demonstrada por meio do tratamento estatístico dos problemas e que foram registrados nos relatórios de pesquisa, conforme ilustra o enunciado

(...) mesmo que não seja o propósito do *design* metodológico adotado estabelecer generalizações estatisticamente significativas, podemos afirmar que o conjunto de escolas participantes traçou um diagnóstico dotado de grande legitimidade (visto o caráter participativo de sua elaboração) da situação atual do ensino médico (CINAEM, 1991-1997, p. 73).

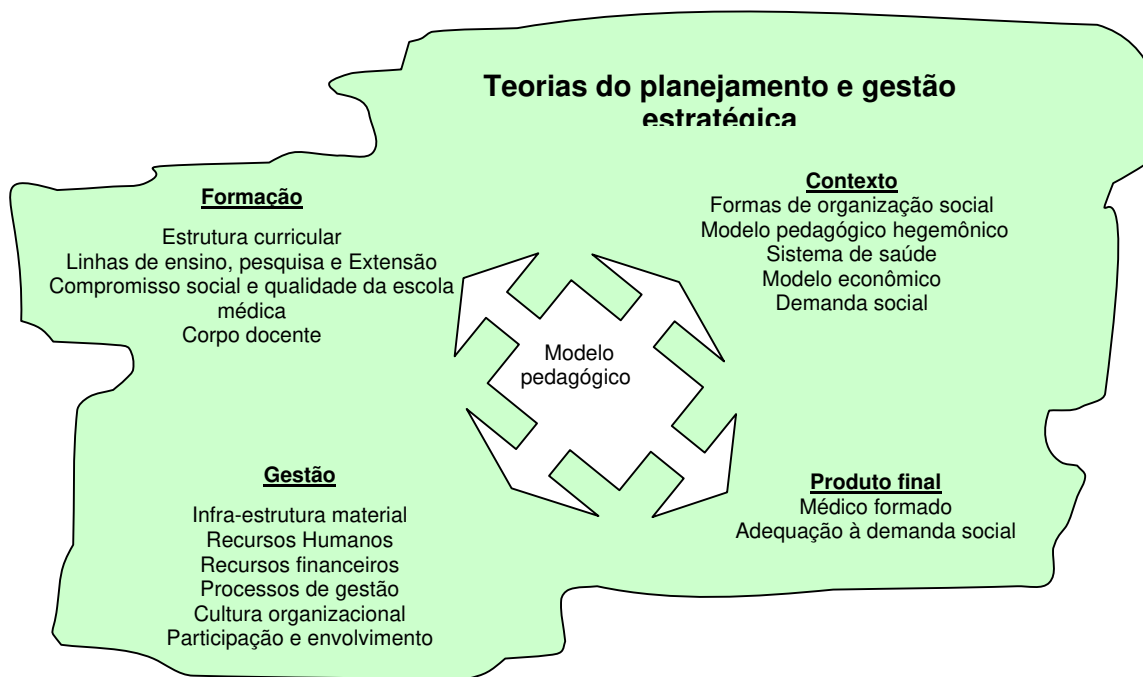
Assim, trouxemos para o nosso texto o gráfico da frequência de aparecimento dos problemas a partir das quatro categorias (figura 14). Isto nos pareceu relevante, visto que desejamos observar, a partir dessas novas redes conceituais, a emergência dos novos objetos e o redesenho do projeto da CINAEM para uma próxima etapa de seu trabalho.



Fonte : CINAEM, 1991-1997; p. 82

Figura14 – distribuição de objetivos por categoria: consolidado geral.

É a partir daí que os enunciados distribuem-se e compõem o discurso sobre o modelo pedagógico da escola médica. Portanto, a leitura da realidade cotidiana das escolas passa a ser organizada a partir de quatro categorias de análise que explicam o modelo pedagógico: contexto, formação, gestão e produto final. É a partir de cada eixo que são conectados os enunciados em relação aos problemas das escolas médicas. Nesse sentido, a figura 15 abaixo explicita o conteúdo de cada rede conceitual.



Fonte: CINAEM, 1991-1997, p. 80

Figura 15 – Conteúdo de Cada Rede Conceitual

O quadro abaixo ilustra as redes conceituais produzidas pelos participantes das oficinas a partir dos quatro eixos.

Quadro 16 – As Redes Explicativas Produzidas pelos Participantes das Oficinas sobre a Situação Atual

Contexto
Os problemas pertinentes ao contexto apontam para a falta de integração das escolas médicas com os problemas de saúde locais e o pouco comprometimento governamental com a Educação, não estimulando as Universidades. Há uma proliferação de EMB's com fins comerciais. O ensino apresenta-se desvinculado da realidade de saúde da população. O pouco conhecimento do Sistema Único de Saúde por parte de alunos e professores reflete a desarticulação da formação médica com o SUS. Este, por sua vez, atravessa uma crise de escassez de recursos. O mercado privilegia os especialistas. Interesses econômicos condicionam tanto o ensino quanto a pesquisa.

Formação
A estrutura curricular é inadequada à realidade de saúde da população, por oferecer deficiente formação humanista, formação predominantemente tecnocêntrica, com excesso de conteúdos teóricos, não direcionada à realidade prevalente, sem integração interdisciplinar. O ensino é centrado no professor, com ênfase nas ações terciárias e voltado à superespecialização. A formação não é terminal.
Quanto às linhas de ensino, pesquisa e extensão, pode-se afirmar que há pouco estímulo à pesquisa e à iniciação científica, baixa ênfase nos problemas de saúde prevalentes da população e pouco espaço para atividades de extensão.
O ensino médico apresenta baixo comprometimento social, com um currículo defasado em relação às necessidades sociais do Brasil. O processo de avaliação é inadequado.
A política de incentivo à capacitação profissional e à carreira docente é deficiente. Assim, os professores apresentam qualificação técnica e pedagógica insatisfatória. Suas atividades são avaliadas de forma inadequada. São mal remunerados, dedicam pouco tempo à EM, e se mostram pouco motivados.

Gestão
No que tange às variáveis pertinentes à categoria Gestão, considerou-se a infra-estrutura sucateada e inadequada, oferecendo condições de trabalho insatisfatórias. Os profissionais técnicos de apoio são mal remunerados e em número insuficiente. Há escassez de recursos financeiros. O planejamento e execução orçamentários são deficientes. O processo de gestão é burocrático e ineficiente, sem perspectiva estratégica e continuidade. O planejamento e avaliação das ações são deficientes, dificultando a operacionalização de mudanças. A cultura organizacional caracteriza-se pela resistência a mudanças, pela ampla aceitação do modelo tradicional e pela pouca avaliação das EMB's. Em relação à participação e envolvimento, constata-se o baixo interesse e comprometimento de alunos e professores em relação à discussão e solução dos problemas da escola e do ensino médico. Há pouco diálogo político e baixa integração entre os diversos segmentos da comunidade acadêmica.

Produto final
Este conjunto de problemas reflete-se claramente no produto final das EMB's: os médicos não se formam com as competências mínimas para atender às demandas da população.

Fonte: todos os enunciados do quadro são citações diretas do documento CINAEM, 1991-1997, p. 82-83.

É relevante observar que estas redes explicativas são produtoras de novos significados para o debate sobre a formação médica, visto que tanto o currículo quanto a gestão da escola, bem como outros temas debatidos, passam a ser entendidos como fruto de uma produção social desprovida de neutralidade, ou seja, que envolva os agentes e o objeto.

Assim, opera-se uma mudança no sentido de perceber como a realidade se constrói, produzindo uma outra proposta, caracterizada pela manifestação do desejo dos participantes. Dessa maneira, o novo desenho que se pretende da realidade é construído a partir do desejo de tecer uma outra realidade pautada na construção do novo. Esta experiência, vivenciada pelos atores sociais, somada a uma teoria, ao diagnóstico da realidade e ao vislumbre de mudança dessa situação representou, no campo simbólico, a experimentação da autoria dos novos projetos e a protagonização de processos políticos.

Dessa forma, num segundo momento de produção coletiva, emergem dessas redes conceituais novos objetos de investimento coletivo. Inicia-se o desenho da próxima etapa, a partir da identificação de novos processos que passaram a ser objetos de intervenção.

A seguir, coletamos no discurso os enunciados que delineiam esta nova trajetória discursiva que se anuncia, pautada, em grande parte, a partir dos interesses explicitados nas oficinas (Quadro 17).

Quadro 17 – As Redes Explicativas Produzidas pelos Participantes das Oficinas sobre a Situação Objetivo

Contexto
Na situação objetivo ⁷³ , o contexto caracterizar-se-á pela integração entre as BEM's, o SUS e a comunidade. A política educacional do país favorecerá a Universidade. Esta contará com um sistema adequado de avaliação e projeto político-social. A integração entre as escolas e o SUS permitirá a inserção dos alunos na rede e a participação das BEM's nos conselhos de saúde. Os profissionais serão valorizados e absorvidos nos diversos níveis do SUS. As escolas terão conhecimentos sobre o mercado de trabalho e estarão a ele integradas. Os profissionais serão valorizados profissionalmente, dada a sua capacidade de atender à demanda social.
Formação
A estrutura curricular integrará os ciclos básico e profissional, apresentando currículo interdisciplinar adequado à realidade social, orientando-se por critérios epidemiológicos. Os objetivos do curso serão claros e definidos, visando a formação terminal de médicos generalistas, com conteúdo humanista, aptos a atuarem nos diversos níveis de atenção à saúde, de forma articulada com o SUS. O ensino será centrado no aluno, e as tecnologias serão incorporadas de forma adequada.
As linhas de ensino, pesquisa e extensão estarão integradas, voltadas para a realidade social. Haverá incentivo à produção científica e à inserção dos alunos nesse processo. As atividades de extensão serão ampliadas. As EM's formarão profissionais que atendam às necessidades de saúde da população, através de um modelo pedagógico adequado e da permanente avaliação de todo o processo de formação. Implementar-se-á uma política institucional de capacitação que incentive o maior desenvolvimento técnico-científico e didático-pedagógico dos docentes. A remuneração será adequada, favorecendo um maior tempo de dedicação à EM e a valorização do ensino na carreira docente – contribuindo, assim, para a maior motivação e comprometimento dos professores.

⁷³ Situação Objetivo é um conceito do PES que significa “uma etapa em que os atores sociais definem a situação futura que deverá ser alcançada se os problemas forem resolvidos (CINAEM, 1991-1997, p. 77)

Gestão
No que tange às variáveis da categoria Gestão, a infra-estrutura encontrar-se-á adequada às atividades das EM's, com programas de manutenção eficazes e racionalização do uso dos equipamentos, proporcionando boas condições de trabalho. Os profissionais de apoio serão capacitados, contratados criteriosamente, e remunerados condignamente por meio de um plano de cargos, carreiras e salários. As dotações orçamentárias serão suficientes e executadas, a partir da definição e do apoio das fontes financiadoras. A gestão será autônoma, participativa e com perspectiva estratégica, enfatizando a avaliação contínua e global das BEM's. Os departamentos encontrar-se-ão articulados; os colegiados representativos, deliberativos e atuantes. A cultura organizacional terá como características marcantes a presença de um ambiente democrático, aberto a mudanças; a experimentação da atividade acadêmica como espaço de realização pessoal e profissional. Quanto à participação/envolvimento, a comunidade acadêmica estará motivada e atuante, participando ativamente dos processos de formação e gestão das BEM's.

Produto final
Como resultado final desta situação futura, construída coletivamente, e que expressa o desejo dos diversos participantes das oficinas do Projeto CINAEM, a escola formará médicos com capacidade para atender, de forma resolutiva e com postura ético-social desenvolvida, as necessidades de saúde da população.

Fonte: todos os enunciados do quadro são citações diretas do documento CINAEM, 1991-1997, p. 83-84

Assim, é introduzida no discurso uma outra dimensão: a presença da expressão subjetiva dos atores de forma autorizada, mas, ao mesmo tempo, controlada. Aqui valem alguns comentários. O planejamento, ao organizar as oficinas, além de ofertar suas teorias faz uma programação destas atividades de forma que a manifestação da subjetividade fosse modelada a partir de uma certa ordenação, composta por etapas de análise previstas na programação das oficinas. Essas etapas eram constituídas pela apresentação dos participantes, a exposição das expectativas individuais, a definição do tema da oficina, a explicação da realidade a partir do levantamento dos problemas, a hierarquização dos problemas, a construção da árvore explicativa, a construção de árvore de objetivos, a análise estratégica, entre outras. Cabe, portanto, nos perguntar: o que isto significa? Ou como isso significa?

No campo simbólico podemos inferir algumas reflexões. Quando afirmamos que o planejamento possibilita voz aos discursos interditados de forma controlada, ocorre imediatamente a interrogação: o que seria ou como seria a expressão subjetiva não controlada? Não nos cabe aqui respondê-la, mas a sua presença reforça a idéia de que está presente uma ordem, que organiza sua manifestação a partir de uma racionalidade. O que podemos perceber é que o PES ao dar voz aos discursos interditos no âmbito das escolas o faz de forma controlada, produzindo simbolicamente o reforço e o controle das idéias e ações, a partir de uma lógica racional. Esta posição reforça a análise de que a CINAEM constrói todo seu discurso a partir da matriz científica, reforçando os preceitos racionais característicos da ciência.

Diante destas considerações, é possível perceber que o PES, dentro de suas etapas de trabalho, fornece algumas ferramentas que têm como função a extração do conjunto de enunciados oriundo do desejo, objetos sobre os quais se vai intervir. Nesse sentido, utiliza como critérios de seleção: a gravidade do problema, sua urgência e sua tendência em manter a situação atual. Além disso, discute a partir destes objetivos, sua ação e análise estratégica, isto é, a viabilidade dos objetivos e as ações necessárias. Novamente a eleição dos objetos atende a requisitos que mantém o discurso dentro da ordem estabelecida, isto é, a ordem da racionalidade científica.

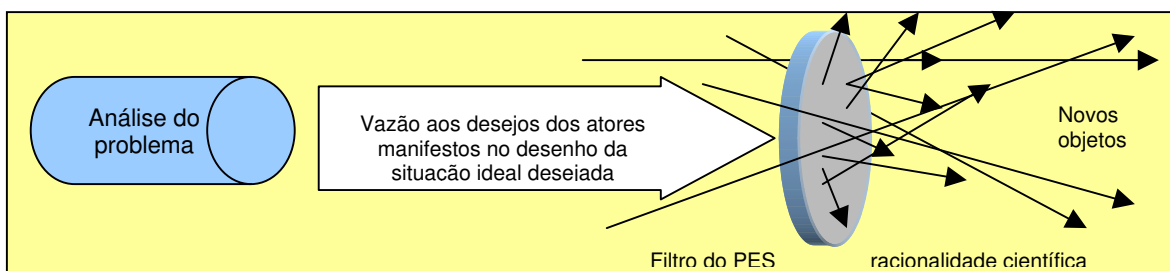


Figura 16 – O filtro produzido pelo PES

A introdução dessa racionalidade processa o problema modelo pedagógico a partir de sua reescrita como “processo de gestão” e “processo de formação”. A partir destas duas categorias estabelece uma outra releitura, agora tendo como eixo narrativo não mais a

dispersão dos enunciados a partir das quatro categorias que emergiram juntamente com eles, mas a partir da amarração deles nessa nova rede conceitual.

3.3.3.2.2- Os Outros Objetos e suas Redes Conceituais

O processo desencadeado a partir da segunda fase, com a realização das oficinas, imprime ao discurso uma nova narrativa, composta por outras duas redes conceituais forjadas a partir do pacto construído entre a CINAEM e as escolas médicas.

Uma das redes tem como preocupação a produção de conhecimento sobre a dinâmica organizacional da escola (estrutura, métodos e técnicas e a cultura organizacional), isto é, o processo de gestão. E a outra tem como interesse a produção de conhecimentos sobre o processo de formação, constituindo-se como:

o modo através do qual os conhecimentos, as normas, os métodos e as técnicas se organizam ao longo do tempo em atividade que possibilitam a interação entre professores, alunos, pacientes e recursos na aplicação, construção e transferência de conhecimentos e tecnologias (CINAEM, 1991-1997, p. 72).

As duas redes foram subsidiadas pelas informações produzidas pelos estudos de Coorte e Transversal, que são, ao mesmo tempo, mediadores do diálogo e produtores de informações.

Nesta perspectiva, a primeira construção conjunta entre as escolas e a CINAEM foi desenvolvida nas Oficinas de Implantação, em torno de uma explicação ativa da realidade⁷⁴ elaborada a partir das visões de distintos atores que compartilharam de um espaço de produção social onde foi possível desvelar as inter-relações de causa e efeito entre os problemas e as possibilidades de intervenção sobre os mesmos. (CINAEM, 1991-1997, p. 76)

A partir desta primeira aproximação entre CINAEM e escolas, foi produzida uma agenda coletiva, na qual os representantes assumiram algumas agendas: 1) discutir a criação e a constituição do Grupo Gestor Local, 2) constituir a equipe de pesquisa

⁷⁴ Ver Quadros 17 e 18, páginas 253 e 255, respectivamente

responsável pela realização do estudo Transversal e de Coorte e 3) divulgar amplamente o projeto dentro da escola, utilizando-se, além dos tensionamentos sociais que o justificam, também do trabalho de campo dos estudos epidemiológicos para problematizar com docentes e discentes o que está sendo pesquisado e a relevância dos resultados destes para a compreensão do modelo pedagógico (CINAEM, 1996)

Como produto desta intervenção coletiva em várias escolas médicas,⁷⁵ obteve-se uma radiografia do espaço social da escola médica (Quadro 18). Num segundo momento, nas chamadas Oficinas de Acompanhamento,⁷⁶ foram discutidas as dificuldades e facilidades encontradas e as estratégias utilizadas na implementação do Projeto CINAEM nas escolas, sendo foi possível perceber como a dinâmica das oficinas introduziu no discurso uma tensão significativa no campo médico, visto que expôs, de forma sistemática, os discursos interditos, até então, revelando outras nuances na organização da escola médica, representadas pelas relações de poder.

Quadro 18 – Principais dificuldades encontradas para implantação do projeto

Reformulação do Modelo Pedagógico
Esta dimensão, compreendida em seu sentido amplo, abarca a totalidade do processo de formação médica. Os principais entraves identificados concernentes ao CONTEXTO foram a baixa mobilização da sociedade em relação ao ensino médico, expressada pela dissociação entre os movimentos sociais mais gerais e o movimento universitário em particular, a confluência de interesses do complexo médico-industrial e dos setores comprometidos com o modelo hegemônico, e a deficiente divulgação interna e externa do projeto. As dificuldades referentes ao ÂMBITO INTERNO DAS ESCOLAS foram a falta de estímulo e descompromisso de parte dos docentes e discentes com o projeto, a resistência às mudanças, os conflitos de poder, a baixa capacitação específica em planejamento e GESTÃO, associada à sobrecarga de atividades e baixa remuneração dos responsáveis pela implementação do projeto.

