

Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM¹ as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina

Emerson Elias Merhy e Giovanni Gurgel Aciole***

Resumo: A partir da crítica aos paradigmas que fundaram a atual estrutura e a lógica de funcionamento da formação em Medicina, dados pelo Relatório Flexner, e instigados pelos sinais de esgotamento do modelo de atenção que tal estrutura tem produzido, os autores apresentam uma síntese da história do movimento da CINAEM. Movimento que, nos últimos dez anos, mobilizou-se em torno da transformação do ensino médico brasileiro com vistas à construção de um novo paradigma para a escola médica e que, apesar de sua crise atual, logrou construir um método e os instrumentos necessários para o processo e a profundidade da mudança pretendida. Ao fazê-lo, apontou que aliar o saber fazer tecnológico ao saber fazer cuidador significa dar à formação médica o encontro resolutivo com as necessidades de saúde, individuais e coletivas, da população brasileira.

Palavras-chave: Medicina, saúde & sociedade, educação, ensino médico.

Abstract: Through the critique of the Flexner Report, which organizes the conceptual basis for the structure and the performance of Medical School, and instigated by signals of collapse of the health system, produced by this structure, the authors present a historical synthesis of the CINAEM. This movement struggled for the transformation of the medical school and the creation of another paradigm for the medical education. Despite of its crisis, the CINAEM built the method and the instruments for the desired transformation and showed that the medical formation requires the association of the technical and the care disposition, which demands considering both the individual and the social necessities as well as the medical practice. In addition, the CINAEM demonstrated that the consolidation of the new know-how makes the changes possible.

Key-words: Medicine, health and society, education, medical school.

* Professor livre-docente da Unicamp, ex-consultor e ex-membro da equipe técnica da CINAEM. emerhy@fcm.unicamp.br

** Mestre e doutorando em saúde coletiva da Unicamp, ex-assessor de planejamento das oficinas da CINAEM e presidente do sindicato dos médicos de Campinas. aciole@fcm.unicamp.br

1. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, a CINAEM, sigla que utilizaremos neste texto, ganha condição de movimento pela transcendência que deu à avaliação do ensino médico, constituindo caminhos de mudança sem igual na atual história do processo de formação médica brasileiro. Para detalhes, ver adiante o relato de sua trajetória. Apesar de ser um produto de vários sujeitos coletivos, como os estudantes de medicina organizados pela sua entidade DENEM (Diretoria Executiva Brasileira dos Estudantes de Medicina), ou os professores das escolas médicas com a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), sem dúvida a CINAEM não seria possível sem a atuação firme, por anos a fio, da sua equipe técnica, que teve em Roberto Piccini, Luis Fachini e Rogério Carvalho sua sustentação. O que vai ser produzido neste texto é devedor e reconhece a co-autoria dos mesmos.

Introdução

Quando, na primeira década do século XX, Flexner concluiu o seu famoso relatório, dava início a uma revolução paradigmática sem precedentes na estruturação do processo de formação médica. Tanto quanto uma revolução, o Relatório Flexner promoveu a atualização da educação médica ao estágio do desenvolvimento da sociedade americana, capitalista, do seu tempo, formatando um padrão de estruturação da escola de medicina, definindo-lhe um lugar ideal e um conteúdo a ser ministrado.

“Administrando” os cursos de medicina a partir da ótica de uma certa racionalidade científica, legitimou discursivamente o processo de formação médica pelas perspectivas científicas da época. Ao estabelecer um modo padronizado e de excelência para produzir a formação do médico, Flexner não apenas deu uma nova lógica ao processo, como construiu uma ruptura paradigmática com a maneira, segundo ele, empírica, que vinha viabilizando a escola médica (SCHRAIBER, 1994).

As diretrizes que estabeleceu para a formação médica e para a estruturação da escola de medicina estavam consoantes com as necessidades sociais ditadas pelo modelo capitalista em desenvolvimento e com os avanços científicos legitimados, de então. Consideramos a aplicação daquelas diretrizes em consonância com um modo de se produzir o encontro entre as necessidades das organizações de ensino e as lógicas funcionais existentes na prática médica. Tal encontro permitiu construir uma resposta que desse sinergia entre sua dimensão de prática técnica – que se estruturava de acordo com as características de uma prática social, inserida no modo de produção da sociedade americana do período – e a racionalidade que fundamentava essa mesma prática social direcionada para a construção e consolidação do modo de produção vigente.

Ao organizar a escola médica, atualizando-a, aquele “intelectual-administrador” deixou-a mais adequada aos ditames econômicos e científicos da modernidade. Ao trazer o modelo da educação médica para a modelagem que o científico adquiriu, Flexner acabou por adotar os recortes imanentes a esta prática, enquanto prática técnica: especialização do trabalho e fragmentação do saber.

Essa modelagem garante à prática médica uma ampliação da sua capacidade de “medicalização” das questões que toma como seu objeto, em particular viabilizada pela sua atuação sobre o corpo humano como espaço prioritariamente do biológico, aprofundando mais e mais os recortes morfofuncionais estruturantes desse corpo, passando por todos os planos anatômicos, dos órgãos e sistemas, e pelo plano celular, atingindo o mais microscópico e molecular, com o genoma.