⁷⁵ Nas três Oficinas de Implantação realizadas em Botucatu (julho/95), Salvador (agosto/95) e Marília (abril/96), participaram 14, 18 e 18 escolas médicas, respectivamente.

⁷⁶ Foram realizadas três Oficinas de Acompanhamento: Londrina (setembro/95), que reuniu as escolas que participaram da primeira em Botucatu; Natal (outubro de 1995) com a participação da oficina de Salvador, e em Brasília (agosto/96), com a participação novamente das escolas de Botucatu e Salvador acrescidas das escolas que foram a Marília.

Grupo Gestor Local

Com relação à implantação dos Grupos Gestores Locais, os principais problemas apresentados referentes ao CONTEXTO foram a hegemonia do modelo neoliberal, abrindo perspectivas de privatização das escolas, o baixo engajamento e mobilização da sociedade para com os assuntos relativos à formação médica e às escolas. Quanto à GESTÃO, foram apontadas dificuldades relativas à estrutura político-administrativa pouco democrática, com regimentos rígidos. A dificuldade de agendar periodicamente reuniões foi ressaltada. A participação nas reuniões do GGL foi dificultada pelo pouco apoio e incentivo institucional e pelo baixo envolvimento dos docentes e de outros representantes com o projeto.

Estudo Transversal

Os problemas na realização do Estudo Transversal relativos ao CONTEXTO apontam para alienação da comunidade acadêmica em relação à escola e ao projeto, o que pode ser associado, dentre outros determinantes, com a divulgação inadequada do estudo pela instituição, o que favoreceu a mobilização insuficiente e a pouca aceitação dos docentes. Apontou-se, também, questões referentes aos profissionais responsáveis por esse estudo, que apresentavam baixa capacitação, bem como dificuldades financeiras para sua remuneração.

Estudo de Coorte

Como problemas CONTEXTUAIS, foram ressaltados a existência de projetos de avaliação concorrentes e a baixa divulgação dos objetivos do estudo proposto. Foram destacados problemas relativos à ESTRUTURA INSTITUCIONAL centralizada, ao descompromisso e à oposição de parcelas significativas da comunidade acadêmica, ao descrédito com relação aos processos de avaliação, à falta de infra-estrutura material e financeira e às dificuldades relativas à capacitação e realização da metodologia proposta.

Fonte: todos os enunciados do quadro são citações diretas do documento CINAEM, 1991-1997, p. 103-104.

Percebe-se, a partir da descrição desse conjunto de enunciados, uma amarração da leitura da realidade com a idéia de processo social, discutida nas oficinas de acompanhamento. Tal produção discursiva tem grande relevância para os sentidos e

significados que foram sendo produzidos durante o processo de mobilização social no interior das escolas.

Nota-se que, ao mesmo tempo em que os atores sociais utilizaram o conhecimento produzido nas oficinas como ferramenta para ação, foi aberta a possibilidade de se perceber, pelo debate sobre a implantação, uma eficácia explicativa que o conhecimento/ferramenta produzido tem sobre a compreensão da dinâmica social. (CINAEM, 1991-1997, p. 104).

Tal exercício, cuja teoria e ação são concebidas como inseparáveis, permite uma aproximação mais refinada ao objeto – o ensino médico –, possibilitando a leitura dinâmica do campo de forças, isto é, as disputas objetivas e reais que ocorrem entre os atores sociais envolvidos com a formação médica, que são as forças atuantes que disputam e definem o sentido do projeto institucional da escola médica.

Ainda com um efeito de reforço positivo do que está sendo vivenciado, são propostas categorias explicativas que abordam justamente a dimensão pedagógica que está sendo vivenciada pelos atores sociais, e que deve ser objeto dos mesmos em suas intervenções na realidade.

Nesse sentido, é formulada uma proposta para o processo de gestão que considera os problemas levantados fundamentais na introdução de mudanças na cultura organizacional, no sentido de instituir princípios de uma gestão contemporânea, visto que, o modo de realizá-la é considerado tradicional pela teoria em uso.

Dessa forma, percebemos que os enunciados vão sendo manipulados de forma a transformá-los em reflexões mais organizadas e sistematizadas. O efeito que essa condução discursiva reflete, a partir das análises dos documentos produzidos pela CINAEM, é a sensação de que sobre a formação do médico já foi dito tudo. Essa impressão discursiva é construída a partir da percepção de regularidades nos documentos analisados, remetendo-nos à sensação de pobreza dos enunciados e uma finitude do discurso. Essa sensação corrobora com um dos princípios próprios da produção discursiva, explicitado por

FOUCAULT (2000, p.138), o princípio de raridade, que coloca que “nem tudo é sempre dito”.

Apresentaremos, na sequência, mais um exemplo da forma como são manipulados os objetos na formação discursiva em questão, a partir da observação de como foi construído o conhecimento sobre “o processo de formação”.

Novamente, em espaço de oficina foi ofertada uma matriz teórica a partir da qual o debate foi desenvolvido de forma a conectar os enunciados oriundos dos participantes em linhas explicativas. Para isso, foi utilizada uma ferramenta denominada Fluxograma Analisador, que “consegue descrever as variáveis internas e externas que, na interação com a grade curricular, define o fluxo do processo de formação, com suas etapas, seus produtos intermediários e seu produto final – médico recém-formado” (CINAEM, 1991-1997, p. 92). .

A figura abaixo ilustra a forma como o discurso articula os vários enunciados da rede conceitual “processo de formação”, trazendo para sua matriz os enunciados coletados nas oficinas de trabalho.

É por intermédio destes procedimentos de reescrita que o discurso vai tomando novos formatos estéticos e produzindo novos sentidos, pois, à medida que é possível ordená-los em formas explicativas, inclusive com elaboração de diagramas, vai se construindo uma leitura da realidade, a qual inclui em seu discurso as falas dos participantes. Por meio delas, é possível a identificação deles com o que está escrito, percebendo nestes a presença de suas próprias falas, como protagonistas do que aconteceu.

Este efeito pode ser perceptível pela seguinte síntese escrita pelos relatores dos grupos de discussão, ocorrida no V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, realizado em Porto Alegre, em 1995, ao reunirem a visão dos participantes do congresso sobre o Projeto CINAEM em um só texto:

Processo nacional de avaliação contínua e permanente, construída coletivamente pela comunidade acadêmica e por outros atores ligados às políticas de saúde, que utiliza parâmetros metodológicos subsidiadores de práticas transformadoras das Escolas Médicas. Respeitando sua singularidade e realidade social, visando uma

formação integral em medicina, sintonizada com as demandas sociais existentes (CINAEM, 1995).

Com esse repertório, é introduzida no discurso a idéia de “transformação”, que se tornará o principal eixo narrativo a partir do qual a CINAEM passará a amarrar a rede de significados e de explicação da terceira fase.

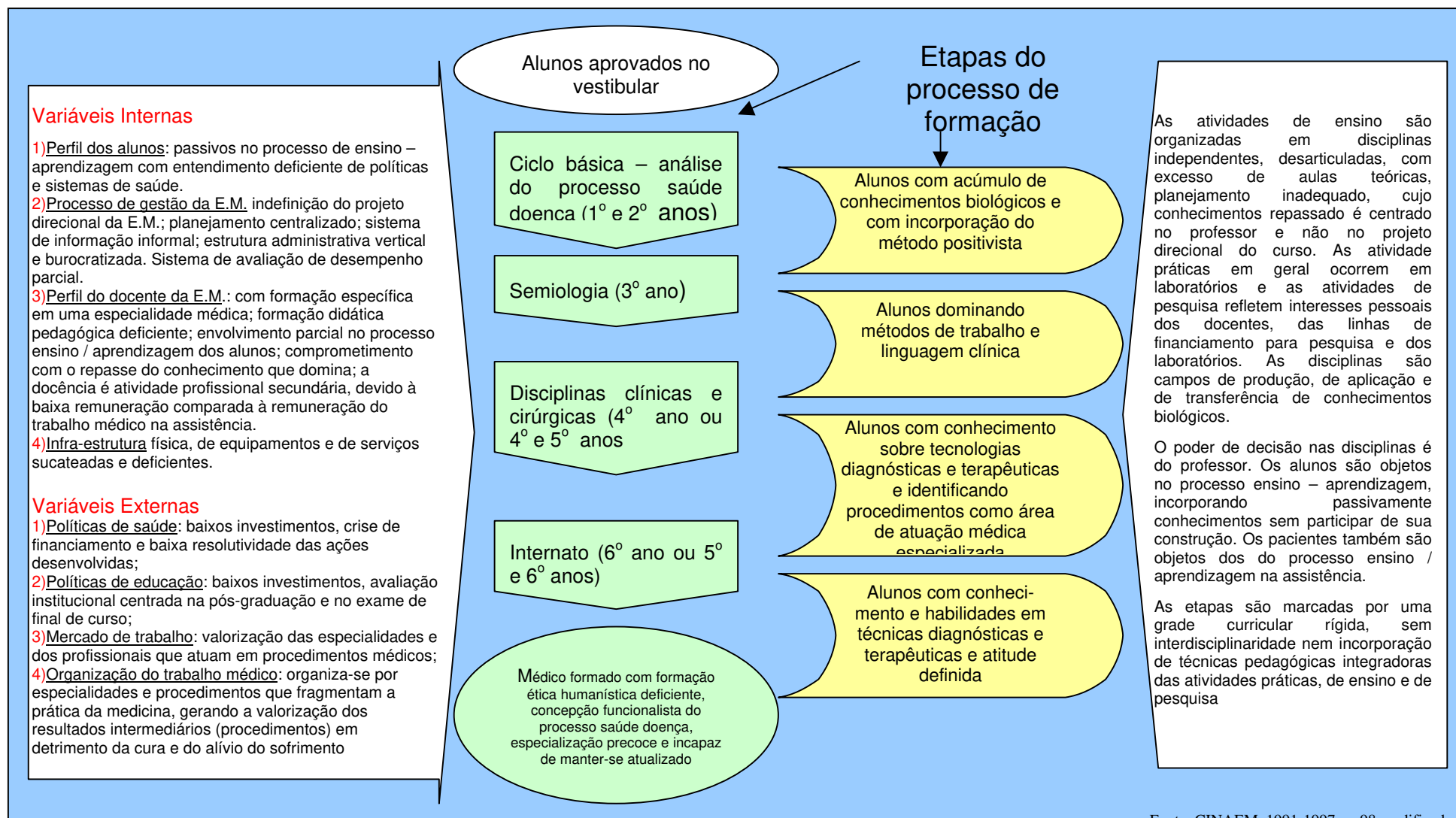


Figura 17- Estrutura Curricular das EMB's na Situação Inicial

3.3.3.3- A Terceira Fase

3.3.3.3.1- A Construção Política da Terceira Fase

Para que possamos compreender o contexto político no qual os resultados da segunda fase foram divulgados e seus desdobramentos – a terceira fase – tanto no campo político quanto no campo discursivo, faz-se necessário historiar brevemente o contexto sobre o qual se desenvolveu esta fase.

Nesse sentido, na saúde, a partir da mobilização do Movimento Sanitário desde a aprovação do SUS, na constituição de 1988, desencadeou-se um processo de profundas mudanças: a extinção, em 1993, do INAMPS, a progressiva descentralização do SUS e a implantação do Controle Social em nível municipal, estadual e federal.

Nesse bojo, surge como uma das estratégias de implantação do SUS, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF), projeto que passa a ser a principal bandeira do Ministério da Saúde durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este, por sua vez, reunia em sua formulação tanto a crítica elaborada pelo Movimento Sanitário sobre o modelo de atenção a saúde – centrado na doença, hospitalocêntrico e com inserção fragmentada e especializada do médico, quanto idéias que o atrelavam a proposta de “cesta básica de saúde” formulada pelo Banco Mundial e sugerida como a política de saúde possível para os países do terceiro mundo (MEHRY & BUENO, 1998; SADER, 1990).⁷⁷

Em paralelo, com a implantação do SUS amplia-se também o Sistema Suplementar de Saúde, que reunia no mercado livre de serviços de cura as operadoras de planos de saúde, de medicina de grupo, de autogestão, as seguradoras de saúde e as cooperativas médicas, sistema historicamente regulado pelo próprio mercado, que sofre intervenção do Estado através da criação de uma agência reguladora estatal, implantada no governo FHC, a Agência Nacional de Saúde (ANS).

⁷⁷ SALUM 1999 *apud* SADER, 1990

Na agenda da saúde, abre-se também o debate sobre a necessidade de requalificação dos recursos humanos como uma estratégia de implantação do SUS, presente na própria legislação que o regulamenta, na qual dava-se destaque à necessidade do SUS realizar a ordenação dos recursos humanos, o que pode ser percebido no Art. 27 da Lei 8.080:

a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento aos seguintes objetivos: I – Organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoas (AMARAL, 2002).

O desenvolvimento desta política pelo estado sofreu forte influência da proposta de implantação do PSF, visto que foram criados Pólos de Saúde da Família em todas as regiões do Brasil, com a função de integrar os serviços de saúde e a universidade, no sentido de incentivar a formação de profissionais adequados ao PSF e a realização de educação permanente dos profissionais dos serviços para implantação do PSF.

Concomitantemente, nesse mesmo período, dentro do ensino superior, o Decreto 49/91 determinou que a abertura de novos cursos da área de saúde, incluindo as universidades, teriam que receber parecer favorável do Conselho Federal do Ensino e do MEC. Contudo, apesar de estar presente na legislação uma política de controle sobre o ensino superior, sobre a abertura de cursos, começaram a ocorrer denúncias de fraude nos processos de credenciamento dos cursos superiores. Em resposta, por um lado, à pressão interna na mídia nacional e, por outro, para adequar-se ao formato neoliberal⁷⁸ do Estado, ocorre, principalmente a partir de meados da década, grande movimentação do Estado no sentido de intervir no desenho das políticas setoriais. Tal situação culminou com a extinção do Conselho Federal de Educação (MPV 661/94) e criação do novo Conselho Nacional de Educação, bem como com a instituição do Exame Nacional de Cursos/ENC (Lei 9.135/95) – que ficou conhecido como provão (AMARAL, 2002).

⁷⁸ A proposta neoliberal para o ensino superior atende às idéias presentes no Relatório do Banco Mundial, lançado em 1991, onde foi proposta a certificação profissional – projeto que, aliás, “mantém íntima relação com a iniciativa do Conselho Regional de Medicina de São Paulo e com o projeto de lei apresentado no Senado Federal no ano de 1992, propondo também a instituição de um Exame de Estado para todos os concluintes do Ensino Superior” (AMARAL, 2002, p. 53).

Portanto, os anos 90 são marcados por políticas estatais paradoxais. Isto é, enquanto na saúde ocorrem profundas mudanças no Brasil, no sentido de implantar o sistema público de saúde, impulsionadas pelos movimentos sociais, através da implantação progressiva do SUS e a luta incansável pela garantia a saúde como estado de direito, no ensino superior desenvolveu-se uma política de sucateamento do ensino público e de transformação da educação superior em mercadoria, que deveria ser comprada no competitivo mercado livre de ensino superior, estando o estado apenas no papel de regulador.

O predominante papel regulador do Estado pode ser percebido pela adoção parcial das propostas apresentadas pelo Banco Mundial ao governo brasileiro em 1991, onde se sugere como propostas de reformulação do ensino superior que:

as IES federais deveriam ter maior autonomia para gerir seus próprios orçamentos, contratar e demitir pessoal; o Conselho Federal de Educação deveria tornar-se uma agência de efetivo controle do crescimento do ensino superior. O CFE deveria simplificar e tornar mais transparente sua supervisão das IES privadas; os recursos para as IES deveriam ser alocados em função do custo mediante o aumento das matrículas ou a redução do pessoal; as IES federais deveriam cobrar taxas como meio de aumentar a eficiência e a equidade; (...) a criação de um sistema de exames de certificação profissional para poucas profissões, as que afetassem o bem-estar público, como a medicina e o magistério. Tais exames deveriam ser conduzidos, de preferência, por instituições privadas sem fins lucrativos (CUNHA, 1997, p. 27 e 49)⁷⁹.

Além deste paradoxo, há um desencontro entre as políticas dos dois ministérios. Se, por um lado, o MS prevê que a aprovação de abertura de novos cursos na saúde deve ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, por outro, o MEC os autoriza, à revelia da LDB que prevê, para os cursos da saúde, autonomia relativa das IES para criá-los; várias instituições tiveram autorização para a abrirem seus cursos na saúde “apesar de inúmeros pareceres em contrário e de legislação complementar que impede essa abertura” (STELLA, 1999, p. 27).

⁷⁹ AMARAL, 2002 *apud* CUNHA, 1997, p. 27 e 49.

Dessa forma, é nesse cenário de disputa⁸⁰ pelo controle das políticas públicas para a saúde, para a educação médica e para o ensino superior que se estrutura o campo de força dentro do qual são desenvolvidas a segunda e a terceira fase do projeto CINAEM.

Portanto, as entidades que a compõem vão disputar espaço na condução destas políticas, tendo como principais bandeiras: a não abertura de novas escolas médicas, a manutenção da prática médica como liberal, a avaliação da escola médica nos moldes da CINAEM e sob a gestão da cooperação e a regulação do ato médico. Nessa sentido, a comissão torna-se um fórum privilegiado de articulação do movimento médico, tanto do ponto de vista político, quanto do ponto de vista discursivo, visto que a CINAEM fornecia argumentos já legitimados para a disputa dos projetos.

Com isso, dentro do critério que a comissão tem adotado para delimitar suas fases, encerra-se outra etapa da avaliação, e passa-se a desenvolver o projeto para a próxima. Assim, já no XXXV Congresso Brasileiro de Educação Médica, de Uberaba, em 1997, no VII Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, é apresentado o “Projeto CINAEM: Transformação do ensino médico no Brasil: um processo coletivo de construção do novo”. Consideramos, portanto, este evento o marco histórico que inaugura a III Fase. Entretanto, assim como ocorreu com a transição entre a primeira e segunda fase, aqui também, do ponto de vista do processo social, os resultados da segunda fase são amplamente divulgados durante quase a totalidade da terceira fase.

Contudo, podemos pensar que a terceira fase apresenta pela menos dois momentos distintos: o primeiro, que se inicia com a apresentação de uma primeira proposta no congresso de Uberaba em 1997 e que vai até o início dos trabalhos de fato, isto é, a realização da primeira oficina com as escolas médicas; o segundo, que se inicia com esta e estende-se até a divulgação dos resultados da terceira fase, em agosto de 2000. Este primeiro momento é caracterizado por ser o momento da repactuação das entidades em torno do projeto a ser desenvolvido.

⁸⁰ É em plena disputa das entidades médicas com o MEC que são apresentados oficialmente os resultados do projeto CINAEM, segunda fase. Isto é, em julho de 1997, em ato público realizado no CFM, que reuniu as escolas médicas – as 48, que foram avaliadas, como as que não foram. Nesse evento foi entregue solenemente para os ministros da saúde e da educação o relatório geral, e para as escolas os seus respectivos relatórios individuais.

O segundo momento desta fase pode ser caracterizado como um momento de grande articulação em torno do projeto CINAEM, envolvendo as entidades que compõem a própria comissão – que intensificaram a divulgação da CINAEM para suas filiadas, isto é, Conselhos Regionais de Medicina, Sociedade de Especialidades, centros e diretórios acadêmicos das escolas médicas e de outros cursos, diretorias e congregações de escolas médicas. Nesse sentido, foram utilizadas várias estratégias de divulgação: criação do boletim da CINAEM, divulgação da CINAEM nos jornais das entidades, participação em eventos das sociedades e eventos em escolas médicas.

Para realização desta fase, a CINAEM manteve sua estratégia de realização de oficinas de trabalho que contaram com uma grande participação das escolas médicas, com adesão oficial de 60 escolas. Foram realizadas três oficinas de trabalho em 1999:

- primeira, realizada em maio, em Campinas, com o tema Preparando a Transformação da Educação Médica;
- segunda, realizada em agosto, no Rio de Janeiro, com dois grupos de trabalho que discutiram o “Processo de Formação e Docência Médica Profissionalizada”;
- terceira, realizada em outubro, com dois grupos de trabalho que discutiram “Avaliação Transformadora” e “Gestão da Escola Médica”.

Desta forma, o ano de 1999 foi descrito pelo discurso da CINAEM como “o ano de capacitação, elaboração coletiva e testagem de instrumentos” (CINAEM, 1998c).

Em concomitância com essa agenda de produção sobre a transformação do ensino, a CINAEM inicia, na reunião realizada em fevereiro de 1999, o debate no interior da comissão sobre a criação de um Comitê, juntamente com o Ministério da Educação e Ministério da Saúde, para regular as políticas de formação de recursos humanos em medicina no Brasil (Ata da CINAEM, 01 e 01/02/99). Em junho, a comissão propõe a realização do Seminário Internacional sobre Certificação Institucional e Profissional, que foi aprovado, sendo realizado em maio de 2000.

Atreladas a esta agenda, a CINAEM discutiu também as diretrizes curriculares para os cursos de medicina, desencadeadas pela SESu/MEC desde 1997, quando publicou o Edital nº 4/97,⁸¹ que convocou as IES a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação. Este documento sugeria que os vários segmentos – IES, associações, conselhos e sindicatos profissionais – se mobilizassem para produzir uma proposta de consenso, o que de fato ocorreu através de convocações, discussões realizadas e estimuladas via suas próprias instâncias das IES, Pró-reitorias e conselhos de ensino. Nessa mobilização, as escolas médicas solicitaram, no início de 2000, à ABEM apoio e encontros para unificar a suas propostas. Nesse ponto, a CINAEM traz para dentro de sua agenda este debate, e decide pela formulação de uma proposta de diretrizes da comissão e uma unificação desta com outros segmentos médicos que também estavam debatendo o tema.

Interessante observar que, para a comissão, há uma relação entre a abertura de novas escolas médicas e esta proposta: “a discussão sobre abertura de novas escolas médicas dá-se por falta de diretrizes curriculares e critérios de avaliação ultrapassados” (Ata da CINAEM de 22 e 23/11/99). Entende também que “essa formulação deve ser um processo produtor de uma política formuladora, de discussão num espaço interno [da comissão], com recomposição das agendas para 2000 e consolidação de espaço político” (Ata da CINAEM de 22 e 23/11/99).

Por fim, a comissão entendeu

que atualmente há uma demanda global, política de reformulação da educação médica brasileira, de uma proposta futura sobre certificação e acreditação profissional e sobre a abertura de novas escolas, e que tendo em vista os acontecimentos, a comissão deve ter um posicionamento oficial junto aos órgãos do governo nesses assuntos (Ata da CINAEM de 22 e 23/11/99).

Portanto, concebe estas agendas políticas de forma imbricada entre si, e compondo uma mesma política para o ensino superior, como também importantes do ponto

⁸¹ Este edital compõe, junto com a proposta do Exame Nacional de Cursos, o projeto do governo, para atender as determinações da LDB da Educação que determina a substituição do antigo currículo mínimo para os cursos superiores pelas novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores (Edital nº 4/97 da SESu/MEC)

de vista da legitimação do projeto da CINAEM como uma referência tanto para pensar as diretrizes curriculares, como para pensar critérios de avaliação das escolas médicas e aberturas de novas escolas. Sendo assim, concebe o projeto da III terceira fase tendo em vista a contribuição que este deveria dar em relação à reformulação das escolas médicas e das políticas para o ensino superior.

Do segundo semestre de 1999 a até fim de 2000, a comissão intensificou sua disputa com o MEC em relação ao Provão, tendo inclusive publicado matérias nos vários jornais das entidades. Em seu boletim, as entidades analisam o impacto do Provão.

A ANDES fez sua intervenção, perguntando qual a finalidade do Provão, apontando que, se ele pretendia fechar escolas em funcionamento inadequado, isto não ocorreu, se pretendia redirecionar o financiamento do ensino superior, isto não ocorreu, pois o MEC mantém a política de sucateamento das IES públicas e mantém o investimento nas privadas vias BNDES. Portanto, conclui que um possível impacto seria uma inversão em médio prazo do ranking, com as escolas públicas paulatinamente piorando a qualidade do ensino, isto é, significando que o Provão é apenas uma fachada para ocultar a política de desmonte do ensino público que ocorre através “do balcão de negócios privados em que se tornou o Conselho Nacional de Educação”⁸², (MACHADO, 2000, p. 4).

O CFM denunciou que o Provão revela-se insuficiente, particularmente para área de Medicina; para além dos conhecimentos cognitivos, é necessário avaliar habilidade e atitudes. Além disso, denunciou que este vem sendo implementado sem que nenhuma proposta de mudança seja adotada pelo governo com base nas avaliações já realizadas; que é injusto, pois avalia somente o aluno do último ano, que fica sem possibilidade de recuperar ou aperfeiçoar conhecimentos e que, “ao mesmo tempo que [a política oficial] externa preocupação com a qualidade do ensino superior, o governo permite a abertura de novas escolas médicas sem a menor necessidade social, que carecem das mínimas condições de infra-estrutura” (PARIZI, 2000, p.4). A DENEM partilha das opiniões já citadas, destacando ainda que o provão é perverso, pois induz à desvalorização de um processo transformador dentro da escola médica. Questiona: “(...) o que representa acreditar

⁸² No início do ano de 2000 a imprensa denuncia “as falcatuas do Conselho Nacional de Educação e suas relações perigosas com cartéis do ensino privado no Brasil” (MACHADO, 2000).

escolas, a que isso leva ou deveria levar e quem tem uma legitimidade construída para poder fazê-lo” (PINTO, 2000, p. 5). A APM defende uma intervenção rápida no ensino médico que deveria ser realizado por meio dos instrumentos da CINAEM (AMARAL, 2000, p. 5). O CREMESP, além de alinhar-se com as opiniões já expostas, destaca que o CINAEM, é a única Organização Não Governamental que tem que tem um projeto que pode fazer frente ao Provão. Denuncia que o MEC toma de empréstimo alguns instrumentos da CINAEM, mas não a inclui oficialmente como ator desse processo e que a classificação que foi feita pelo Provão apresentou uma avaliação distorcida da realidade, tendo em vista que muitos artifícios foram utilizados pelas escolas para prepararem os alunos para a prova (COUTINHO, 2000, p. 5). O CREMERJ alinha-se com as demais, acrescentando que o Provão banalizou a avaliação e denuncia que esta fica sub-judice visto que o ministro da educação é cotado como candidato a presidente da república (ROMANO, 2000, p. 5). Por fim, a ABEM, como todas as demais, tece críticas, destacando o caráter normativo, arbitrário e não criterioso do Provão, visto que utiliza resultados de uma prova com baixo poder discriminatório, desvio-padrão pequeno e médias muito próximas para classificar escolas, levando a uma distorção dos resultados e a julgamentos suspeitos de validade técnica (STELLA, 2000, p. 5).

A questão da abertura de novas escolas médicas compõe uma agenda histórica da corporação médica, que ganha progressivamente maior volume discursivo conforme vão sendo criadas novas escolas médicas. Nesse sentido, na década de 90, muitas são as autorizações, saltando de 80 para mais de 100 escolas em 10 anos.

Um terceiro tema, não menos polêmico, nem muito menos desvinculado dos outros dois, é a instituição de forma geral, de uma política para as instituições de ensino superior de acreditação institucional, imediatamente atrelada à agenda de certificação profissional, cujo Provão, o Exame de Ordem dos anos 90, representa o posicionamento dos atores em relação à regulação profissional.

Por fim, numa perspectiva de enfrentamento tanto da crise da saúde, como da crise da educação médica e do ensino superior, as propostas desenvolvidas, debatidas e implantadas são elaboradas sob a égide de uma necessária transformação dessa realidade, seja através da transformação das políticas de financiamento das instituições de ensino e

saúde, seja através da adequação dos profissionais da saúde aos objetivos das políticas em desenvolvimento.

Portanto, uma agenda de fundo, a partir do qual e sobre o qual falará o CINAEM, versa necessariamente sobre estes quatro temas. Podemos dizer que estes compõem, juntos, uma regularidade do discurso da educação médica, e, portanto, da CINAEM.

É perceptível que o discurso da CINAEM ganha relevância para as entidades como capital político e cultural, sendo o principal argumento das mesmas para se contrapor ao projeto do governo federal e disputar uma posição de maior poder para intervir no sentido das políticas para educação e de saúde. Além disso, ao observar o posicionamento das entidades, podemos inferir que há uma proximidade entre as elas e uma coesão em torno dessas agendas, o que beneficiou o desenvolvimento da terceira fase, contribuindo para que houvesse uma ampliação da participação tanto das escolas médicas – docentes, discentes e seus dirigentes – como das próprias entidades médicas e de outras instituições envolvidas com pesquisa em educação médica. Portanto, esta fase é marcada pela ampliação da mobilização em torno do ensino médico, pela incorporação de consultores nacionais e internacionais, de planejamento e educação médica, à Equipe Técnica Central e pela entrada do CONASEMS representando os interesses dos sistemas de saúde.

Neste aspecto, a CINAEM fortalece-se no cenário nacional como uma referência para a formação médica, ao lado da Rede UNIDA, passando a ganhar valor de uso tanto para as escolas médicas como para as entidades.

Vale destacar a potencialização recíproca de mobilização e produção que ocorreu em decorrência da aproximação e do trabalho conjunto entre a CINAEM e a Rede UNIDA, durante a segunda e terceira fases, quando o conjunto das escolas médicas, no projeto UNIDA, teve sua participação na CINAEM potencializada, tendo em vista que o Projeto UNI as colocava, em relação às demais escolas médicas brasileiras, em condições privilegiadas, visto que o projeto Uni trazia no seu bojo um investimento financeiro na instituição, condicionado à adesão e implantação da proposta de mudança da escola médica

apresentada no ideário Uni e atrelada ao apoio teórico representado pela participação ativa, dentro destas escolas médicas, de consultores internacionais.

Tal situação colocou estas escolas em posição de vanguarda no processo, tanto pela maior possibilidade de as mesmas assumirem a agenda proposta pela CINAEM institucionalmente, como pela maior possibilidade de ser envolvidos maior número de docentes.

Por outro lado, para a CINAEM a participação da Rede UNI possibilitou o desencadeamento das oficinas da segunda fase, a criação de possibilidades reais de projetos de mudanças nas escolas médicas que dentro deste processo acabaram por se tornar referência de mobilização institucional para as demais escolas médicas do Brasil.

3.3.3.3.2- Novas Regularidades

A CINAEM desenvolve seu trabalho até a segunda fase sob a égide da avaliação, que passa a ser o tema central sobre o qual a comissão desenvolve sua narrativa.

Contudo, é possível perceber a introdução, a partir da Terceira Fase, de enunciados que instauram uma narrativa em torno da temática “transformação do ensino médico”, que é apresentada como o mote principal do projeto. Atrelada a esta idéia, aparecem outras duas: “um processo coletivo” e a “construção do novo”. Anunciam-se com isso, outras regularidades.

Nesse sentido, o discurso realiza uma recuperação dos enunciados produzidos na primeira e segunda fase para tecer uma conexão textual entre avaliação e transformação. Esta passagem é operada a partir de quatro eixos: o que foi feito? O que se sabe? Qual a situação atual? O que se pode fazer? Estes vão compor uma rede conceitual explicativa sobre o resultados dos trabalhos da CINAEM que encadeiam uma lógica sequencial de argumentos através da sucessiva aproximação entre avaliação e transformação, conforme ilustra a Fig. 17.

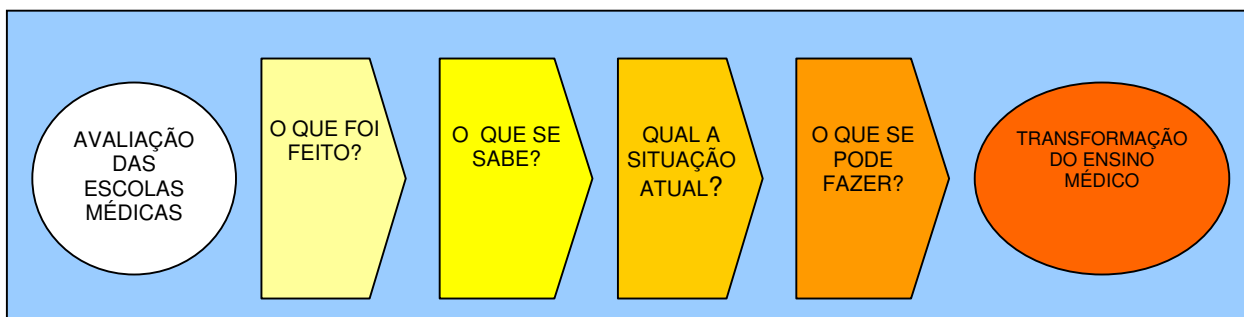


Figura 18 – Da Avaliação para a Transformação

Primeiramente, em resposta a “o que foi feito”, apresenta o resultado do trabalho da CINAEM dos últimos oito anos, com uma síntese que versa inicialmente sobre o movimento social desenvolvido, reafirmando que a unidade das entidades em torno do projeto e a participação ativa e crescente de docentes e discentes das escolas médicas possibilitou “a superação de resistências, internas e externas, explícitas ou veladas, ao projeto, tornando-se uma conquista destacada deste processo” (CINAEM, 1998b, p.5). Ressalta também um desenvolvimento científico, isto é

(...) desenvolvimento de métodos, técnicas e instrumentos (...) capazes de responder cientificamente às demandas de avaliação do projeto e de estimular o comprometimento solidário dos atores sociais envolvidos que representou um salto de qualidade inédito entre os cursos universitários do país (CINAEM, 1998b, p.5).

Afirma, contundentemente, que houve a construção de uma nova consciência coletiva do ato de avaliar, isto é, as escolas médicas do Brasil são avaliadas “com consistência e profundidade, adotando-se delineamentos cientificamente consolidados” (CINAEM, 1998b, p. 5), sendo que seus resultados “não são utilizados para classificar ou punir e sim para estimular a transformação necessária frente às demandas sociais contemporâneas” (CINAEM, 1998b, p. 5).

É neste momento discursivo que se começa a introduzir o novo objeto, “a transformação”, que aparece adjetivada como uma necessidade já dada, isto é, identificada como uma consequência natural da leitura científica da realidade, produzida pela pesquisa-

ação. Dentro desta idéia, ressalta que o processo até então desenvolvido é marcado pela “participação coletiva”, pelo “princípio de desequilíbrio da ordem estabelecida” e pela “construção do novo”. Percebemos no discurso a referência a uma transformação, isto é, alterar uma ordem já dada em direção ao que está sendo significado enquanto “o novo”.

Essa idéia do “novo”, simbolicamente tem a possibilidade de ter como efeito a produção no imaginário social de uma identidade comum de vanguarda tanto política como científica. Isto pode representar um ganho de capital simbólico, visto que, para ser de vanguarda é necessário o consumo de produtos valorados na cultura hegemônica como distintos. Nesse sentido, dentro do *habitus* científico, são os produtos “novos e inéditos” produzidos pelo método científico que têm o efeito de produzir uma distinção do grupo que os detêm, visto que o capital cultural que estrutura o campo científico, é justamente o envolvido na produção de verdades científicas.

Essa posição, que a CINAEM assume no jogo, pode ser percebido na narrativa que estabelece uma relação entre a CINAEM e o Provão, como ilustra o trecho extraído do jornal do CREMESP:

Na agenda ministerial, a área da medicina deverá realizar o Provão em meados de 1999, sem levar consideração que esse e outros instrumentos já foram utilizados pela CINAEM, formando um conjunto de dados sobre as escolas médicas brasileiras, cujas informações foram repassadas ao ministro da Educação em julho de 1997. Portanto, as escolas médicas estão um passo adiante, discutindo modificações em seus modelos pedagógicos e currículos, para formar profissionais com um perfil mais adequado às demandas da sociedade (PARIZI & MONTELEONE, 1999, p. 5).

Na expressão “um passo adiante”, revela-se esta posição de vanguarda presente no discurso. Para reforçar nossa percepção da posição que a CINAEM disputa no campo, isto é, uma condição de autoridade portadora de um saber novo, trazemos um relato presente no Jornal do CREMESP sobre a opinião emitida pelo ministro da educação sobre a CINAEM: “o próprio ministro da Educação reconhece a CINAEM como uma ‘ressonância magnética’, enquanto o Provão seria apenas um mero termômetro do ensino” (STELLA,

1999). Nesse mesmo jornal, a DENEM se manifesta, afirmando que a CINAEM é superior ao Provão.

Ao responder “o que se sabe”, o discurso concebe a primeira fase como um primeiro diagnóstico, que é “ratificado” pelos resultados da segunda fase, de forma que são confirmadas algumas hipóteses referentes à grande importância dos recursos humanos docentes e o modelo pedagógico das escolas médicas na determinação da adequação do médico formando. Além disso, a segunda fase revela um novo objeto, a gestão da escola médica, que emerge atrelado ao diagnóstico de uma “**estrutura político administrativa** centralizadora, pouco eficiente e pouco eficaz; uma **estrutura econômico administrativa** sem autonomia, pouco ágil e insuficiente frente as necessidades básicas das instituições” (CINAEM, 1998b, p. 5 – grifo do original).

Portanto, o discurso vai desenhar seus próximos passos na comissão por meio da validação dos mesmos nas verdades científicas produzidas pela segunda fase. Nesse sentido, estamos chamando de verdades científicas os enunciados afirmativos que descrevem as categorias estudadas pela CINAEM:

- 1 - Com relação à formação do corpo docente observou-se que a formação no nível da pós-graduação “senso estrito” é rara entre os professores médicos, o regime de trabalho dominante é o de 20 horas (ou menos) semanais, as atividades de pesquisa e administração são prerrogativas de poucos docentes e a produção acadêmica é discreta.
- 2 - A remuneração da docência médica está abaixo da realidade do mercado de trabalho médico.
- 3 - A atividade da docência é uma atividade secundária no exercício profissional do médico, que na grande maioria exerce outras atividades relacionadas ao trabalho profissional que são de maior remuneração do que a atividade acadêmica.