Sob tal paradigma organiza-se a estrutura curricular da formação do médico, de modo que este, enquanto aluno, vai ser inicialmente apresentado ao silêncio formalizado do cadáver a dissecar e, durante os dois primeiros anos de sua formação, consumirá o tempo de sua jornada em fazer-se médico na apropriação dos diferentes planos anátomo-funcionais. Como etapa intermediária, o estudante será apresentado a uma rica taxonomia de sinais e sintomas, tomada numa lingua-

gem específica, a semiologia, cujo valor de uso lhe permite compreender, significar e intervir sobre um corpo – agora vivo –, mas que continua a se manifestar pelo silêncio dos órgãos que o médico vê, apalpa, percute e pressiona. Finalmente, esse corpo será estilhaçado numa interminável variedade de disciplinas que formatam e organizam o saber interventor e que “desconstrói” o corpo humano em seus vários órgãos, sistemas e aparelhos, cada qual definindo uma especialidade que delimita seu campo de abrangência a partir de uma suposta integração dos vários sistemas e aparelhos. Tal integração só se daria nos planos abstratos de um lugar inexistente e responde pela fragmentação da prática médica, que, por sua vez, formata a própria escola médica (SANTOS, 1998). É assombrosa a capacidade do paradigma dessa medicina clínica que, segundo Foucault (1994), constituiu-se no segundo paradigma da história da medicina e que constrói seu objeto como um saber sobre o indivíduo, tomado como corpo doente que exige uma intervenção que dê conta dessa sua singularidade, abstraíndo-a dos demais planos da realidade. Essa é a base da chamada medicina científica e tecnológica atual, construída e constituída nos pilares do positivismo científico (SCHRAIBER, 1994; ACIOLE, 2000).

Esses também têm sido os pilares e os marcos da educação médica, ao longo do século XX, que deu continuidade à complexa relação entre a medicina e a sociedade, observada no século anterior, com o adicional de ter revelado o esgotamento desse modelo. Seja porque se esgotou de fora, com as teorias críticas expurgando um certo exagero do “centramento” da razão; seja porque se esgotou de dentro, pelo próprio desgaste de uma certa modalidade de expansão científica na qual produz parte de si enquanto tecnologia (ACIOLE, 2000).

Além disso, à medida que se consolidou, o modo de produção capitalista trouxe, em seu bojo, crises. Crises resultantes dos antagonismos e conflitos sociais que vão sendo produzidos e mitigados, pela lógica do capital, em sua trajetória histórica e, que, nesse processo, vão permitindo a sucessão de ciclos pós-crisis, sempre potencialmente reformuladores, reformadores e, simultaneamente, geradores de novas crises e de saídas para as mesmas. A sociedade capitalista mundial vem-se conformando, nesse processo, como uma sociedade de crises e em permanente crise, que se reinventa o tempo todo. Até quando, não se sabe!

A medicina, que, enquanto prática social e enquanto prática técnica (DONNANGELO, 1976), não poderia ficar de fora dessa situação, tem sido justamente criticada no modo como se vem realizando tecnologicamente, agregando crescentes e estratosféricos custos – quer a tomemos do ponto de vista individual, quer como prática técnica essencial da saúde pública – sem conseguir, com isso, aumentar proporcionalmente sua capacidade resolutiva ou mesmo realizar sua promessa, muitas vezes implícita, de produzir saúde e felicidade.

É possível imaginar situações bem paradoxais com o tipo de avanço científico que a medicina vem experimentando, desde que se tornou científica e tecnológica: ao mapear o genoma humano, produzir microcirurgias em feto, produzir artefatos biotecnológicos quase perfeitos e estar a um passo de clonar humanos, deixa claro o contraste com a sua reconhecida incapacidade de resolver e solucionar velhos males milenares da humanidade. Para muitas coisas, apesar de sua preten-

são discursiva, a capacidade de intervenção segue sendo a menor possível, quando não beira a mais completa ignorância. E é interessante observar a sua prática em deslegitimar as outras formas de práticas de saúde, como as medicinas orientais, que, por não seguirem os padrões de produção de conhecimento existentes na medicina tradicional, acabam sendo marginalizadas, mesmo que construam tecnologias mais eficazes sobre certas dimensões dos problemas de saúde.

Se, enquanto prática técnica, essa medicina cientificista pode ser questionada em suas aporias, que dizer, então, se tomada enquanto prática social? Na sua relação com o meio social em que atua, ficam mais evidentes seus limites e contradições, que se expressam na sensação de insegurança que acomete o usuário ou paciente diante dos avanços e retrocessos na sua saúde; diante dos enormes recursos dispendidos, sem uma resposta precisa. As contradições ficam evidentes quando se pensa no fato de que, a medicina tanto acena com uma capacidade ampliada de resolver e enfrentar diversos problemas do cotidiano, quanto vai parecendo distante e inacessível; tais contradições são reforçadas, ainda mais, pelos reclamos uníssonos em torno de uma “humanização” de sua prática.