- 4 - Com relação ao processo de formação instituído na escola médica, percebe-se que ocorre de forma predominante a transferência unidirecional e fragmentada de informações (mais teoria e menos prática), com profunda dicotomia entre os conhecimentos básicos e profissionalizantes. As avaliações de aprendizagem são de caráter terminal, coercitivas, centradas na memória, sem contemplar as habilidades e atitudes na aplicação do conhecimento.
- 5 - A Gestão da Escola Médica aparece como centralizadora e reprodutiva e desempenhada por docentes formados na própria Escola, sem formação específica para a função e satisfeitos com a estrutura vigente da instituição.
- 6 - Com relação a aquisição de conhecimentos durante o processo de formação, os formandos demonstraram um crescimento cognitivo lento durante o período de graduação e um resultado final aquém do desejável.
- 7 - Os resultados desta fase, ao serem relacionados, demonstram que a formação do docente em termos de pós-graduação “estrito senso”, bem como o regime de trabalho de 40 horas e em regime de dedicação exclusiva, estiveram associados a um melhor desempenho do docente e este a um melhor crescimento cognitivo dos alunos (CINAEM, 1999a).

Esses sete enunciados, como verdades aceitas, compuseram a rede explicativa, que se respondia ao que se podia fazer. Isto é, destas verdades emergiram os objetos da terceira fase, as cinco linhas de ação: a “Avaliação Transformadora”, a “Docência Médica Profissionalizada”, a “Gestão Transformadora da Escola Médica”, o “Novo Processo de Formação na Escola Médica” e a “Avaliação do Processo”. Para desenvolvê-las, parte do diagnóstico para justificá-las, e da Situação Objetivo desenhada na segunda fase para direcionar o significado de uma docência que seja profissionalizada, de uma gestão e uma avaliação que sejam transformadoras e de um processo de formação que seja novo.

É perceptível que “o novo” e “a transformação” são regularidades do discurso da terceira fase, e vão desenhar uma narrativa que discorre sobre uma teoria da ação social.

Neste aspecto, é depreensível no discurso um entendimento sobre a transformação, situado dentro um contexto social complexo, como ilustra o enunciado:

(...) o pleno desenvolvimento das transformações **estruturais dos cursos de medicina**, passo fundamental para a formação de um **médico** adequado às demandas sociais contemporâneas, dependerá de ações governamentais efetivas, capazes de apoiá-lo e financiá-lo, principalmente nas universidades públicas. Portanto, a Cinaem deverá apoiar a interlocução das escolas médicas com o governo, na busca do apoio necessário à transformação do ensino médico no país. Recursos disponíveis nas agências financiadoras nacionais e internacionais deverão ser buscados eficazmente pelas escolas e a CINAEM, no intuito de viabilizar o projeto. (CINAEM, 1998b, p.8 – grifo do original)

Ainda dentro do entendimento sobre a dinâmica social na qual está inserida a escola médica, a comissão define em seu discurso um posicionamento novo que deverá adotar a escola médica em relação às políticas de saúde e a sua inserção no sistema de saúde:

a **escola médica** deverá assumir, por coerência, um papel relevante e diferenciado no **SUS** locoregional, não só no que diz respeito aos **cuidados curativos e preventivos**, mas fundamentalmente nas maneiras de **planejar e administrar** a sua implantação e consolidação. Seu papel também deverá ser destacado na produção de **novos conhecimentos** (pesquisa), que respondam satisfatoriamente os questionamentos operacionais e estruturais que surgem na prática cotidiana. As estratégias de ampliação da inserção no SUS pelas diferentes escolas levarão em conta suas peculiaridades – públicas e particulares, grandes e pequenas – e serão discutidas ao longo da terceira fase. De qualquer maneira, a inserção das escolas no SUS não deverá ser de atrelamento ou dependência, mas de mútua cooperação e solidariedade (CINAEM, 1998b, p. 8 – grifo do original).

Nessa fase do discurso, percebemos que os enunciados que conectam o SUS e a escola médica versam sobre uma transformação da realidade atual das relações objetivas entre ambos, produzindo uma idéia de que a aproximação, da forma como está explicitada acima, é considerada como uma alteração fundamental que o projeto CINAEM deverá operar para desenvolver as mudanças pretendidas.

A comissão vai desenhar seus passos de atuação embasados na leitura da realidade realizada na segunda fase, considerando que as mudanças necessárias na escola médica são um processo complexo, que deve ser desencadeado paulatinamente a partir de intervenções que desencadeiam processos internos em cada escola médica. Nesse sentido, considera que a “o ato de **avaliar** mobiliza as pessoas e **modifica** o comportamento de quem é avaliado”, considerando, portanto, que a introdução de instrumentos de avaliação “transformadores” podem ser capazes “de aglutinar docentes e discentes em torno de uma reflexão estruturada sobre a prática cotidiana e conseqüentemente, imprimir **transformações** nesta” (CINAEM, 1998b, p 11, grifos do original). Desenha como forma de introduzir uma transformação na realidade, “utilizar a **Avaliação Transformadora** como a primeira linha de ação a ser desencadeada no **Projeto de Transformação do Ensino Médico**” (CINAEM, 1998b, p.11).

Considera que também seria necessário, para que fosse possível realizar o que está propondo, um trabalho concomitante de formação com os docentes, o que seria desencadeado pela linha de ação denominada Docência Médica Profissionalizada.

Com essas duas intervenções, esperaria ter como resultado que “um número maior de docentes passe a viver o cotidiano da Escola Médica sob uma nova perspectiva”, o que possibilitaria que fossem reveladas novas necessidades que, por sua vez exigirão planejamento e gestão diferenciados para esta realidade. Isto possibilitaria a criação do momento de desencadear de forma estruturada a Gestão Transformadora da Escola Médica (CINAEM, 1998b, p.11).

Por conseqüência, seriam construídas as condições necessárias para que fosse desencadeada a implantação de um “Novo Processo de Formação na Escola Médica” e a implantação de Instrumentos de **Avaliação de Processo** que possibilitariam fazer um monitoramento das ações,

para que as transformações tenham seus resultados permanentemente acompanhados, evitando desvios de trajetória. Outro risco a ser evitado é o de se avançar além do necessário em iniciativas que não apontem resultados melhores do que as práticas de ensino tradicionais, o que, em algum grau, deverá ocorrer ratificando a necessidade de se conservar algumas destas estruturas (CINAEM, 1998b, p. 11).

Por fim, a comissão declara que este processo social como um todo

deverá mostrar-se capaz de formar um Médico adequado às demandas sociais contemporâneas e competente o suficiente para influir positivamente na implantação e consolidação de políticas de saúde de relevância social, como por exemplo o Sistema Único de Saúde (CINAEM, 1998b, p. 11).

Portanto, o desenho de toda a produção desta fase é construído a partir de duas idéias; por um lado aprimorar os instrumentos de relativos às várias dimensões do processo de ensino aprendizagem e, por outro, discutir e compreender com profundidade a realidade complexa que envolve a escola médica, sua estrutura, seus produtos e produzir conhecimento para presidir a ação no sentido de intervir no modo como ocorrem as relações sociais nas quais estão inscritos os processos da educação médica.

3.3.3.3.3 - A Metamorfose do Discurso

Após esta trajetória de análise, quando percorremos, em todas as fases, o modo como o discurso captura seus objetos e constrói seus conceitos e suas redes explicativas, identificamos na terceira fase um momento de metamorfose do discurso.

O termo metamorfose tem como significado a “mudança completa de forma, natureza ou de estrutura; transformação, transmutação” (HOUAISS, 20001, p. 1908). Em nosso caso, como estamos falando de um discurso – a formação médica no discurso da CINAEM –, podemos dizer que ocorreu, a partir de um certo ponto, uma reorganização estrutural do discurso, que se explicita a partir da narrativa de “um novo processo de formação”.

Nesse sentido, passaremos a analisar o ponto de mutação do discurso, a partir do qual se ergue uma nova concepção sobre o processo de formação, sobre a própria prática médica e sobre a organização do trabalho médico.

Essa sensação da ocorrência de uma metamorfose no discurso surgiu durante a análise do relatório final da terceira fase, quando observávamos a presença de novas regularidades – a transformação e a produção do novo como objetos do discurso – e o desencadeamento narrativo das linhas de ação. Durante a leitura do produto em torno das linhas de transformação – Avaliação Transformadora, Docência Médica Profissionalizada e Gestão da Escola Médica – percebíamos uma certa continuidade discursiva, isto é, um encadeamento progressivo de idéias que eram provenientes de aproximações sucessivas do objeto – a formação médica – isto é, do resultado da primeira e segunda fase da pesquisa que indicava, a partir das verdades que produzia, uma seqüência lógica de continuidade do discurso. A análise mostrou que, por exemplo, na primeira fase, a qualidade dos recursos humanos docentes era um fator determinante no desfecho da qualidade do produto final, o que levou a pesquisa a aprofundar o entendimento sobre os docentes das escolas na segunda fase e, a partir do que se revelou neste estudo, a propor uma linha de ação para profissionalizar a docência. Esta mesma seqüência de produção aconteceu com a gestão da escola médica e com a avaliação transformadora.

Quando iniciamos nossa leitura sobre “o novo processo de formação”, inicialmente tivemos um sentimento semelhante ao ocorrido acima também com esta linha de ação. Contudo, conforme fomos avançando na leitura, percebemos o aparecimento de outros conceitos – necessidades de saúde da população, o médico cuidador, autonomia, fator de exposição, entre outros – o que nos provocou um estranhamento, uma inquietação e um questionamento: como eles surgiram? O quê o aparecimento destes conceitos significa em termos da estrutura do discurso?

Numa primeira impressão, pairou sobre nossa análise uma sensação de quebra da monotonia do discurso. Até então, vínhamos percebendo que a manipulação dos enunciados ocorria dentro de uma estrutura do discurso – o modelo flexneriano, com seus objetos e conceitos – que impunha aos enunciados os seus objetos para serem analisados, falados, questionados. Isto produzia como resultado a circunscrição do discurso dentro dos

limites fixados pelo próprio modelo de formação, mostrando um efeito de ocultação sobre as relações de poder que definem quais são os objetos legítimos a serem considerados.

A emergência destes novos objetos revela o tensionamento a que foi submetido o discurso: dar respostas, que não eram formuladas nesse universo de enunciados permitidos pelo modelo vigente. Assim, é possível inferir a emergência de tensões discursivas que pressionaram estes limites controlados pelo modelo de ensino vigente e teceram pontos de fuga e ruptura.

Nesse sentido, vamos percorrer no discurso a trajetória desse tensionamento, bem como seus desdobramentos. Pode-se perceber o início deste tensionamento já nos resultados da segunda fase, quando algumas questões emergiram das constatações da pesquisa.

A primeira pista que encontramos, na retrospectiva discursiva que realizamos, foi no momento em que ocorre a constatação de que a Semiologia produzia um funil que filtrava quais seriam os conteúdos considerados no ato de significação do sofrimento humano:

A semiologia pode ser definida como instrumento de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na significação morfofisiológica do sofrimento e assegura a reprodução da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica. Não consegue, entretanto, articular os conhecimentos das ciências humanas, da saúde coletiva e da saúde mental, ministrado aos alunos do ciclo básico, de forma a construir uma significação psicossocial do sofrimento. A racionalidade biologicista estruturante da clínica impede que os alunos incorporem e legitimem estes saberes, propostos em novas disciplinas e/ou técnicas pedagógicas integradoras (CINAEM, 2000, p. 270)

Denuncia-se com isso a absoluta hegemonia dos conteúdos biológicos como campo de conhecimento utilizado para explicar, compreender e estruturar a intervenção sobre o processo saúde-doença. Identifica-se, portanto, ser a semiologia fundada na racionalidade técnica biologicista como o elemento do currículo que estrutura a linguagem

clínica (CINAEM, 2000). Assim, conclui-se que a concepção biologicista da prática médica e a organização do trabalho médico em especialidades mantém-se estruturalmente, isto é, produz-se e reproduz-se no modelo de ensino predominante na escola médica.

Nesta primeira pista, percebemos que se iniciava o debate sobre as formas de reprodução do modelo vigente, portanto inicia-se o desvelamento das estratégias institucionais de manutenção e reprodução de um determinado *corpus* teórico como hegemônico. Além disso, emergia no discurso um interesse crescente pelo papel que a linguagem tem na manutenção e reprodução da tradição do campo médico.

O ensino tradicional tem limitado a plena utilização do instrumental da semiologia no conjunto das especialidades médicas para a atividade de decidir, relegando-o muitas à condição de recurso secundário na tomada de decisão. Resgatar a potencialidade da semiologia clínica e ampliá-la com a agregação de outros instrumentos construtores de significados que permitem o aperfeiçoamento da interação médico paciente, é passo fundamental à consolidação da medicina contemporânea, assim como a agregação dos conhecimentos decorrentes do desenvolvimento da patologia foram fundamentais para firmar a clínica moderna (CINAEM, 2000, p. 45).

Como essa constatação começou a ser fomentada no discurso, colocar-se a necessidade de reformulação da semiologia. Contudo, após muitos debates, havia o entendimento de que, sem dúvida, esta transformação era fundamental, mas não era suficiente, o mesmo acontecendo com a introdução de novas técnicas pedagógicas, com a adoção de instrumentos inovadores na avaliação e na gestão. Tais proposições, apesar de responderem a vários problemas apresentados e descobertos pela primeira e segunda fases, não conseguiam dar resposta que desencadeasse uma ruptura com o modelo vigente. Mantinha-se circunscrito aos limites que este impunha. Contudo, apesar dessa limitação em produzir todas as respostas, estes temas passaram a tensionar, pela formulação de novas questões que pudessem romper essa *episteme* e direcionar a construção de outra nova, conforme é possível perceber no enunciado:

A incorporação de novas técnicas pedagógicas de forma isolada não é capaz de dar conta do desafio de transformar o ensino médico, no entanto, associada a redefinição do objeto do trabalho médico, a construção de um novo método de significação do sofrimento, que articule os vários campos de conhecimentos na abordagem das dimensões biopsicosocial do homem, e da reorganização do trabalho médico deverá tornar-se um recurso fundamental para a transformação (CINAEM, 2000, p. 39).

Neste aspecto, o resgate da história da medicina, proporcionou uma releitura da forma como essa tradição constituiu socialmente seus objetos, seus conceitos e suas intervenções e evidenciou que os objetos emergem para o discurso a partir de tensionamentos sociais, os quais clamam por satisfação de suas necessidades, que legitimam seus instrumentos e seus resultados. Essa reflexão permitiu a abertura de questionamentos até então interditados, isto é, questionamentos sobre o que parecia óbvio, mas que na verdade estava naturalizado nas relações sociais de produção da medicina. Nesse sentido, passou-se a perceber que no espaço social, onde o tema da formação médica ganhava visibilidade a partir da crise de legitimidade dos médicos e da crise da saúde, havia um tensionamento que falava sobre os resultados do trabalho médico versus os direitos dos pacientes em termos de saúde.

Eram perceptíveis novas estruturas discursivas nos anos 90, que faziam uma ruptura com as tradicionais explicações marxistas dos anos 70 e 80 para a crise na saúde. Contudo, esta ruptura não dispensava o que havia sido produzido sobre as políticas de saúde e as relações de poder envolvidas, mas construía a partir dessa compreensão uma leitura de que, sendo a saúde um direito do cidadão e dever do estado, e estando o sistema de saúde organizado a partir de interesses de mercado, principalmente do mercado de medicamentos e equipamentos médico hospitalares, era necessária uma mudança de enfoque da organização dos serviços de saúde, que trilhasse a formulação de políticas que pudessem produzir saúde a partir do referencial de estado de direito.

Portanto, a partir dos referenciais históricos sobre a medicina e sua prática discursiva, e da percepção de que no espaço social havia questões a serem satisfeitas e até então não consideradas no discurso – deseja-se um médico que cuide e que se responsabilize pelo resultado final do trabalho, a saúde do cliente – é que emerge a discussão sobre o objeto da prática médica.

A formação de médicos para o atendimento resolutivo das necessidades de saúde representadas pelos desejos e pelas carências dos usuários dos serviços de saúde, que se manifestam através de demandas individuais e/ou coletivas ao sistema de saúde, requer a mudança no enfoque sobre o objeto de trabalho da medicina (...) (CINAEM, 2000, p. 38).

É presente no discurso a percepção de que os problemas da formação médica, estão fundados em uma questão muito mais profunda que apenas uma questão de inadequação do modelo pedagógico, isto é, estão inscritos nas relações sociais de poder entre os atores que compõem o campo médico e o campo da saúde. Isto é evidente quando a CINAEM denuncia que o modelo pedagógico está organizado em função da racionalidade técnica biologicista – que toma a dimensão biológica como seu objeto e a especialização médica como a forma de organizar tanto o currículo quanto o trabalho médico, deixando as dimensões sociais e psicológicas do sofrimento fora da intervenção:

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*”⁸³ representadas, por exemplo, pelas máquinas, e em “*tecnologias leve-duras*”⁸⁴, 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 (CINAEM, 2000, p. 39).

⁸³ 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.

⁸⁴ Idem.

Associada a esta leitura, a segunda fase introduz a percepção de que o ato médico tem produzido uma intervenção ineficaz e ineficiente em relação à produção de saúde, mas que na verdade são excelentes para produzirem mais valia em cima do trabalho dos profissionais e dos serviços, o que atende aos interesses de setores econômicos mais lucrativos que operam no campo médico, indústria de medicamentos e equipamentos médicos hospitalares, que são os reais beneficiados pelo modelo de formação (CINAEM, 1991-97). Esse tema é retomado na terceira fase.

O processo de trabalho médico organizado por procedimentos associado aos apelos de mercado que impõem necessidades e estabelecem padrões de abordagem dos problemas de saúde e de consumo de serviços, tecnologias e insumos, substitui a cura e o alívio do sofrimento, resultados esperados do ato médico, por resultados intermediários. Este modo de fazer da medicina é assumido e reproduzido no treinamento das habilidades e atitudes desenvolvidas na graduação (CINAEM, 2000, p. 39).

Esta tessitura nos permite identificar a presença de novos objetos, isto é, são abordadas questões sobre as finalidades do trabalho médico, os resultados do trabalho médico, a reprodução da prática médica através das atividades de ensino. Destas percepções inferimos estarem ocultos alguns questionamentos que consideramos fundamentais para a transformação do discurso sobre a formação médica: para quê os médicos são formados? Como se produz o conhecimento no ato médico? São as respostas a estas duas questões que introduzem no discurso enunciados que não estão sob o controle do modelo vigente. Eis o ponto de clivagem do discurso que procurávamos, ou seja, a superfície discursiva a partir da qual são introduzidos os enunciados que produziram a metamorfose do discurso.

Para pensarmos o significado destas mudanças, fomos buscar nas teorias sobre o currículo algumas idéias para iluminar nossa compreensão. Com efeito, as teorias sobre o currículo predominantes nas escolas médicas são oriundas de uma tradição americana de organização da escola, onde o modelo institucional da concepção de currículo é o fabril, cuja inspiração “teórica” é a administração científica” de Taylor (SILVA, 2001). O discurso de Flexner sobre a escola médica emerge sob esta égide, adotando seus paradigmas para a organização da escola médica.

Nesse modelo, a educação torna-se científica e o currículo é a especificação precisa de objetivos, procedimentos e métodos para a obtenção de resultados que possam ser precisamente mensurados. São baseados num exame daquelas habilidades necessárias para exercer com eficiência as ocupações profissionais da vida adulta. Isto significava que não havia como discutir as finalidades últimas da educação: elas estavam dadas pela própria vida ocupacional adulta.

É exatamente neste ponto que as teorias sobre currículo se diferenciam e produzem rupturas, pois, ao perguntar também “para que” e “para quem”, introduzimos no discurso o artifício de desnaturalização das relações de poder que definem precisamente estas questões. Quando isto é feito, é produzido um efeito de ruptura com os limites estabelecidos pelo modelo “científico” da administração escolar.

Nesse sentido, percebemos que a matriz teórica da administração escolar científica está presente tanto nas reformas do ensino médico das décadas 60 a 80, quanto na primeira e na segunda fase do projeto CINAEM. Entretanto, já na segunda fase, passavam a conviver no mesmo discurso tanto os enunciados tradicionais sobre a formação médica, quanto os questionamentos das relações de poder entre os atores da escola médica. Contudo, a percepção das relações de poder ainda não formulava questões que interrogam o tradicional na sua essência ideológica de ocultação dos “para quês da formação médica”, o que só irá ocorrer a partir da terceira fase.

A partir destas questões surgem as teorias críticasⁱⁱⁱⁱ dos currículos – em contraposição à teoria tradicional ou da administração científica do currículo – isto é, estas vão propor que os currículos, além de abordarem os conteúdos tradicionalmente já consagrados, deveriam incluir nos seus conteúdos o debate sobre o porquê de serem estes os conteúdos escolhidos e não outros. Para tal, propõem que sejam incluídos nos currículos os conhecimentos sobre a dinâmica social que define o que devem ser as coisas do mundo, o que pode e o que não pode, no intuito de desnaturalizar as relações de poder e introduzir como necessária para a formação do cidadão, a construção do conhecimento sobre o que define o lugar das pessoas e das coisas no mundo (SILVA, 2001).

Assim sendo, um dos pontos de ruptura que encontramos no discurso da CINAEM coincide com o ponto de ruptura que as teorias críticas do currículo produziram, e, portanto, a inscrevem, enquanto discurso, como uma teoria educacional crítica – em contraposição à teoria tradicional representada pelo modelo flexneriano e também pela proposta da OPAS no período entre os anos 60 e 80 – que aborda a formação médica a partir da produção de conhecimentos sobre as relações de poder.

Dessa forma, considerando que o tema do poder é uma das questões centrais da matriz teórica do PES, arriscamos inferir que sua introdução no discurso permitiu a abertura de uma superfície discursiva na qual emergiram objetos que falavam das relações de poder dentro das organizações e instituições, conforme ilustra o enunciado:

As relações de poder estruturadas durante o curso de graduação moldam uma postura passiva e reprodutiva por parte dos alunos no processo de aprendizado, promovendo a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias de forma pouco crítica e, conseqüentemente inadequadas. Assumem posicionamento estratégico de submissão, como forma de transposição das dificuldades para passar de uma etapa para outra no seu processo de formação (CINAEM, 2000, p. 271).

Isto possibilitou, por sua vez, a construção que introduzia o tema da formação médica dentro de uma rede conceitual baseada nas teorias da ação social, do agir comunicativo, de micropoderes e da micropolítica, todas questionadoras da dimensão do poder presentes nas instituições.

Nesse sentido, constatamos no discurso da CINAEM, desde sua emergência, a questão sobre a finalidade da formação médica: falava-se em uma necessária adequação da formação médica para atender as demandas sociais contemporâneas. Contudo, a consideração clara de que estas demandas sociais não eram naturalmente dadas e únicas não está presente na emergência desta temática. Só é perceptível a presença deste questionamento a partir do momento que se questiona o “para quê formar médicos”. Esta questão, por sua vez, no discurso da CINAEM, é intrínseca ao debate sobre o objeto da prática médica e as implicações sociais de sua definição.

O significado deste questionamento está inscrito na possibilidade aberta para o discurso que, ao abordar as relações de poder que definem o que se deve ensinar, provoca uma desnaturalização destas e cria a possibilidade de optar por outros “para quês” para orientar o processo de formação do médico.

Desta forma, quando a CINAEM introduz no discurso o questionamento destas relações, o conhecimento que passa a ser produzido deste ponto em diante distancia-se da lógica tradicional das teorias curriculares e inscreve-se dentro do campo de produção sobre currículo como uma teoria crítica.

Isto significa dizer que introduz um tensionamento no sentido de romper com a concepção mecanicista da organização curricular – cujo currículo se resume a uma questão técnica de desenvolvimentoiv – que toma a pergunta “o quê” como uma questão central para o discurso. Como desdobramento, a questão central para a formação médicav, considerada até então, é deslocada para a periferia da rede conceitual, introduzindo-se o debate sobre “para quê devemos formar o médico”. É justamente em resposta a este questionamento que emergem os objetos a partir dos quais se estrutura a rede conceitual que versa sobre o novo processo de formação.

Para tanto, identificamos como resposta ao enunciado: “a formação de médicos para o atendimento resolutivo das necessidades de saúde representadas pelos desejos e pelas carências dos usuários dos serviços de saúde” (CINAEM, 2001, p. 38). Dessa formulação surge o debate sobre a prática médica dentro de uma perspectiva de resignificação de seu objeto atual e substituição deste por outro; declara que:

A prática clínica deve incorporar a dimensão subjetiva como objeto de sua preocupação uma que a subjetividade compõe o problema a ser enfrentado pelo profissional de saúde. Portanto, assumir esta dimensão como parte do problema que gera o movimento de busca de ajuda nos serviços de saúde, incorporando no diagnóstico e terapêutica saberes e instrumentos que dêem conta de compreender e intervir sobre a dimensão imponderável da subjetividade, é fundamental para logarmos sucesso nas reforma em curso⁸⁵ (CINAEM, 2000, p. 271).

⁸⁵ A CINAEM utiliza como referência para esta formulação CAMPOS (1992).

Nesse ponto, a CINAEM explicita que, ao tomar como objeto da prática médica “as necessidades das pessoas”, isto deverá significar necessariamente que estaremos considerando que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém⁸⁶ (CINAEM, 2000). Introduce, com isso, a possibilidade de se construir uma rede conceitual que versa sobre constituição cultural da idéia de adoecer, que tem o potencial de interferir no modo como se organiza o trabalho médico.

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. Segundo Merhy, o objeto dos serviços de saúde é “a *necessidade das pessoas*”. Esta definição é de certa maneira corroborada por Georges Canguilhem, em “*O Normal e o Patológico*”, 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.

É nesse aspecto que encontramos outra ruptura do discurso com o tradicional, só que agora em relação ao discurso hegemônico da clínica que institui o *habitus* médico. Identificamos uma radicalização na abordagem das relações de poder, introduzindo, além do debate sobre as relações de poder presentes nos espaços sociais da instituição educacional escola médica – isto é, a relação docente-discente –, também as próprias relações de poder instituídas no espaço social da prática médica, conforme ilustra o enunciado que nomeia as “diretrizes para o médico a ser formado”:

Estar preparado para ser um cuidador, ou seja, compreender, significar e intervir sobre as necessidades dos indivíduos, na situação social específica em que estes vivem, com o objetivo de reduzir os danos e ampliar a sua autonomia social, considerando as limitações impostas pela condição biopsicosocial específica (CINAEM, 2000, 273)

⁸⁶A CINAEM toma como referencial MERHY (1997).

Nesse sentido, emerge o tema da autonomia, tão caro à tradição médica, que preserva, na essência da relação médico-paciente, uma relação de poder onde o paciente é objeto da prática médica a partir do qual se extrai a doença do médico, e para o qual se prescreve uma norma.

Podemos dizer que esta idéia contrapõe-se aos dois principais discursos médicos que disputam o campo médico: o discurso médico da OPAS, no qual a saúde é o estado de bem estar biopsicosocial, e o da medicina liberal, no qual a saúde é a ausência de lesão anatômico-fisiológica. Dessa maneira, o discurso da CINAEM, ao beber nas fontes contemporâneas da saúde pública, introduz os enunciados que comunicam a idéia de saúde enquanto dinâmica cultural, na qual está inscrito o modo como o indivíduo significa seu sofrimento e sua normatividade. Isto é, rompe-se com algumas verdades aceitas: a saúde como “estado”, o indivíduo como paciente, entre outras. E abrem-se várias possibilidades de questionamento: sobre relatividade do saber médico e a importância da cultura na definição dos significados tanto do médico, como do paciente; sobre o processo de saúde-doença e as limitações da clínica; sobre as incertezas implicadas na prática médica; sobre as limitações das prescrições médicas.

No fundo, questionam-se as crenças construídas pela medicina, principalmente a de que é o médico o portador de todo o conhecimento sobre a doença, de toda a verdade única e toda a significação possível sobre o adoecimento, restando ao usuário-paciente apenas a condição de portador dos sinais e informante dos sintomas. Está em questão a relação poder e saber, tradicionalmente naturalizada pela concepção mítica da ciência legitimada pela escola.

Em consonância com esse debate sobre saber e poder no campo das teorias do discurso, emerge uma compreensão de que o conhecimento é parte inerente do poder: ambos são construídos socialmente, sendo que “todo o conhecimento depende da significação, e esta, por sua vez, depende de relações de poder”, não havendo conhecimento fora desses processos⁸⁷. (SILVA, 2001, p. 149).

⁸⁷ Estas teorias foram denominadas de pós-críticas e vão beber de fontes variadas como o multiculturalismo, o pós-estruturalismo, o pós-modernismo, os estudos culturais (SILVA, 2001)

A partir desse ponto, a presença destas idéias introduz uma nova modificação no entendimento das relações de poder no âmbito do discurso, situando a matriz discursiva que fala sobre a produção de significados. Esta pista já havia sido vislumbrada desde o início de nossa narrativa, quando anunciamos um crescente interesse da CINAEM pelo papel da linguagem na produção e manutenção da prática médica atual, conforme o seguinte enunciado:

A semiologia pode ser definida como instrumento de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na significação morfofisiológica do sofrimento e assegura a reprodução da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica (CINAEM, 2000, p. 270).

A partir da presença destes enunciados que falam das relações entre poder, saber, linguagem e conhecimento, abre-se a superfície a partir da qual emerge a rede explicativa que irá tratar da produção do conhecimento médico.

O trabalho médico exige do profissional um complexo conjunto de saberes, que por um artifício didático para a formação de novos profissionais, pode ser categorizado em três momentos, o da compreensão, o da significação e o da intervenção (CINAEM, 2000, p. 39).

Novamente, a CINAEM vai recuperar na história da medicina alguns pilares de sustentação para o discurso, e, após relatar a emergência da Medicina Clássica e da Medicina Clínica, faz uma análise que introduz uma relação discursiva entre a saga médica na busca do conhecimento, a teoria sobre a formação médica e a prática médica:

Historicamente os médicos estiveram fortemente vinculados à busca do conhecimento – correta interpretação do sofrimento humano e da adequada intervenção no tratamento dos males do corpo e da alma – e a transmissão deste saber. Dessa maneira, os pilares da medicina são também os marcos da educação médica. A visão considera não apenas o fato de boa parte do desenvolvimento da medicina ter ocorrido no interior de escolas e universidades, mas também porque são momentos culminantes na modificação de certas práticas e verdades e, assim, de sua reprodução nas escolas médicas e nos serviços (CINAEM, 2000, p.15)

A partir da rede conceitual produzida através destes enunciados é que são abertas outras superfícies onde se conectam as relações entre o modo como se produz o conhecimento do campo médico e o modo como se deve organizar o processo de formação:

Os três momentos são indissociáveis em todo o contato do estudante com os pacientes, entretanto o curso deve privilegiar em um primeiro momento a compreensão da pessoa e suas necessidades. Para isto é necessário que o conjunto de conhecimentos envolvidos nesta etapa seja ativamente construído em situação, de forma que paralelamente a construção do conhecimento necessário à compreensão, a significação já comece a se desenhar e a intervenção, embora esteja sob a responsabilidade dos orientadores e/ou dos demais profissionais da área da saúde envolvidos, possa ser visualizada e acompanhada. (...) O segundo momento do curso é o da significação, que exige para o seu aprendizado, um novo enfoque de elementos semiológicos clássicos como a anamnese e o exame físico. Ainda nesta etapa é necessária a identificação e exploração do futuro médico como um instrumento semiológico, o desenvolvimento e a incorporação racional de novas tecnologias como um instrumento realmente complementar e o uso adequado dos conhecimentos da medicina populacional na abordagem do indivíduo. Nesta etapa o estudante persiste exercitando a compreensão do seu objeto de trabalho, enfatiza a significação das necessidades que são demandadas por estes pacientes e acompanha com uma proximidade um pouco maior a intervenção realizada pelos orientadores e colegas de períodos mais avançados do curso. O terceiro momento mantém a necessidade da compreensão e significação e passa a enfatizar o aprendizado da intervenção, utilizando como elementos práticos para este exercício conteúdos baseados em critérios éticos, humanísticos, de letalidade, prevalência e potencialidade de prevenção primária (CINAEM, 2000, p. 39-40)

Estas superfícies estão inscritas nas redes conceituais que problematizam a produção do saber nos campos científico e pedagógico. No campo científico, é estruturante tanto do discurso como da prática de pesquisa, a idéia de se definir o objeto como a forma de delimitar o problema, precisar os instrumentos e controlar os resultados. No campo pedagógico, o estruturante do discurso e da prática pedagógica são os processos de compreensão e significação mentais.

Como consequência é perceptível no discurso da CINAEM, uma associação destas teorias a partir da idéia de produção de conhecimento aplicado à solução de problemas:

A relevância neste processo deixa de ser o conhecimento memorizado e passa a ser o método de incorporação e utilização deste conhecimento em uma dada realidade com a finalidade de atender as necessidades de uma determinada pessoa.

Por fim, é a partir dessa tessitura conceitual explicitada até aqui que o discurso vai operar uma amarração entre as redes conceituais expostas – que falam sobre necessidade de saúde, autonomia, compreensão, significação, intervenção, prática médica, prática científica, organização dos serviços – no sentido de produzir a conformação de um “novo processo de formação”.

Portanto, a partir dessa nova conformação textual e narrativa, podemos inferir que a metamorfose anunciada no discurso percorre duas linhas estruturantes principais, as quais vão oferecer as conexões aos enunciados provenientes da primeira, segunda e terceira fases.

Uma das linhas estruturantes do discurso vai falar sobre o processo saúde-doença, que aborda o objeto da prática médica – que são as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades – e do qual parte uma linha de produção de cuidados de saúde que termina com um resultado final – a produção de certos graus de autonomia dos usuários para andar sua vida em relação a sua normatividade.

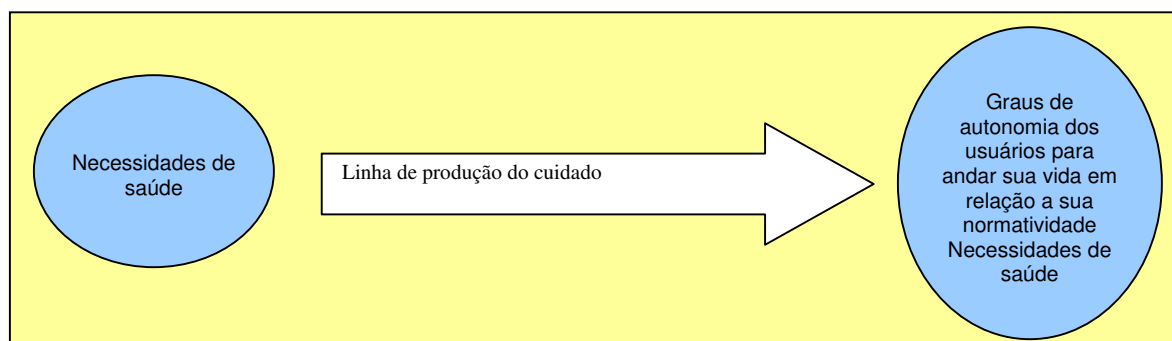


Figura 19 – Linha de Produção do Cuidado

Vai considerar essa linha como central na proposta de formação, introduzindo-a com a importância de eixo estruturante do processo de formação que se encontra intrinsecamente ligada ao novo eixo estruturante da prática médica que se pretende alcançar

Categoria central para a nova proposta curricular, as necessidades de saúde passam a constituir o objeto de estudo do aluno de medicina. Em consequência, a resposta autônoma e adequada às necessidades de indivíduos e populações torna-se o propósito da escola médica e de cada um de seus componentes (CINAEM, 2000, p. 284).

Introduz, para nomear a centralidade dessa formulação, um conceito novo, “o fator de exposição”. Este conceito versa sobre a interação entre o sujeito e seu objeto de saber, onde nomeia a existência de uma relação pedagógica inscrita nos espaços vivenciais onde se encontra (é exposto) o observador – na condição de participante – com (aos) seus objetos de interesses, reflexão e ação. Além disso, esse eixo dá ênfase aos processos mediadores que ocorrem entre indivíduo e objeto, como catalisadores dos processos de aprendizagem que cortam transversalmente estas linhas.

Uma segunda linha de estruturação é a explicitação do próprio ato médico, isto é, considera-se que o médico, ao desenvolver sua prática, tenha como elementos para abordar o seu objeto de trabalho as seguintes categorias: acolher, compreender, significar, responsabilizar, intervir, resolver. Esse sentido explicitaria o processo de produção do

conhecimento médico que opera e preside a ação durante o trabalho, e que é tomado como o *modus operandi* para que seja processo e conhecimento médico ao longo do tempo.

Portanto, ao mesmo tempo que a inserção em uma “linha de exposição às necessidades” problematiza as várias faces do objeto do trabalho médico, representada pela várias manifestações das necessidades de saúde, opera-se também, numa trajetória helicoidal, o processo mental de compreender, significar e intervir continuamente em cada ponto que compõe o plano da exposição. Além disso, a organização do tempo é proposta de forma a estruturar possíveis seqüência de exposições do aluno às várias formas de manifestação das necessidades distribuídas nos variados cenários de ensino, hospitais, centros de saúde, comunidade, biblioteca, laboratório, sala de aula, entre outros.