Tais limites e contradições se espelham, por exemplo, nos intensos debates e ações em busca de um novo profissional, formado, logicamente, por uma nova escola médica. Uma escola que, mais do que apenas voltada para a obtenção de um grau de excelência, possa produzir um profissional comprometido com outros valores, como a defesa da vida individual e coletiva, e que, mais do que um ás em certos procedimentos tecnológicos, seja também um cuidador, isto é, capaz de buscar não somente a melhor resolução técnica possível para os problemas de saúde, como, também, implicado com a inclusão de seus usuários ou clientes no mundo da cidadania, de modo permanente e solidário.

Foi em torno deste campo, aqui delineado em seus contornos mais gerais, que acontece a ação do movimento da CINAEM. Movimento que produziu, com muita força e indignação, não apenas a teoria do conhecimento necessária para a dissecação do modelo paradigmático que se pretendia transformar – e que tinha no ideário flexneriano sua força e seu vigor instituído –, mas, também, a teoria de um conhecimento em busca de um novo paradigma para a formação médica, estruturante de uma nova escola e coerente com os ideais que se pautam pela produção da vida, antes de tudo.

Com sua intervenção, por vários anos, o movimento da CINAEM nos deixou em melhores condições de vislumbrar as mudanças necessárias para a escola médica, desenhando ferramentas e estabelecendo marcos teóricos para esta transformação e consolidando técnicas e práticas pedagógicas que, apesar de ainda estarem num estágio inicial de experimentação, reforçam o sentimento de potência “instituinte” de que é portador.

Os nós críticos da transformação

Para pensar os caminhos e possibilidades de uma nova escola médica, comprometida com a formação de um médico cuidador, solidário e eticamente responsável com a defesa da vida, apto a utilizar a resolução técnica a serviço da

inclusão permanente dos seus usuários em um mundo de cidadania, importa-nos partir de um mapa atual da escola médica, que enfatiza os seus pontos de tensões, enquanto nós críticos, cujos desatamentos podem ser fundamentais para operar as mudanças.

Tomando a escola médica como uma instituição, vemos que ela se apresenta como um permanente processo de construção de arranjos organizacionais, debruçados sobre um terreno de tensões constitutivas. Tensões que devem ser visadas enquanto objetos de ação daqueles arranjos, para que a escola se viabilize como instituição organizada, pois ser campo de tensões é propriedade de toda e qualquer instituição e, se as mesmas não forem geridas, explodem suas possibilidades estruturantes (MERHY, 2002).

Além disso, as instituições de saúde - e a escola médica é também uma instituição de saúde - constituem tensões particulares, a partir do seu objeto singular, que é a produção do cuidado. Se olharmos para o processo de trabalho no campo da saúde, podemos perceber que o objetivo numa dimensão mais abstrata, até pode ser tomado como a produção da saúde ou a prevenção da doença, mas o meio que se utiliza para atingi-lo é o da produção do cuidado, individual ou coletivo. Essa característica, a da produção do cuidado, pode mesmo ser considerada a alma dos serviços de saúde, porque se constitui na promessa que os mesmos se propõem a cumprir (MERHY, 2002).

Para realizar esta promessa - se o cuidado produzido for consumido a saúde será conquistada ou mantida -, o profissional de saúde dispõe, em ação de prestação de serviço, de determinados recursos que denominamos de tecnológicos, entre os quais incluímos as tecnologias materiais (equipamentos, instrumentos e máquinas) que denominamos de tecnologias duras; as tecnologias saberes estruturados, que denominamos leve-duras; e as tecnologias relacionais constituídas em ato, que denominamos de leves. Quanto maior o leque de tecnologias utilizadas, tanto mais ampliada a capacidade do profissional ou do serviço de saúde de cuidar do seu paciente, na sua complexa expressão, como necessidades de saúde, ou mesmo de resolvê-las, tanto no plano individual quanto coletivo.

Isto, em si, alberga uma das tensões constitutivas mais centrais dos processos de trabalho do campo da saúde: a tensão existente entre a lógica de produção de atos de saúde como procedimentos técnicos específicos e a da produção de atos de saúde como cuidado. Ora, uma das imagens consolidadas em torno da escola médica, é que, desde a sua formação flexneriana, tem-se tornado um lugar exponencial de incorporação de tecnologias duras, combinadas a formas muito especializadas de agregação das tecnologias leve-duras, a ponto de reduzir ou mesmo asfixiar a dimensão cuidadora, preche de tecnologias leves e leve-duras. E uma das expressões mais comuns, hoje, é a sensação de insegurança dos usuários, por um lado, diante da incapacidade dos serviços para cuidar dos seus problemas de saúde e, por outro, diante da alta capacidade de realizar a produção de procedimentos (MERHY, 2002).

Uma segunda grande linha produtora de tensões na escola médica origina-se da sua dupla vinculação: ao campo da saúde e ao campo da educação. A convivência deste campo, que promete a produção de sujeitos sabidos e competentes para

operar o conhecimento, através do processo de ensino-aprendizagem, com o dos processos específicos da atenção/intervenção no processo saúde/doença, inclui neste último as lógicas que governam os distintos processos pedagógicos e as relações marcadamente “adocráticas” que atuam no seu interior.