Nessa nova estrutura discursiva, que fala sobre a organização do processo de formação, da prática médica e do trabalho médico, os enunciados provenientes tanto do que foi acumulado até o momento pela própria CINAEM, quanto os que são provenientes de uma tradição do próprio campo da educação médica – que estão inscritos na produção discursiva sobre as reformas do ensino médico – são conectados de forma a compor um rizoma.

Recuperando, portanto, os passos trilhados na descrição da metamorfose, percebemos, por um lado, ponto de ruptura do que focam as relações de poder inscritas nas instituições e na cultura, e, por outro, pontos de ruptura que operam uma reorganização, e às vezes a substituição, da linguagem corrente no campo. A partir destes pontos são introduzidos novos eixos estruturantes que conformam uma rede conceitual complexa, construída a partir de outros conceitos fundantes.

Nesse sentido, o discurso da CINAEM produz no discurso a organização de uma série de operações que têm por objeto intervir nas relações de poder. Para tal é proposto:

- que o aluno seja sujeito de seu processo de aprendizado,
- que o paciente seja apresentado ao aluno como sujeito de sua história,

- que sejam incorporados instrumentos didático-pedagógicos que permitam que o aluno mantenha-se atualizado,
- que o aluno compreenda os mecanismos de produção das necessidades de saúde dos indivíduos,
- que o ensino seja centrado na comunidade,
- que a prática médica seja ministrada com enfoque na pessoa,
- que a avaliação não seja punitiva e sim produtora de informações sobre o desenvolvimento dos estudantes no sentido de medir a incorporação de conhecimentos e habilidades, bem como o grau de autonomia que o estudante vai adquirindo ao longo do tempo,
- que se adote uma pedagogia de construção do conhecimento que seja produtora de autonomia nos estudantes,
- que a gestão da escola seja democrática e participativa,
- que o trabalho em saúde seja em equipe,
- o professor desempenhará o papel de mediador da construção de conhecimento do aluno.

Como resultado destas intervenções, espera-se uma clivagem das relações de poder instituídas na escola e na prática médica, para que sejam expostas novas superfícies nas quais seja possível a instituição de novos parâmetros para estas relações.

Notas

^{i, ii} A teoria da socialização profissional conceitua o processo pelo qual as pessoas adquirem seletivamente os valores e atitudes, o interesse, as destrezas e conhecimentos – em poucas palavras, a cultura – admitidos nos grupos aos quais pertencem ou aspiram pertencer fundamentos. Seus pressupostos são: o comportamento humano é concebido como resultado da maneira em que os indivíduos tomam conta do que os demais esperam dele; admitem a existência de um “grupo de referência” que através de suas expectativas e exigências, impõe normas a aqueles que de alguma forma desejam identificar-se com ele (MERTON apud NUNES, 1999; ANDRADE, 1978).

A teoria das relações humanas atribui importância às relações que se estabelecem entre os indivíduos no processo de ensino. Acredita-se que o melhoramento das relações humanas facilitaria o processo de aprendizagem. Tem como fundamento que o interesse genuíno em aprender é de natureza emocional, pessoal em cada indivíduo, e está poderosamente influenciado pelas relações com os companheiros de aprendizagem, sejam eles os professores ou codiscípulos. Acredita-se que o temor e a insegurança em relação a eles podem extinguir o interesse, aconselhando-se a não utilizar ameaça ou castigos como forma de estimular os alunos. Acredita-se que isto produziria na realidade angústia nos alunos, em detrimento do aprendizado. Propõe o esforço para se criar uma atmosfera de confiança e de respeito pelas diferenças individuais, para que o sentimento de responsabilidade compartilhado desperte o interesse pelo aprendizado. Por conseguinte, os temas de estudo seriam os traços de personalidade e as características da comunicação entre professor e aluno (ANDRADE, 1978; GARCA, 1972).

A teoria comportamentalista utiliza como referência os mecanismos íntimos e seus ganhos são questionáveis na chamada área afetiva. amplamente utilizadas na década de 1960 serviu de base para a definição dos objetivos educacionais e ao desenvolvimento de boa parte da chamada moderna tecnologia educativa, particularmente a instrução programada (ANDRADE, 1978).

A teoria geral dos sistemas na qual é central o conceito de sistema e que tem dominado a explicação dos fenômenos biológicos, constitui umas das correntes mais importantes nas ciências sociais e é a base conceitual da cibernética. Assim, os conceitos de integração, homeostase, adaptação e marginalidade correspondem a esta teoria e implicam que o sistema tende, naturalmente, manter-se em seu estado inicial. Na análise faz uso de certos tipos de determinações, tais como multicausalidade, a causalidade circular e a interdependência, e trata-se de diminuir a importância da causalidade na determinação de alguns fenômenos (ANDRADE, 1978; GARCIA, 1972).

O enfoque estruturalista tem estado mais vinculado ao estudo dos fenômenos sociais, antropológicos e psicológicos e tem recorrido, em menor medida, ao auxílio de analogias provenientes de outros campos. Diferencia-se do sistemático, pois rechaça as analogias e estimula a realização de um esforço interpretativo dentro da própria natureza do objeto de estudo, seja este de tipo sociológico, literário, matemático e biológico. A análise se fundamenta no estudo histórico dos fatos, procurando descobrir as relações pouco evidentes e, mais que intervir, persegue sua compreensão e a identificação dos fatores que os dinamizam (GARCIA, 1972; ANDRADE, 1978).

iii As teorias críticas sobre o currículo explodiram, a partir dos anos 60, em vários locais ao mesmo tempo, onde surgiram livros, ensaios, teorizações que colocavam em xeque o pensamento e a estrutura educacional tradicionais. Já no fim dos anos 60, poderia se dizer que a hegemonia da concepção técnica do currículo estava em decadência. Esboçavam-se, em vários países, movimentos de reação às concepções burocráticas e administrativas de currículo. Para a fenomenologia e na hermenêutica, as categorias de aprendizagem, objetivos, medição e avaliação nada tinham a ver com os significados do “mundo da vida” através dos quais as pessoas constroem e percebem sua experiência, portanto, estas categorias deveriam ser “postas entre parênteses”, questionadas, para se chegar à “essência” da educação e do currículo. Fazia-se necessário desnaturalizar as categorias com as quais compreendemos e vivemos o cotidiano, o que significaria focalizá-las através de uma perspectiva profundamente pessoal e subjetiva, visto que há um vínculo com o social, na medida em que essas categorias são criadas e mantidas na intersubjetividade e através da linguagem. Nesse sentido, defendia que o foco deveria estar nas experiências e nas significações subjetivas. Já os marxistas denunciavam que a ênfase na eficiência e na racionalidade administrativa apenas refletia a dominação do capitalismo sobre a educação e o currículo, contribuindo para a reprodução das desigualdades de classe. Portanto, era preciso desnaturalizar o mundo “natural” da pedagogia e do currículo, o que significava submetê-lo a uma análise científica, centrada em conceitos que rompem com as categorias de senso comum com as quais, ordinariamente, vemos e compreendemos aquele mundo (SILVA, 2001).

iv Esta concepção de currículo que domina toda a literatura estadunidense sobre currículo até os anos 80, e por consequência a literatura latino-americana sobre a formação médica, acabou por influenciar diversos países, incluindo o Brasil. Este modelo de currículo, só passa a ser definitivamente contestado, a partir dos anos 70 (SILVA, 2001). É predominante nas formulações da OPAS, e teve grande influência no Brasil e na América Latina a partir dos anos 60. Nesse sentido, ao analisarmos os movimentos de reforma da educação médica no Brasil, é possível perceber a predominância desta matriz teórica nas três décadas que se seguiram.

Também dentro da CINAEM, percebemos a presença de seus enunciados, que só tomaram um novo sentido a partir deste ponto, o qual estamos discutindo neste texto.

v Nesse sentido, SILVA (2001), a questão central do currículo é responder “o quê” deve ser ensinado, isto é, o que eles ou elas devem saber? Qual o conhecimento ou saber é considerado válido ou essencial para merecer ser considerado parte do currículo? Dessa forma, estão envolvidos, explícita ou implicitamente, o desenvolvimento de critérios de seleção que justifiquem a resposta que darão àquela questão. Além disso, as teorias sobre currículo atrelam a questão “o quê” a outras duas: o que ele ou elas devem ser? Ou melhor, o que eles ou elas devem se tornar? Há portanto, nas teorias do currículo, uma questão de identidade ou de subjetividade. Podemos, ainda, dizer que o currículo é também uma questão de poder, na medida em que privilegiar um tipo de conhecimento é uma operação de poder. Destacar, entre as múltiplas possibilidades, uma identidade ou subjetividade como sendo a ideal é uma operação de poder: por consequência, as teorias do currículo estão situadas num campo epistemológico social, num território contestado, onde é precisamente a questão do poder que vai separar as teorias tradicionais das teorias críticas e pós-críticas do currículo.

4- CONCLUSÃO

Nossa tentativa de realizar uma análise do Projeto CINAEM a partir da aproximação entre a noção de campo e de *habitus* de Bourdieu e a “Historia Arqueológica” de Foucault permitiu que realizássemos uma leitura que articula a produção discursiva da CINAEM com os campos médico e da educação médica.

Nesse sentido, a partir das fontes documentais analisadas, identificamos algumas regularidades no discurso. Destaca-se contundentemente a presença de uma matriz discursiva filiada ao pensamento científico predominante no *habitus* médico, e que é o eixo orientador de quase toda a narrativa dos documentos. Estes são organizados em forma de produtos a serem apresentados em reuniões, fóruns e congressos. São elaborados num formato de projeto de pesquisa cujos resultados são organizados em “fases”, corroborando a idéia inicial do *habitus* científico. Somando-se a estas duas, identificamos uma terceira regularidade, em que o tempo todo o discurso procura buscar elementos de identificação simbólica que o coloquem no status de autorizado, a partir de sua identidade científica. É possível perceber uma marcação temporal nesse sentido. Portanto, a CINAEM vai construindo seu conhecimento – isto é, sua compreensão e significação do recorte da realidade sobre a qual se debruça, a formação médica nas escolas de medicina – a partir de aproximações sucessivas desse objeto, mediadas por instrumentos de pesquisa e de intervenção.

Para dentro do campo médico, esse discurso tem efeito desencadeador, a partir do *habitus* da corporação, de manter sob seu controle o *corpus* de profissionais, ou seja, da necessidade da própria corporação, legítima para tal, realizar a avaliação e o controle dos profissionais, como também de manter a profissão reconhecida pela sociedade como a portadora das competências legítimas de cura, e, portanto, merecedora de crédito social e de reserva no mercado de serviços de cura – de um movimento de legitimação do espaço em fase de gestação, composto pelo *corpus* de especialistas médicos, legitimados pela sua institucionalização nas entidades, principalmente médicas, como os autorizados a falarem sobre o médico, a prática médica e a formação médica.

Dessa forma, a CINAEM aglutina, a partir de suas proposições e intenções, um conjunto expressivo da comunidade médica do Brasil – nove entidades onde se associam médicos ou médicos em formação – o que nos permitir considerar este fórum como um

recorte da sociedade civil a partir de uma perspectiva específica de um grupo da sociedade, que é regida pelo *habitus* da profissão médica. Este é fundado sob a égide de uma tradição da prática médica baseada nos preceitos da ciência, na organização do *corpus* de *experts* a partir de ganhos crescentes de autoridade, na autonomia do ato médico, na organização liberal do trabalho médico, na formalização do espaço de formação na escola médica e no papel de superioridade em relação a outros profissionais da saúde. Este *habitus* coloca em cena estes temas como objetos dos quais se fala, e pelos quais se disputa hegemonia no campo médico.

Como estratégia de construção de seu discurso, adota como objeto a crise da educação médica atrelada à crise da saúde no Brasil. Nesse sentido, estabelece “medidas para sanar” as escolas médicas, utilizando-se da teoria mecanicista para desenvolver suas explicações, isto é, prevalente na medicina no método clínico: avaliar e identificar deficiências ou disfunções em partes (órgãos), intervir para sanar as deficiências no sentido de pensar a cura. A partir dessa forma de compreender e significar, o ensino médico (comparado ao corpo como um todo) está doente, isto é, tem deficiências em alguma de suas partes (em algum órgão) e é necessário elaborar proposta de ação (terapêutica) com vistas a sanar (recuperar, curar) estas deficiências, a fim de que possamos alcançar o objetivo de melhorar a formação médica, ou seja, ter qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população.

Insera seus objetos em redes conceituais que tematizam o “ensino superior público e a sociedade brasileira”. Delas extrai uma base de contextualização para o ensino médico dentro do ensino superior. Neste aspecto, reúne argumentos que irão sustentar sua elaboração sobre a formação médica e, ao mesmo tempo, permitir-lhe posicionar-se frente a estes debates.

Após esta problematização, situa as escolas médicas no âmbito do ensino superior dentro de suas particularidades, tenta legitimar-se enquanto interlocutor qualificado para intervir no sentido que deve ser dado às políticas de Estado para o ensino superior em geral, e médico em particular; propõe “diretrizes para uma política de desenvolvimento dos cursos de medicina”, que articulam o geral e o particular. No geral, alinha-se ao movimento docente pelo ensino superior, solicitando investimentos na política

educacional. No particular, entra no detalhamento, organizando um raciocínio que parte do contexto para sucessivas aproximações, até chegar à escola médica.

Segue rigorosamente o ritual do *habitus* científico, que, entre outras disposições, condiciona a apresentação de um projeto tendo em vista a construção já acumulada no campo, e formula suas hipóteses a partir do que o discurso nomeia no sentido de “avaliar a capacidade pedagógica da escola médica”. Ainda nesse sentido, vai alinhavando seus objetos de forma a naturalizá-los.

Esta forma de manipular os objetos está inscrita nas próprias forças constitutivas da comissão e o que vai sendo declarado são os consensos possíveis de serem ditos, que ocultam os não-ditos no jogo em questão.

Assim, os resultados empíricos são apresentados ao grupo coletivo interno. Após serem debatidos, são reelaborados e apresentados a um público externo. Para este público, esta apresentação é feita de forma toda alinhavada no discurso científico, procurando obter aceitação deste público – considerado acadêmico, universitário. Como é de praxe na cultura acadêmica, os resultados e as propostas que foram elaboradas são debatidos, sem, contudo, colocar a questão da validade do método em discussão. Considera-o como já validado nessa comunidade, isto é, nesse *habitus*. Portanto, a estratégia discursiva – e também de ação e de pensamento –, que utiliza como suporte a mesma *episteme* científica que os núcleos de pensamentos dos docentes em geral, tem maior chance de primeiro ser ouvida e entendida, e tem, por meio do recurso discursivo, possibilidades de ser aceita como uma “verdade científica”.

A partir de sua produção, a CINAEM disputa no campo da educação médica os critérios que legitimam a avaliação da qualidade do ensino médico. Nesse sentido, constrói toda sua argumentação a partir do instrumental estatístico da epidemiologia, disputando, a partir do discurso científico, sua autoridade para valorar qualitativamente as escolas médicas. É perceptível uma tentativa de desqualificá-la como autoridade quando se questiona a “metodologia utilizada”.

Dentre as questões que se apresentaram nesta avaliação, é evidente a emergência do reconhecimento de um novo ator no campo: os estudantes de medicina representados pela DENEM, diretórios e centros acadêmicos. A entrada em cena desse ator constitui um fator importante e diferenciador no processo de debate em relação ao que era realizado em décadas anteriores. Agora, quem fala não são mais somente as autoridades da comissão, mas também as “autoridades” recentemente reconhecidas como detentores de um saber sobre a escola médica.

Desta forma, é possível perceber um novo tensionamento no campo da educação médica e no campo médico, pois ocorre uma alteração da norma estabelecida até então, a qual autorizava os agentes a falarem. Isto é, as leis de investimento são burladas, e os mesmos passam a ocupar posições mais reconhecidas. Ocorrem outras nuances na ordem no campo objetivo, perceptíveis no campo discursivo, pois o que entra em cena como objetos de que se fala são exatamente as relações de poder estabelecidas dentro das escolas médicas, as quais são responsáveis pela manutenção do *status quo* reproduzido no cotidiano. Fica evidente um desvelamento das relações de poder, operando uma “desnaturalização” delas no campo simbólico.

É importante ressaltar, a partir dessa marcha discursiva, a introdução da matriz do “planejamento e da gestão estratégica” produzindo uma alteração no discurso, pois quando trabalha com as teorias da ação social e da dinâmica das organizações, oferta um novo arcabouço teórico a partir do qual será lida a realidade. Nesse sentido, percebemos que serão desenhados eixos teóricos sobre os quais serão inscritos os enunciados provenientes do saber acumulado pelos atores sociais a partir da vivência cotidiana das relações objetivas envolvidas na produção do médico dentro da escola.

Do ponto de vista simbólico, é perceptível que as novas categorias ofertadas juntamente com a vivência de outras relações de poder nas oficinas têm o potencial de tensionar o *habitus* científico mecanicista predominante no campo médico, bem como as estruturas de poder ao qual este está atrelado. Isto porque, ao mesmo tempo em que se dá voz à análise da realidade que cada indivíduo faz – construída a partir de reflexões sobre as relações objetivas inscritas em seu arquivo de memória histórica – valora-a de forma significativamente diferente, introduzindo-a em uma outra rede explicativa, produtora de

novos significados. Portanto, ao mesmo tempo em que a voz individual adquire o estatuto de “capacidade explicativa” para dentro do discurso, procede-se à autorização dos indivíduos para legitimamente falarem sobre o problema.

Como consequência, está dada a possibilidade de construir um novo *habitus* por meio da oferta de estruturas estruturadas que explicam a realidade ou a organizam em eixos explicativos que têm a capacidade de desvelamento das interações subjetivas cotidianas e pela oferta de outras vivências concretas e subjetivas que permitem a incorporação ou internalização de novas estruturas estruturadas como estruturas estruturantes do pensamento, que vão concorrer com as disposições já estabelecidas no *habitus* característico da socialização dos médicos dentro da escola.

É relevante observar que estas redes explicativas são produtoras de novos significados para o debate sobre a formação médica, visto que tanto o currículo quanto a gestão da escola, bem como outros temas debatidos, passam a ser entendidos como fruto de uma produção social desprovida de neutralidade, ou seja, que envolvia os agentes e o objeto. Assim, opera-se uma mudança no sentido de perceber como a realidade se constrói, produzindo uma outra proposta, caracterizada pela manifestação do desejo dos participantes. Dessa maneira, o novo desenho que se pretende da realidade é construído a partir do desejo de tecer uma outra realidade pautada na construção do novo.

Dessa forma, o discurso realiza uma recuperação dos enunciados produzidos na primeira e segunda fase para tecer uma conexão textual entre avaliação e transformação. Esta passagem é operada a partir de quatro eixos: o que foi feito? O que se sabe? Qual a situação atual? O que se pode fazer? Estes vão compor uma rede conceitual explicativa sobre o resultado dos trabalhos da CINAEM, que encadeiam uma lógica sequencial de argumentos através da sucessiva aproximação entre avaliação e transformação.

Portanto, a partir da terceira fase instaura-se uma narrativa em torno da temática “transformação do ensino médico”. Este novo objeto aparece adjetivado como uma necessidade já dada, isto é, identificada como uma consequência natural da leitura científica da realidade, produzida pela pesquisa-ação. Dentro desta idéia, ressalta que o processo até então desenvolvido é marcado pela “participação coletiva”, pelo “princípio de desequilíbrio

da ordem estabelecida” e pela “construção do novo”. Percebemos no discurso a referência a uma transformação, ou seja, alterar uma ordem já dada em direção ao que está sendo significado enquanto “o novo”. É perceptível que “o novo” e “a transformação” são regularidades do discurso da terceira fase, e vão desenhar uma narrativa que discorre sobre uma teoria da ação social.

Do ponto de vista simbólico, a idéia do “novo” pode ter como efeito a produção no imaginário social de uma identidade comum de vanguarda tanto política como científica. Isto pode representar um ganho de capital simbólico, visto que, para ser de vanguarda, é necessário o consumo de produtos valorados na cultura hegemônica como distintos. Nesse sentido, dentro do *habitus* científico, são os produtos “novos e inéditos” produzidos pelo método científico que têm o efeito de produzir uma distinção do grupo que o detém, visto que o capital cultural que estrutura o campo científico é justamente o envolvido na produção de verdades científicas.

A partir das verdades aceitas produzidas pela primeira e segunda fases, a CINAEM compõe uma rede explicativa, a partir da qual emergiram os objetos da terceira fase, isto é, as cinco linhas de ação: a “Avaliação Transformadora”, a “Docência Médica Profissionalizada”, a “Gestão Transformadora da Escola Médica”, o “Novo Processo de Formação na Escola Médica” e a “Avaliação do Processo”. Para desenvolvê-las, parte do diagnóstico para justificá-las, e da Situação Objetivo, desenhada na segunda fase, para direcionar o significado de uma docência que seja profissionalizada, de uma gestão e uma avaliação que sejam transformadoras e de um processo de formação que seja novo.

Nessa fase do discurso, percebemos que os enunciados que conectam o SUS e a escola médica versam sobre uma transformação da realidade atual das relações objetivas entre ambos, produzindo uma idéia de que a aproximação, da forma como está explicitada acima, é considerada como uma alteração fundamental que o projeto CINAEM deverá operar para desenvolver as mudanças pretendidas.

Portanto, o desenho de toda a produção desta fase é construído a partir de duas idéias: por um lado, aprimorar os instrumentos de relativos às várias dimensões do processo de ensino aprendizagem, e por outro discutir e compreender com profundidade a realidade

complexa que envolve a escola médica, sua estrutura, seus produtos e produzir conhecimento para presidir a ação no sentido de intervir no modo como ocorrem as relações sociais nas quais estão inscritos os processos da educação médica.

Assim, percebemos que os enunciados vão sendo manipulados de forma a serem transformados em reflexões mais organizadas e sistematizadas. O efeito que essa condução discursiva reflete, a partir das análises dos documentos produzidos pela CINAEM, é a sensação de que sobre a formação do médico já foi dito tudo. Essa impressão discursiva é construída a partir da percepção de regularidades nos documentos analisados, remetendo-nos à sensação de uma pobreza dos enunciados e uma finitude do discurso. Essa sensação corrobora um dos princípios próprios da produção discursiva, explicitado por FOUCAULT (2000, p.138), o princípio de raridade que coloca que “nem tudo é sempre dito”.

Como reflexo de sua trajetória, o instrumental da epidemiologia é resignificado quando se introduz a idéia de um “estudo híbrido” que explorasse tanto a epidemiologia quanto no PES nas suas singularidades enquanto métodos. Com isso, a explicação da realidade forjada no modelo teórico exposto ganha um novo colorido, recuperando em parte o significado original de suas teorias, mas principalmente produzindo nelas uma nova roupagem, agora estratégica, que oferta uma análise da realidade na qual se pretende intervir. Ao mesmo tempo em que a comissão tem uma nova compreensão da avaliação enquanto meio e não como fim em si mesma, emerge uma nova compreensão da dinâmica social na produção e transformação da escola médica.

Após esta trajetória de análise, na qual percorremos, em todas as fases, o modo como o discurso captura seus objetos e constrói seus conceitos e suas redes explicativas, identificamos na terceira fase um momento de metamorfose do discurso. Este é construído a partir do resgate da história da medicina que proporcionou uma releitura da forma como essa tradição constituiu socialmente seus objetos, seus conceitos e suas intervenções e evidenciou que os objetos emergem para o discurso a partir de tensionamentos sociais que clamam por satisfação de suas necessidades. Essa reflexão permitiu a abertura de questionamentos até então interditados, isto é, questionamentos sobre o que parecia óbvio, mas na verdade estava naturalizado nas relações sociais de produção da medicina.

Nesse sentido, passou a ser percebido no espaço social onde o tema da formação médica ganhava visibilidade a partir da crise de legitimidade dos médicos e da crise da saúde, um tensionamento que falava sobre os resultados do trabalho médico versus os direitos dos pacientes em termos de saúde que, por sua vez, introduziu novas estruturas discursivas, nos anos 90, que construíram uma compreensão sobre a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Dessa forma foi proposta uma mudança de enfoque da organização dos serviços de saúde, que trilhasse a formulação de políticas que pudessem produzir saúde a partir do referencial de estado de direito.

Associada a esta leitura, a segunda fase introduz a percepção de que na verdade o ato médico tem produzido uma intervenção ineficaz e ineficiente em relação à produção de saúde, mas que, na verdade, são excelentes para produzirem mais valia em cima do trabalho dos profissionais e dos serviços, o que atende aos interesses de setores econômicos mais lucrativos que operam no campo médico, indústria de medicamentos e equipamentos médicos hospitalares, que são os reais beneficiados pelo modelo de formação (CINAEM, 1991-1997). Esse tema é retomado na terceira fase.

Nesse contexto, são abordadas questões sobre as finalidades do trabalho médico, os resultados do trabalho médico, a reprodução da prática médica através das atividades de ensino. Desde a primeira fase, discutia-se uma necessária adequação da formação médica para atender as demandas sociais contemporâneas. Contudo, a consideração clara de que estas demandas sociais não eram naturalmente dadas e únicas, não está presente na emergência desta temática. A presença deste questionamento é perceptível, a partir do momento que se questiona o “para quê formar médicos”. Esta questão, por sua vez, no discurso da CINAEM, é intrínseca ao debate sobre o objeto da prática médica e as implicações sociais de sua definição.

O significado deste questionamento está inscrito na possibilidade aberta para o discurso que, ao abordar as relações de poder que definem o que se deve ensinar, provoca uma desnaturalização destas relações e cria a possibilidade de optar por outros “para quê” para orientar o processo de formação do médico.

Isto significa dizer que introduz um tensionamento no sentido de romper com a concepção mecanicista da organização curricular – que se resume a uma questão técnica de desenvolvimento – que toma a pergunta “o quê” como uma questão central para o discurso. Como desdobramento, a questão central para a formação médica considerada até então é deslocada para a periferia da rede conceitual, introduzindo-se o debate sobre “para que devemos formar o médico”. É justamente em resposta a este questionamento é que emergem os objetos a partir dos quais se estrutura a rede conceitual que versa sobre o novo processo de formação.

Assim, a CINAEM explicita que, ao tomar como objeto da prática médica “as necessidades das pessoas”, isto deverá significar necessariamente que estaremos considerando que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém (CINAEM, 2000). Introduz, com isso, a possibilidade de se construir uma rede conceitual que versa sobre a construção cultural da idéia de adoecer, que tem potencial para interferir no modo como se organiza o trabalho médico.

Nesse ponto encontramos outra ruptura desse discurso com o tradicional, só que agora em relação ao discurso hegemônico da clínica que institui o *habitus* médico, que explicita uma radicalização na abordagem das relações de poder, introduzindo, além de debates sobre as relações de poder presentes nos espaços sociais da instituição educacional escola médica, também as próprias relações de poder instituídas no espaço social da prática médica.

Nesse sentido, emerge o tema da autonomia, tão caro à tradição médica que preserva na essência da relação médico-paciente, uma relação de poder onde o paciente é objeto da prática médica a partir do qual se extrai a doença do médico, e para o qual se prescreve uma norma.

No fundo, questionam-se as crenças construídas pela medicina, principalmente a de que é o médico o portador de todo o conhecimento sobre a doença, de toda a verdade única e toda a significação possível sobre o adoecimento, restando ao usuário-paciente apenas a condição de portador dos sinais e informante dos sintomas. Está em questão a relação poder e saber, tradicionalmente naturalizadas pela concepção mítica da ciência legitimada pela escola.

Nesse ponto, a presença destas idéias introduz uma nova modificação no entendimento das relações de poder no âmbito do discurso, introduzindo a matriz discursiva que fala sobre a produção de significados.

A partir da presença destes enunciados, que falam das relações entre poder saber, linguagem e conhecimento, abre-se a superfície da qual emerge a rede explicativa que irá tratar da produção do conhecimento médico. É a partir da rede conceitual produzida por estes enunciados que são abertas outras superfícies onde se conectam as relações entre o modo como se produz o conhecimento do campo médico e o modo como se deve organizar o processo de formação.

Portanto, com essa nova conformação textual e narrativa, podemos inferir que metamorfose anunciada no discurso percorre duas linhas estruturantes principais, que vão oferecer as conexões aos enunciados provenientes da primeira, segunda e terceira fases.

Dessa forma, uma das linhas estruturantes do discurso vai falar sobre o processo saúde-doença, que aborda o objeto da prática médica – as necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades – e do qual parte uma linha de produção de cuidados de saúde que termina com um resultado final – a produção de certos graus de autonomia dos usuários para andar sua vida em relação a sua normatividade.

Uma segunda linha de estruturação é a explicitação do próprio ato médico: considera-se que o médico, ao desenvolver sua prática, tenha como elementos para abordar o seu objeto de trabalho as seguintes categorias: acolher, compreender, significar, responsabilizar, intervir, resolver. Essas categorias passaram a compor o processo de produção do conhecimento médico tomado como o *modus operandi* da prática e formação médica.

Portanto, ao mesmo tempo que a inserção em uma “linha de exposição às necessidades” problematiza as várias faces do objeto do trabalho médico, representado pela várias manifestações das necessidade de saúde, opera-se, também, numa trajetória helicoidal, o processo mental de compreender, significar e intervir continuamente em cada ponto que compõe o plano da exposição. Além disso, a organização do tempo é proposta de

forma a estruturar possíveis seqüências de exposições do aluno às várias formas de manifestação das necessidades distribuídas nos variados cenários de ensino, hospitais, centros de saúde, comunidade, biblioteca, laboratório, sala de aula, entre outros.

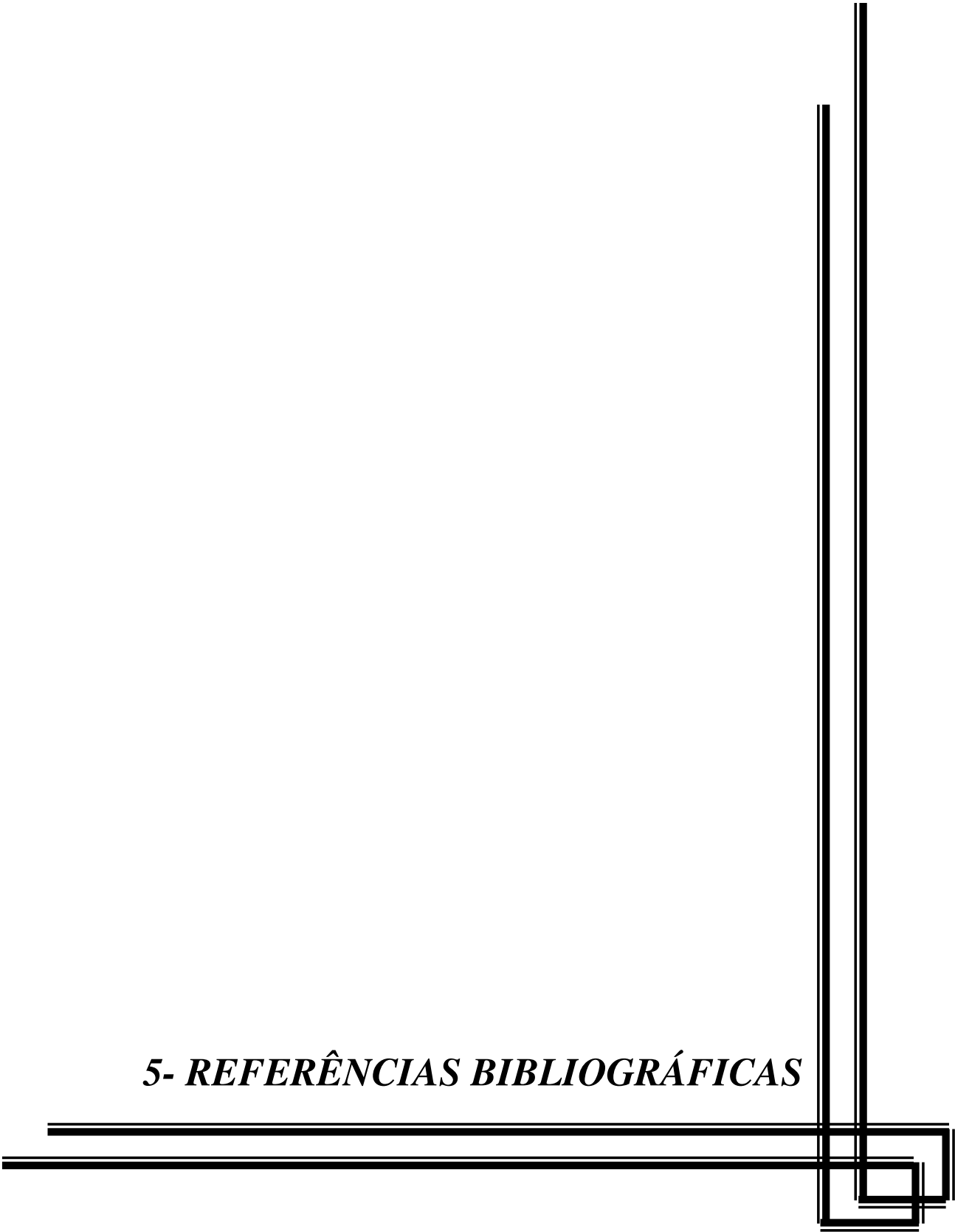
Nessa nova estrutura discursiva, que fala sobre a organização do processo de formação, da prática médica e do trabalho médico, os enunciados provenientes tanto do que foi acumulado até o momento pela própria CINAEM, quanto os que são provenientes de uma tradição do próprio campo da educação médica – que estão inscritos na produção discursiva sobre as reformas do ensino médico – são conectados de forma a comporem um rizoma.

Recuperando, portanto, os passos trilhados na descrição da metamorfose, percebemos, por um lado, ponto de ruptura do que focam as relações de poder inscritas nas instituições e na cultura, e por outro, pontos de ruptura que operam uma reorganização, e às vezes a substituição, da linguagem corrente no campo. A partir destes pontos são introduzidos novos eixos estruturantes que conformam uma rede conceitual complexa, construída a partir de outros conceitos fundantes.

Enfim, considerando tanto o processo político como a produção social da CINAEM, é possível inferir que o processo desencadeado por esta comissão teve como um de seus produtos a resignificação da produção discursiva do movimento de reforma do ensino médico das décadas anteriores, operando-se uma subsunção dos mesmos a partir de uma nova roupagem estética. Além disso, constrói um arcabouço teórico que possibilita uma compreensão da escola médica enquanto instituição onde projetos são construídos e disputados socialmente, operando discursivamente uma ruptura com a crença de senso comum, presente inclusive no imaginário dos atores sociais em questão, de que só existe uma “única verdade” que explica a realidade. Assim, introduz dentro do discurso “científico” da CINAEM outra episteme cuja matriz teórica esta assentada nas ciências sociais. Por fim, esta experiência, vivenciada pelos atores sociais, somada a uma teoria, ao diagnóstico da realidade e ao vislumbre de mudança dessa situação representou, no campo simbólico, a experimentação da autoria dos novos projetos e a protagonização de processos políticos, possibilitando com isso a emergência de novos atores sociais no campo da educação médica como autorizados.

Portanto, a partir dessa reflexão, é possível afirmar que tanto a produção discursiva, como a produção política oriunda do processo social protagonizado pela CINAEM introduziram no campo da educação médica significativas alterações, assentadas no desvelamento de suas estruturas de poder e no reposicionamento dos atores sociais no campo, possibilitando o surgimento, em seu interior, de novas estruturas estruturadas fundantes de novos sentidos para a educação médica no Brasil e de novas estruturas estruturantes fundantes de um novo *habitus* do campo da educação médica e uma nova linguagem no campo médico. Assim, concluímos ser de extrema relevância o legado deixado pela CINAEM para as próximas gerações de médicos, tendo em vista as possibilidades criadas para o desenvolvimento da escola médica a partir de suas contribuições.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: entre o estado e o mercado**. Campinas, 2003. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Editora UEL; Rio de Janeiro: ABEM, 1999.

ALVES, J. J. A. As ciências na Academia e as Expectativas de progresso e modernização: Brasil - 1916-1929. In: DANTES, M.A.M. (Org.) **Espaços da ciência no Brasil 1800-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 184-201.

AMARAL, J. L. A. **CINAEM: avaliação e transformação das escolas médicas: uma experiência brasileira, nos anos 90, na ordenação de recursos humanos para o SUS**. Rio de Janeiro, 2002. (Dissertação - Mestrado - Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

AMARAL, J. L. G. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abril de 2000, Ano II, nº 3. Repercussão. p.4.

ANDRADE, J. Marco conceptual de la educación médica em la America Latina: primeira a terceira parte. **Revista Educación Médica y Salud**, 12(1): 1-19; 12(2): 149 – 166; 12(3): 223 – 251; 1978.

_____. Marco conceptual de la educación médica em la America Latina: quarta parte. **Revista Educación Médica y Salud**, 13(1): 1-28, 1979.

ANDRADE, M. G. G. **O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do Projeto de Paulínea**. Campinas, 1995. (Tese -Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. (Tese - Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

AYRES, J. R. C. M. **O objeto da epidemiologia e nós**. São Paulo:CEFOP, 1992. (Cadernos CEFOP – série textos 3)

BOTTÉRO, J. A magia e a medicina reinam na Babilônia. In: LE GOFF, J. (Org.) **As doenças têm história**. Tradução de Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1985.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. O campo científico. In: **PIERRE BOURDIEU: sociologia**. Organização de Renato Ortiz. Tradução de Paula Monteiro e Alicia Auzmandi. São Paulo: Ática, 1983. p. 122-155.