Compreender, por exemplo, a maneira como a escola vem atuando sobre esses distintos focos de tensões, como vem fazendo seus arranjos gestores, quais são suas principais linhas de disputas e como estas têm ou vêm operando no seu interior, e que demandas, então, estão colocadas, vem-se revelando como um passo necessário para a articulação de ações eficazes que possam modificar o ensino.

Agora, algumas características acumuladas ao longo do processo da CINAEM podem ser apontadas de modo contextualizado:

a) as escolas médicas são organizações fortemente constituídas pela lógica “adocrática”, ou seja, são organizadas como lugares extremamente atravessados pelo domínio de saberes e práticas, particularizados, segmentados e especializados, e que negociam tais domínios em torno dos processos pedagógicos e da capacitação profissional dos médicos, no caso, também docentes; ocorre que, dentro de uma cultura “adocrática” numa organização, os especialistas, agrupados em núcleos, tendem a privatizar os espaços públicos e a não prestar conta do que fazem, a não ser para os seus pares. Numa situação como essa, tais núcleos de especialistas, quer em grupo, quer individualmente, vão exercendo enorme autonomização, subordinando e tornando secundários os espaços coletivos que podem ordenar outros sentidos para o agir coletivo da organização;

b) como resposta, acontece um grande esforço organizacional para controlar essa autonomia, na forma de um conjunto de regras e normas de controle sobre os meios; e, desse modo, as escolas médicas também são igualmente organizações intensamente burocratizadas, em que o domínio dos territórios dos saberes e práticas se estabelece na autonomização e fragmentação das disciplinas, associadas a rígidos controles burocráticos.

A possível ruptura, exigida pelas perspectivas de mudança, deve, portanto, considerar tais características e adotar como estratégia a radicalidade na defesa da produção do cuidado, centrada no mundo das necessidades dos usuários, para a conformação do modelo de ensino-aprendizagem. Isto significa, em outras palavras, que, mais do que expor o aluno ao objeto da técnica em si, esse modelo deverá expô-lo ao objeto relacional que se constitui com o usuário, na micropolítica do cuidado, em uma situação que lhe permita o reconhecimento de sua situação singular e a capacidade de dialogar e agir tecnologicamente com a complexidade social em que ambos se encontram.

Para a produção de tal mudança, paradigmática no que diz respeito à conformação de um novo modelo de ensino-aprendizagem, é fundamental que se construa uma cartografia dos processos educacionais em curso e em potencial, a partir da qual se constitua um processo de pacto coletivo visando a uma missão mais “integralizadora”, para o agir no interior da escola médica e, a partir daí, para o agir no exterior da escola médica, na sua inserção no mundo real das coisas e das pessoas e, principalmente, das relações entre elas (MERHY, 1999).

A CINAEM: um breve relato de sua história e dos seus resultados²

Na verdade, enquanto processo de avaliação do ensino médico brasileiro, a experiência da CINAEM não constitui, em si, nenhum aspecto inovador, pois há diversas tentativas anteriores de realizar uma avaliação desse objeto.

A inovação trazida pelo Projeto desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) encontra-se na forma adotada para realizar a avaliação e nos seus objetivos e métodos construídos para efetivá-la. Segundo os membros de sua equipe técnica, “o projeto CINAEM traz como objetivo principal a avaliação dos componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada através de diferentes metodologias e instrumentos” (CINAEM, 2000).

Uma diferença de capital importância reside propriamente na formação da comissão que iniciou seus trabalhos em 1991 e que reunia entidades ligadas ao ensino universitário, em geral, e médico, em particular; entidades representativas de docentes e alunos; entidades médicas de representação sindical, reguladoras e associativas. Essa comissão foi ampliada, a partir de 1999, com a entrada da representação nacional dos gestores de saúde do SUS.

Tendo como foco a transformação da escola médica na direção de uma formação profissional adequada e comprometida com demandas sociais, que interrogavam o caminho da medicina tecnológica, o processo de trabalho da CINAEM pode ser dividido em quatro fases. Nas duas primeiras, a comissão constituiu um processo de avaliação diagnóstica e transformadora. Na primeira fase, da qual 76 escolas médicas participaram, o projeto avaliou a adequação da formação dada aos médicos através da aplicação de um questionário a representantes de cada escola. Foram questões sobre as estruturas político-administrativa e econômico-financeira, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico adotado, atividades de pesquisa e extensão existentes e características dos médicos formados.

A segunda fase utilizou os elementos diagnósticos da primeira e elaborou uma metodologia voltada para o aprofundamento e detalhamento das informações sobre os componentes das categorias determinantes do desempenho do médico formado. Essa fase contou com a participação de 48 escolas.

Com essas duas fases, a CINAEM consolidou-se e legitimou-se, ao mesmo tempo em que consagrou outro diferencial importante do seu método de trabalho: a construção coletiva e amplamente democrática dos novos métodos.

A construção de técnicas e instrumentos a serem utilizados foi não apenas fundamental para a avaliação e a mobilização dos participantes, como também rompeu a inércia e o conservadorismo em muitas escolas médicas brasileiras, que se abriram para o processo de avaliação e transformação, colocando esta última como uma possibilidade concreta.

Como produtos obtidos nessas duas fases, seus autores destacam: a ratificação e o detalhamento do papel do docente na definição do modelo pedagógico (con-

2. Esta parte do texto é inteiramente baseada e, portanto, totalmente devedora do Relatório Fase III da CINAEM, realizada pela Equipe Técnica, coordenada pelo professor Roberto Piccini.

forme a natureza “adocrática” da organização a que já aludimos), na opção pelo planejamento e gestão da escola, bem como nos resultados alcançados em termos de ensino, pesquisa e extensão; a identificação da inadequação do modelo pedagógico como um dos determinantes da ineficiência e ineficácia atual da resposta médica às necessidades de saúde individual e coletiva; e o pequeno crescimento cognitivo dos discentes, com desempenho insatisfatório ao final da graduação em torno de 50%, resultados que corroboraram outros estudos anteriormente feitos (CINAEM, 2000).

Já a terceira fase voltou-se para a avaliação do crescimento cognitivo durante todo o processo de formação, do nível de conhecimento do aluno ao finalizar o curso e da curva de crescimento cognitivo ao longo do curso, nas grandes áreas do conhecimento médico.

Além disso, exigiu a definição objetiva e precisa das características do médico que se deseja formar, da escola médica necessária para essa formação, do processo de formação compatível a ser adotado e dos docentes para essa tarefa, bem como do processo de avaliação para julgar e corrigir a trajetória das mudanças.

Entre os instrumentos consolidados nesta etapa estão a curva de crescimento cognitivo e o teste de progresso. Segundo seus autores, esta terceira fase, além da maturidade política, “possibilitou a consolidação do Projeto CINAEM como processo investigativo de alta qualidade científica” (Relatório III Fase da CINAEM, 2000).

Tendo como objetivo geral estimular a manutenção e a ampliação do movimento social de transformação da escola médica, a terceira fase proporcionou a construção coletiva de uma proposta de transformação da escola médica, sustentada em novos paradigmas capazes de viabilizar a formação do médico adequada às demandas sociais contemporâneas, em geral, e brasileiras, em particular.

Sob essa lógica, os desdobramentos inerentes a esta fase envolveram o estímulo à formação de núcleos de educação médica em cada escola, a construção de uma agenda regional e nacional de eventos para promover uma maior socialização das experiências singulares e o delineamento do novo processo de formação, considerando as diretrizes da transformação.

Nesta fase, iniciada em 1997 e com duração de mais ou menos dois anos, consolidaram-se os grandes eixos da transformação: *o novo processo de formação, a profissionalização da docência médica, a gestão transformadora e a avaliação transformadora.*

O *novo processo de formação*, de acordo com as discussões e produção da reflexão coletiva havida nesta fase, deveria centrar-se na comunidade, com enfoque na pessoa e nas suas necessidades. Com a adoção desse enfoque, o trabalho médico potencializa a exigência de um profissional operando um complexo conjunto de saberes, categorizáveis didaticamente nos momentos: compreensão, significação e intervenção. Segundo o novo processo de formação, esses momentos devem ser indissociáveis no contato do formando com os pacientes. O curso deve privilegiar, num primeiro momento, a compreensão da pessoa e de suas necessidades, demandando que o conjunto de conhecimentos necessários nesta etapa seja construído em situação. Na etapa seguinte, de significação, o estudante incorpora os elementos semiológicos clássicos, mas sob novo enfoque, em busca de um

exercício sobre a compreensão do seu objeto de trabalho, enfatizando a significação de necessidades demandadas pelos pacientes em seu contexto social, acompanhando numa proximidade maior a intervenção que é realizada pelos orientadores e colegas de períodos mais avançados do curso. Na fase de intervenção, mantida a necessidade de contínua compreensão e significação, enfatiza-se o aprendizado daquela, utilizando, como elementos práticos para o exercício, conteúdos éticos, humanísticos e dos saberes tecnológicos centrais, que são a clínica e a epidemiologia. Nesse processo, pautado pela incorporação e utilização do conhecimento numa dada realidade com a finalidade de atender às necessidades de um indivíduo em singularidade, se requer um contato continuado e maior entre orientador e aluno e, de ambos, com os pacientes, o que recupera a profunda dimensão relacional que deve presidir todo o processo de ensino/aprendizado.

Entre os instrumentos propostos para este eixo da transformação, identificam-se a ampliação da compreensão do processo saúde-doença numa dimensão que vai muito além do biológico; a redefinição do instrumental da semiologia e sua ampliação, com a agregação de outros instrumentos significantes, como os oriundos da área da saúde mental e da saúde coletiva, na significação do sofrimento humano; a utilização mais cotidiana dos conteúdos das ciências biológicas, comportamentais e sociais, na solução dos problemas e das necessidades de saúde dos indivíduos e populações.

E, finalmente, é proposta a ampliação do tempo dedicado à intervenção prática em situação real, superando os limites “medicalizantes” que a têm restringido, inclusive a partir de uma nova definição das competências do médico – ampliadas e plenas de significados por seu novo objeto: o indivíduo em sua plenitude social e de subjetividade, na sua expressão enquanto portador de complexas necessidades de saúde – e de sua prática reconstruída, pela inserção no trabalho de equipe em saúde.