_____. **O campo econômico: a dimensão simbólica da dominação**. Tradução de Roberto Leal Ferreira. Campinas: Papirus, 2000.

_____. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 3. ed. Tradução de Mariz Corrêa. Campinas: Papirus, 1996.

_____. **O poder simbólico**. 4. ed. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. Tradução de Sérgio Miceli *et ali*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001a.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Currículo mínimo dos cursos de graduação em medicina**: adendo do parecer 506/69. s.n.t. (mimeo.).

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Círculo do Livro, 1982.

CARVALHO, R. R.; MONTELEONE, P. P. R. Para a medicina o “provão” não é a solução! **Jornal do CREMESP**. São Paulo, fev. 1999, ano XVIII, n. 138. Educação. p. 5.

CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO). Avaliação do ensino médico no Brasil: relatório da primeira fase do projeto CINAEM – estudo epidemiológico de desenho ecológico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 16 (1): 43-47, 1992.

_____. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p.4.

_____. **Avaliação das escolas médicas do Brasil**: segunda fase: primeiro módulo. CINAEM, 1994.

_____. **Preparando a transformação da educação médica brasileira**: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000. Organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho dos Santos. Pelotas: UFPel, 2000.

CONGRESSO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO, 29. I FORUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO., 1991, Campinas. **Anais...** Campinas: ABEM, 1991.

_____.33.. v FORUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO., 1995, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: ABEM, 1995.

CORDEIRO, H. A. Empresas médicas: bases teóricas para o estudo das transformações capitalistas da prática médica. **Saúde em Debate**, 14: 22-31, 1982.

COUTINHO, C. F. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p. 5.

DONNANGELO, M. C. F. e PEREIRA L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

EDLER, F.; FONSECA, M. R. F. O surgimento da medicina experimental e a reforma curricular. **Boletim da ABEM**, 30 (1/2):8-9, 2002.

FÁVERO, M. L. A. **A universidade do Brasil**: na odisséia do ensino superior. Disponível em: http://cfch.ufrj.br/jor_p4/Educup2/univbras.html, acesso. Acesso em: 12 fev. 2003.

FELICIELLO, D. **Os projetos pedagógicos das escolas médicas no Brasil**: uma contribuição para avaliação do ensino superior no país. Campinas, 2001. (Tese - Doutorado - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

FERREIRA, O. L.; FONSECA, M. R. F.; EDLER, F. C. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no Século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, M.A.M. **Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 59-80.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. **Revista Educación Médica y Salud**, 11(1), p. 3-25, 1977.

_____. **Arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

GARCIA, J. C. **La educación médica en la América Latina**. Washington: OPAS/OMS, 1972. Publicação científica, 255.

GONÇALVES, M.R. et all. **Análise do processo de implantação do Projeto CINAEM na Universidade Estadual de Maringá**. Maringá, 05 out.1997. (mimeo)

HEGENBERG, L. **Explicações científicas**. Introdução à filosofia da ciência. 2. ed. São Paulo: EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

IBANEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

JAPIASSU, H. **O mito da neutralidade científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

LAMPERT, J. B. Currículo de graduação e o contexto da formação dos médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 25 (1):7-19, 2001.

LE GOFF, J. Uma história dramática. In: LE GOFF, J. (Org.) **As doenças têm história**. Tradução de Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1985.

LIMA, J. C. S. **Educação e prática médica:** os movimentos de educação médica na América Latina. Rio de Janeiro, 1983. (Dissertação – Mestrado – Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro).

LIMA, L. F. M. e PUCÚ, A. de S. S. Doze anos de assistência médica na previdência social. **Saúde em Debate**, 13: 20-29, 1981.

LOBO, L. C. G.; FERREIRA, J.R. La carreira medica en la Universidad de Brasilia. **Revista Educación Médica y Salud**, 4(4): 310-325, 1970.

MACHADO, M. H. Os médicos e o mercado de trabalho. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000.

MACHADO, J. L. M. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p. 4.

_____. Trabalho conjunto consolida 3ª fase CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Editorial. p.2.

MADEL, T. L. **As instituições médicas no Brasil:** instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendência em análise do discurso**. Tradução de Freda Indursky; Revisão dos originais da tradução Solange Maria Ledda Galo, Maria da Glória de Deus Vieira de Moraes. 3. ed. Campinas: Pontes; ed. da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

MARCONDES, E. O curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo. **Revista Educación Médica y Salud**, 9(2): 172-193, 1975.

MARSIGLIA, R.G. **Relação ensino/serviço:** dez anos de integração docente Assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. (Saúde em Debate, 90)

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hicitec, 2002.

_____. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 61-112.

_____. e BUENO, W. S. Organizações sociais: autonomia de quem e para que?(on line) In: **Conferência Nacional de Saúde On-Line**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/Osreflex2.htm>>. Acesso em: 23 jun. 1998.

NUNES, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E. E.; NUNES, E.D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.113-134.

_____. (Org.). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez, 1989. (Pensamento Social e Saúde, v.5).

_____. Pequeno guia/vocabulário para a utilização da história arqueológica como instrumento de pesquisa qualitativa. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10): 125-134, fev.2002.

_____. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, J. A. de A. A crise da Previdência e seu impacto sobre a política de saúde. **Saúde em Debate**, 13: 4-19, 1981.

ORLANDI, E.P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 2. ed. Campinas: Pontes, 2000.

PARIZI, R. R. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abril de 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p. 4.

PEREIRA NETO, A. F. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PINTO, H. A. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p.4.

REDE UNIIDA. **Contribuição da rede UNIDA para o II Encontro de Escolas Médicas da CINAEM.** Brasília, 13 e 14 jul. 1997. (mimeo).

RIBEIRO, C. M. P. **Estudo da mudança curricular no ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 1983. (Dissertação - Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais).

RIBEIRO, D. **Aos trancos e barrancos: como o Brasil deu no que deu.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ROCHA, H. H. P. **A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925).** Campinas: Mercado das Letras; São Paulo: FAPESP, 2003.

ROMANO, J. A. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p.5.

SALUM, M. J. L. A responsabilidade da universidade no processo institucional de renovação das práticas de saúde: questões sobre o Programa de Saúde da Família. (on line) In: **Conferência Nacional de Saúde On-Line.** Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/educaçãosaúde/edenfer.htm>>. Acesso em: 18 jun. 1999.

SANTOS, R. C. **Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil.** Campinas, 1998. (Dissertação - Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

SANTOS FILHO, L. de C. **História geral da medicina brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1977, v. 2.

SCHRAIBER, L. **Educação médica e capitalismo.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989.

Secretaria de Educação Superior (SESu/MEC). **Edital nº 4/97.** Diário Oficial da União, Brasília – DF, 08 de fevereiro do 1998.

SILVA, M. R. B. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 8(3): 543-68, set-dez. 2001.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

SOBRAL, D.T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 15(1): 1-32, jan/dez 1991.

STELLA, R.C.R. O ensino médico precisa ser reformulado. **MEDICINA Conselho Federal**. Brasília, abr. 1999, ano XIV, n. 104. Entrevista. p.26-7.

_____. Representantes do colegiado avaliam impacto do Provão junto à CINAEM. **Jornal da CINAEM**, Brasília, abr. 2000, ano II, n. 3. Repercussão. p.5.

TOMANIK, E.A. **O olhar no espelho**. “Conversas” sobre a pesquisa em Ciências Sociais. Maringá: EDUEM, 1994.

VILARREAL, R. Problemas y tendencias de la educacion medica em la América Latina. **Revista Educación Médica y Salud**, 3(2): 259-266, 1969.

6- ANEXOS

ANEXO A – Fontes Consultadas

Reuniu-se nesta lista todos os documentos analisados agrupados em três grupos: Primeira, Segunda e Terceira Fase.

Primeira fase

categoria	título	data
ata	Ata da 1ª reunião colegiado da CINAEM	04/03/1991
ata	Ata da 2ª reunião colegiado da CINAEM	09/04/1991
Ata	Ata da 3ª reunião colegiado da CINAEM	23/04/19 91
ata	Ata da 4ª reunião colegiado da CINAEM	15/05/1991
ata	Ata da 5ª reunião colegiado da CINAEM	06/11/1991
ata	Ata da 6ª reunião colegiado da CINAEM	10/12/1991
ata	Ata da 7ª reunião colegiado da CINAEM	31/01/1992
ata	Ata da 8ª reunião colegiado da CINAEM	25/03/1992
ata	Ata da 9ª reunião colegiado da CINAEM	29/04/1992
ata	Ata da 10ª reunião colegiado da CINAEM	17/06/1992
ata	Ata da 11ª reunião colegiado da CINAEM	14/07/1992
ata	Ata da 12ª reunião colegiado da CINAEM	10/08/1992
ata	Ata da 13ª reunião colegiado da CINAEM	23/09/1992
ata	Ata da 14ª reunião colegiado da CINAEM	16/11/1992

categoria	Título	autor	data
Anexo de ata	Projeto de avaliação do ensino médico: anexo da 6ª reunião	A comissão	Sem data
Anexo de ata	Síntese das discussões da CINAEM, realizada em 30/01/93:-discussão do papel da CINAEM; -eixos norteadores para o desenvolvimento de estudo junto as escolas médicas brasileiras em 1992	A comissão	01/1992
Materiais de consultoria	Diagnóstico de Qualidade Educacional	Prof. Ms. Ernesto Jacob Keim	05/1993
Relatório intermediário da 1ª fase	Protocolo de avaliação do ensino médico: dados relativos a criação de escola; produto final; estrutura curricular	Antonio Rafael da Silva	01/1992
Relatório intermediário da 1ª fase	Análise do Protocolo de avaliação do ensino médico -avaliação dos alunos	Isac Jorge Filho	01/1992
Relatório intermediário da 1ª fase	Análise do Protocolo de avaliação do ensino médico – dos docentes	Isaias P. da Costa	01/1992
Relatório intermediário da 1ª fase	Análise preliminar do protocolo de avaliação da educação médica	Escrito no impresso do CREMERJ, Relatório oficial da CINAEM	01/1992
Relatório intermediário da I fase	Avaliação do ensino médico no Brasil. Primeira fase: estudo epidemiológico de desenho ecológico. (resultados preliminares)	Sem autor	janeiro 1992
Relatório final	Projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil - 1ª Fase – Analise do protocolo individual das escolas médicas - 1992	Coord. Técnica – Roberto Xavier Piccini; Organização final e revisão dos relatórios – Joanir Pereira Passos, Jorge Luiz Amaral, José Eberienos Assad, Luiz Antonio Santino Rodrigues da Silva, Vera Machado Lopes; Coordenadores de trabalho de campo – Domenico Felicielo, Luiz Antão Santini Rodrigues da Silva; Auxiliares de pesquisa – Janete Maria Leite de Ataíde, Selma James Regino	Fim de 1992 (CINAEM, 1992a)
Outros	Ensino médico no Brasil: uma contribuição para os debates da IX Conferência Nacional de Saúde	Assinado pela CINAEM	23/09/92 (CINAEM, 1992b)

Segunda Fase

categoria	título	data
ata	Ata da 15ª reunião colegiado da CINAEM	13/janeiro/1993
ata	Ata da 16ª reunião colegiado da CINAEM	3/abril/1993
ata	Ata da 17ª reunião colegiado da CINAEM	24/abril/1993
ata	Ata da 18ª reunião colegiado da CINAEM	28/maio/1993
ata	Ata da 19ª reunião colegiado da CINAEM	7/julho/1993
ata	Ata da 20ª reunião colegiado da CINAEM	24/setembro/1993
ata	Ata da 21ª reunião colegiado da CINAEM	20/outubro/1993
ata	Ata da 22ª reunião colegiado da CINAEM	26/janeiro/1994
ata	Ata da 23ª reunião colegiado da CINAEM	21/março/1994
ata	Ata da 24ª reunião colegiado da CINAEM	05/maio/1994
ata	Ata da 25ª reunião colegiado da CINAEM	11/junho/1994
ata	Ata da 26ª reunião colegiado da CINAEM	15/julho/1994
Não se conseguiu localizar as atas entre o período de julho/94 a julho/98		

categoria	Título	autor	data
Carta de apresentação do proposta da II fase	Sem título	William Saad Hosne	Logo após outubro de 1993 (sem data)
Anexo de atas	Orçamento básico CINAEM, exercício 1994	Sem autor	Sem data
Anexo de atas	Relatório financeiro – 1992/1994	Sem autor	Sem data
Anexo de atas	Relatório das atividades da CINAEM	Sem autor	Janeiro 94
Projeto, versão inicial	O projeto da CINAEM	Sem autor, mas com escrito grande CINAEM – documento da comissão.	Sem data
Projeto, versão sobre implantação	Projeto CINAEM: foco de avaliação-oficina de instalação – Marília - SP	Sem autor, mas com timbre da CINAEM	09-12/04/96 (CINAEM, 1996a)
Materiais de consultorias	Proposta de divulgação da segunda fase da avaliação das escolas medicas do Brasil (não aprovada)	Fernando pereira – assessor de imprensa CREMERJ	Sem data
Projeto, versão intermediário	Avaliação das escolas médicas – anteprojeto da segunda fase – avaliação das escolas médicas a partir do enfoque estratégico	Edmundo gallo; Rogério Carvalho dos Santos	Maio/1993
Projeto, versão intermediário	Avaliação das escolas médicas – anteprojeto da segunda fase – avaliação das escolas médicas a partir do enfoque estratégico	Sem autor, mas com timbre da CINAEM	Nov/1993
Projeto, versão intermediaria	Avaliação das escolas médicas do Brasil – segunda fase – primeiro módulo (1 e 2)	Roberto Xavier Piccini; co-autores: Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Juvenal Soares Dias da Costa, Luiz Antonio Santini	Outubro/1993
Projeto, versão final	Avaliação das escolas médicas do Brasil – segunda fase – primeiro módulo	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Juvenal Soares Dias da Costa, Luiz Antonio Santini	1994
Projeto versão intermediário	Dúvidas e contribuições ao primeiro módulo da segunda fase do projeto de avaliação das escolas médicas do Brasil	Roberto Xavier Piccini	05/11/94
Relatório de oficina de trabalho	Projeto CINAEM – avaliação do ensino medico do Brasil – segunda fase – oficina de implantação de Marília	Memória da oficina, sem autor	Abril/1996
Relatório intermediário	Relatório dos trabalhos da segunda fase, com as oficinas de Botucatu, Salvador, Londrina e Natal (incompleto!)	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini	Sem data (CINAEM, 1995a)
Relatório final	Avaliação do ensino médico no Brasil – relatório geral – 1991-1997	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini	Maio/1997
Comentários sobre a fase	CINAEM: a consolidação da parceria entre as entidades e as escolas médicas	Reinaldo Ayer de Oliveira	Sem data, mas provável após a publicação do relatório final em 1997
congresso	Material do congresso Panamericano de Educação médica de Punta Del Leste	Sem autor	1994

Terceira Fase

categoria	título	data
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	10 e 11/07/1998
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	20/08/1998
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	14/09/1998
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	01/12/1998
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	02/02/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	22/03/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	19/04/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	07/05/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	08/06/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	19/08/1999
ata	? ^a reunião do colegiado da CINAEM	23/11/1999
ata	Ata da 1 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	13/01/2000
ata	Ata da 2 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	29/02/2000
ata	Ata da 3 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	07/04/2000
ata	Ata da 4 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	30/06/2000
ata	Ata da 5 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	20/07/2000
	E a 6 ^a reunião?	
ata	Ata da 7 ^a reunião do colegiado da CINAEM de 2000	12/12/2000

categoria	Título	autor	data
outros	Contribuição da Rede UNIIDA para o II Encontro de Escolas Médicas da CINAEM	Rede UNIIDA	13 e 14/07/1997
Projeto, versão inicial	Projeto CINAEM – Transformação do ensino médico no Brasil: Um processo coletivo de construção do novo (apresentação no congresso de Uberaba – VII fórum)	Roberto Xavier Piccini	Outubro/1997
Projetos, versão inicial	Transformando a educação médica brasileira – projeto CINAEM – III fase	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini	Julho/98
Projetos, versão intermediária	Transformando a educação médica brasileira – projeto CINAEM – III fase	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini	Novembro/98 (CINAEM, 1998b)
Projetos, documentos anexos	Apresentação do projeto CINAEM – transformando a educação médica brasileira – III fase	Equipe técnica	1998
Proposta para oficina de implantação	Transformando a educação médica brasileira – ano de 1999, capacitação, elaboração coletiva e testagem de instrumentos - projeto CINAEM – III fase	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini, mais equipe de consultores e monitores	Novembro/1998
Eventos, oficina	I oficina Sulbrasileira sobre ensino médico: folder mais relatório final	Regional sul – Abem/CINAEM	2 a 4/04/1998
oficina de implantação	Tarefas preparatórias da Oficina de Campinas, CINAEM	Equipe técnica	26/04/1999
Relatório oficina de implantação	Oficina da CINAEM – III fase - Preparando a transformando a educação médica - Campinas	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini, mais equipe de consultores e monitores	Maio/1999
Relatório oficina de implantação	Memória - Oficina da CINAEM – III fase - Preparando a transformando a educação médica	Roberto Xavier Piccini; Edmundo Gallo, Rogério Carvalho dos Santos, Luiz Augusto Faccini, mais equipe de consultores e monitores	Maio/1999
oficina de trabalho	Projeto CINAEM – III fase – Proposta de relatório – Experiências inovadoras em Educação Médica	Equipe técnica	31/05/1999
Materiais de consultores	Relatório produzido para oficina da CINAEM de Aracaju sobre a gestão da escola médica: “um gestor da escola médico governa o que?”	Emerson Merhy	Setem/1999
Oficinas de trabalho	Carta para os consultores precisando o pedido para oficina do RJ	Roberto Xavier Piccini	05/08/1999
Oficinas de trabalho	programação	Roberto Xavier Piccini	Agosto/1999
Oficinas de trabalho	Sistematização das experiências sobre processo de formação encaminhado pelas escolas	Roberto Xavier Piccini	Agosto/1999
Oficina de trabalho	Programação da Oficina de Aracaju, grupos de trabalho sobre gestão e avaliação transformadoras	Sem autor, provável equipe técnica mais consultores de planejamento	20/09/1999
Oficina de trabalho	Comentário sobre a oficina de Aracaju	Roberto Xavier Piccini	Sem data
Relatório final	Preparando a transformação da educação médica brasileira – Projeto CINAEM III fase – relatório 1999-2000	Equipe técnica mais consultores	Agosto/2000
Outros	Boletim da CINAEM	CINAEM – diretoria executiva	Maio/1999
Outros	Boletim da CINAEM	CINAEM – diretoria executiva	Setembro/1999
Outros	Boletim da CINAEM	CINAEM – diretoria executiva	Abril/2000
Outros	Boletim da CINAEM	CINAEM – diretoria executiva	Setembro/2000
Outros	Boletim informativo seminário internacional de acreditação institucional e certificação profissional da CINAEM	Sem autor	06/05/2000