A *profissionalização da docência médica*, que já aparece como uma questão central nas discussões da CINAEM desde 1997, significa reconhecer a centralidade da ação docente, tanto na manutenção do atual padrão de escola médica (vide a sessão anterior e a caracterização da “adocracia” na escola médica), quanto para a sua transformação.

Partindo de uma caracterização da docência médica comum perfil atual estruturado, predominantemente, pela dedicação parcial às atividades de ensino, menor fração constitutiva da renda mensal proveniente da atividade docente, perfil de titularidade mais comum centrado na pós-graduação *senso lato* (residência médica) e escassa preparação didático-pedagógica, a CINAEM vai definir como vital a substituição urgente desse modelo. E, neste perfil futuro, vai identificar, como focos centrais da transformação, dois grandes eixos ou categorias-chave: o fortalecimento do vínculo institucional do docente com as escolas e a profissionalização da docência médica via preparação didático-pedagógica.

Ao longo das sucessivas oficinas, o coletivo da CINAEM detalhou as dimensões relativas à capacitação docente e ao vínculo institucional, que podem ser agrupadas do seguinte modo: a) capacitação docente: titulação, capacitação didático-pedagógica, educação permanente e avaliação da produção acadêmica e da

prática de ensino/pesquisa/extensão; b) vinculação institucional: vínculo com a escola e integração docente/ensino/serviço.

Para atuar nesses âmbitos, o coletivo das escolas, em oficina, apontou uma série de operações que concentram os esforços institucionais e individuais voltados para a transformação da matriz de desenvolvimento curricular das escolas médicas brasileiras.

A *gestão transformadora*, outro importante eixo da transformação apontado pelo coletivo da CINAEM, vai se constituir assentada num perfil inteiramente semelhante ao da docência médica. Neste caso, trata-se de enfrentar a enorme falta de preparo dos dirigentes para a função, o sucateamento infra-estrutural, escassez de recursos financeiros, planejamento e direção desorganizados, mal direcionados, processo de gestão burocrático, ineficiente e descontínuo, avaliação inexistente ou incipiente, baixa motivação, baixo envolvimento e participação discente, e pouco diálogo. Tal situação, numa instituição “adocrática” e burocrática, como a que já descrevemos, só pode produzir enorme insatisfação docente e discente com relação a este componente da escola médica.

Em virtude desse quadro, a CINAEM acabou por produzir e definir uma série de objetivos para transformar a gestão da escola médica, tornando-a uma gestão transformadora. Tal mudança passaria pela fundamentação do processo de gestão em um projeto institucional – elaborado coletivamente e com ampla participação docente/discente – em que constassem objetivos e metas explícitos, com prioridades hierarquizadas e tornadas públicas; pela formação de uma rede solidária de dirigentes de escolas médicas, para a socialização de experiências e encaminhamento de políticas comuns; pela implantação de um modelo colegiado de gestão, de tipo misto, composto por representações dos segmentos docente e discente e por representações das várias unidades de produção que concretizam o fazer cotidiano da escola; e, finalmente, pela transformação do processo de gestão das escolas médicas em uma atividade acadêmica produtora de novos conhecimentos para a área, o que significa submeter o processo de gestão, de forma permanente e contínua, à auto-análise e à reflexão crítica, nos vários segmentos institucionais que compõem a escola.

A *avaliação transformadora* é o quarto e, igualmente fundamental, eixo da mudança. Da avaliação inicial, partiu-se para a perspectiva transformadora e ela deve, então, continuar a ser o ponto de partida para a contínua transformação da transformação, o que significa vesti-la com uma amplitude maior do que a de mero recurso classificatório ou seletivo, como vem sendo a prática usual.

Como a transformação da escola médica requer mudanças permanentes e profundas na sua infra-estrutura e gestão, no seu corpo docente e nos próprios alunos, o sistema de avaliação proposto, e necessário para a transformação, deve permitir a retroalimentação permanente do processo de educação médica, numa estratégia de amadurecimento cognitivo, afetivo, psicomotor e social dos avaliados.

A metodologia para tal fim, construída e aprimorada pelo coletivo da CINAEM, definiu basicamente a avaliação estruturada em torno da atividade docente e discente e da própria escola, enquanto elementos, ao mesmo tempo, integrantes do processo e objetos da avaliação.

Entre os instrumentos elaborados para a avaliação discente, testados e definidos consensualmente na produção coletiva da CINAEM, figuram:

- a) o teste de qualificação cognitiva, de múltipla escolha, contendo cerca de 300 questões abrangendo os conhecimentos médicos básicos e gerais e os diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, aplicado a todos os estudantes da escola, simultaneamente, num dado momento definido, com periodicidade anual. Como o seu nome indica, o TQC deverá avaliar o crescimento cognitivo ao longo da formação na escola, no ano em questão;
- b) a solução de problemas de diferentes níveis em torno de questões concretas, cuja resposta pode ser uma decisão terapêutica ou uma demanda diagnóstica, num processo de evolução que deverá revelar, ao seu final, o grau de resolução atingido, riscos e benefícios de cada decisão, custos envolvidos e as alternativas possíveis ou existentes para a solução do problema. Este instrumento pode ter aplicação semestral, a partir do sexto semestre do curso, e pode ser realizado em grupo, para estimular o trabalho em equipe e o raciocínio coletivo, ao mesmo tempo em que constitui uma competição estratificada por semestre, transformando-se em evento periódico de confraternização acadêmica e integração institucional;
- c) a ficha estruturada de avaliação prática, que consiste num formulário específico, para cada área do conhecimento, em cada um dos níveis de atenção, com itens a serem observados pelo preceptor, inerentes a um atendimento típico realizado pelo aluno. Os resultados da avaliação devem ser discutidos com o aluno, com vistas a estimular a relação docente/discente, aproximando-a de uma atividade prática supervisionada e desenvolvendo uma reflexão sobre as ações cotidianas.

Entre os instrumentos construídos para a avaliação docente encontram-se: o questionário pré-codificado de avaliação docente – composto de várias informações, como a formação, atividades de atualização, inserção institucional, participação em atividades de ensino, assistência, extensão, pesquisa e administração, produção científica e educação médica –, a avaliação didática estruturada, que consiste em um formulário, também pré-codificado, que, com critérios definidos, capta a avaliação discente sobre itens como disponibilidade, dedicação, desempenho didático e relacionamento interpessoal do docente e o formulário de auto-avaliação docente, que buscaria captar a avaliação do docente sobre sua própria prática, estimulando a reflexão crítica positivada. Tais instrumentos devem ser utilizados na perspectiva transformadora, visando identificar desigualdades, elementos insatisfatórios e/ou insuficientes, para proporcionar formas de superação e não medidas seletivas ou classificatórias, como já foi apontado.

Para a escola, foram apontados e construídos os seguintes instrumentos:

- a) matriz de avaliação das disciplinas e estágios, que procura estabelecer parâmetros de avaliação da proporção existente de atividades teórico-práti-

- cas no ensino, grau de inserção das práticas e atividades nos serviços de saúde “loco-regionais”, contribuições da unidade de ensino para o aprimoramento dos serviços, etc;
- b) matriz discriminativa das avaliações cognitivas, procurando correlacionar as questões utilizadas na avaliação cognitiva dos alunos com os resultados alcançados em cada uma delas, tabulando a proporção de acertos, para mensurar o grau de incorporação do conhecimento pelo conjunto de alunos avaliados e seus resultados, debatidos pelos professores das disciplinas sob exame, para conhecimento e discussão dos pontos deficitários, qualificação e elaboração de novas questões e identificação dos alunos com necessidade de atenção especial;
 - c) a avaliação de disciplinas e estágios pelos alunos, com sistemática equivalente, agora sob a perspectiva de análise do discente;
 - d) o formulário de avaliação do projeto institucional, a ser aplicado anualmente, capaz de registrar dados sobre o projeto da escola para o tempo da gestão: objetivos alcançados, estrutura administrativa, formas de participação discente/docente, cronograma de metas, indicadores de desempenho, proporção de itens atingidos, ou, mesmo, o grau de fidelidade na execução do projeto proposto para o término da gestão.

O desempenho institucional deverá ser o resultado de um conjunto de valores compostos no desempenho de cada um dos segmentos avaliados, que incluem: a prestação de serviços, com o grau de inserção no sistema de saúde, a produção de conhecimentos, modelo de gestão adotado e produção científica dos docentes, inclusive o ensino – avaliado pelo crescimento cognitivo dos alunos, pelo desempenho discente ao final do curso e por outros resultados estruturados, como o número de formandos anual.

Tendo obtido tão marcantes resultados e produtos, que consolidam a construção coletiva de um novo paradigma para a escola médica ou, mais especificamente, para o processo de formação médica, a CINAEM inaugurou sua agenda no terceiro milênio com a perspectiva de uma ação mais local, concretizada na IV Fase e que significaria a efetivação da transformação da escola médica brasileira.

No entanto, para uma certa fração de seus apoiadores, o movimento parece ter ido longe demais e, em um jogo bem típico e tradicional de atuar, trataram eles de recompor a sua diretividade, modificando seu ritmo de ação. A CINAEM se expressou em conflito. Novas alianças se construíram e as perspectivas transformadoras foram retificadas ao modo brasileiro de produzir mudanças: na lógica do desigual e combinado, como diria Florestan Fernandes sobre as etapas de transformações sociais no Brasil que preservaram os antigos grupos sociais, sempre procurando realizar mudanças mantendo em pacto as elites conservadoras com as inovadoras.

O CINAEM parece seguir esse caminho. Os setores mais combativos e exigentes na preservação das características descritas neste texto, como as entidades dos estudantes – centros acadêmicos, DENEM, entre outras – procuram se contrapor a esse movimento de retrocesso. Entretanto, tudo indica que mesmo este

setor vem sendo minado pelo processo, perdendo muito da unidade na ação que construíram nestes 10 anos de movimento.

Entidades médicas nacionais – especialmente o CFM, que vem expressando posições cada vez mais conservadoras, na contramão dos anos 90 – que, desde os primeiros momentos, apoiaram política e financeiramente o projeto, sua agenda de oficinas e encontros, bem como a sua equipe técnica, consumaram a ruptura com os princípios e a lógica interna do movimento, deslegitimando a equipe técnica e rompendo o frágil equilíbrio na correlação de forças instituintes da transformação, ao tomarem uma posição autocrática e limitadora do governo da multidão, expresso na representação das escolas e dos estudantes.

Na verdade, ao longo da década, é relato, entre os seus participantes, que essa equação política, altamente inovadora, sempre foi igualmente problemática, pela cristalização de posicionamentos segundo perspectivas ora mais corporativas, ora mais conservadoras, ora mais hesitantes por esta ou aquela entidade. Nesta história, as entidades que dispunham do elemento financeiro sempre exerceram um certo poder de veto, potencial ou real, no processo de realização da CINAEM, o que deu, para o CFM e CREMESP, poderes especiais em momentos críticos.

Por outro lado, a construção da IV Fase representou um momento de amadurecimento da teoria e do conhecimento para a transformação e exigiu uma outra atuação dos atores de cada escola participante, porque agora se tratava da efetivação da transformação no espaço real da instituição escolar, tanto transferindo para um segundo plano o espaço político dos encontros nacionais e regionais – para uma arena de socialização das experiências ou de debates e disputas das prioridades e princípios norteadores dessa ação transformadora, em nível local quanto expondo as fragilidades dos protagonistas para enfrentarem os setores conservadores de cada escola.

Assim, abriu-se claramente uma lacuna na dinamicidade com que o colegiado de entidades atuava com o coletivo de escolas, docentes e alunos, revelando a dependência do papel protagonista em relação à equipe técnica, claramente legitimada por aqueles docentes e alunos, como uma instância mediadora fundamental.

O momento atual da CINAEM, de crise, depende muito da ação efetiva, individual ou grupal, das escolas, que poderão oferecer a resposta para a concretização de um projeto de transformação que promova, de fato, o surgimento de um novo profissional médico, como apontado no começo do texto.

Em que medida e em que grau essas transformações ocorrerão, efetivamente, ainda é cedo para dizer. O certo é que o processo de mudança já se iniciou em várias escolas. Até onde eles chegarão e como chegarão é a expectativa permanente colocada para todos que construíram esta aposta.

Em direção a algumas conclusões ou considerações finais, por enquanto

Estamos agora em melhores condições de apontar algumas perspectivas críticas, suscitadas pela participação em momentos significativos do movimento de

transformação da escola médica pela CINAEM, na qualidade de consultores ou assessores. Também por sermos professores das escolas médicas ou, mesmo, militantes das entidades médicas e, enquanto tais, nesta multiplicidade de situações, completamente envolvidos e preocupados com a questão do ensino médico e, mais até, com o seu produto final, que é o médico formado, suas características de formação e adequação às necessidades de saúde da população brasileira.

Assim, os debates e ações em busca de uma nova escola médica, comprometida com esse produto final - o médico ética e tecnicamente responsável com a realidade social em que atua, com capacidade técnica resolutive e cuidadora dos indivíduos em seus problemas de saúde - nos levam a interrogar, diante da estarrecedora realidade de um processo de formação médica completamente distanciado dessa realidade sonhada, se, de fato, seria possível mudar a escola médica existente.

Creemos, hoje, diante da perspectiva e da construção teórica e instrumental trazidas pela CINAEM, que essa resposta é bem mais possível do que a vislumbrada uma década atrás. Embora a intenção deste texto não tenha sido a de produzir respostas, vemos estas como construção real deste movimento de transformação das escolas médicas. É possível transformar a escola médica! Mas é fundamental que essa transformação aconteça de uma forma orgânica e radicalmente democrática. Somente com a participação dos principais atores interessados, isto é, com o engajamento e a mobilização de docentes, alunos, diretores e funcionários, pode a escola médica repensar-se e modificar-se.

Do mesmo modo, no mesmo momento, interrogávamos a possibilidade de redesenhar a escola médica, sem inventar novos componentes, mas a partir dos seus mesmos elementos constituintes. De novo, a perspectiva trazida à cena é uma resposta afirmativa. O movimento coletivo de escolas, docentes e alunos reunidos pela CINAEM produziu um desenho organizacional que é um redesenho sobre o existente, mas que não lhe altera simplesmente a forma, mas o faz de modo radical, pois vai à base, ao seu conteúdo, ao seu sentido. Para este redesenho, a proposta de transformação da escola médica busca encontrar uma redefinição e uma rearticulação das principais categorias envolvidas na formação médica.

Assim, a tomada das necessidades de saúde como fator de exposição do aluno deve ser um propósito estratégico central das escolas médicas que, longe de autorizarem a prática autônoma como um fim em si mesma, devem tornar necessário que essa resposta autônoma se submeta e se adequue às necessidades dos indivíduos e das coletividades.

Igualmente, a escola toma o aluno como sujeito do seu processo de formação, em que a construção da autonomia para a prática se dá, subsumida, através da orientação das necessidades de saúde, definidoras das competências, habilidades e técnicas que irá adquirir. Em conseqüência, os saberes, instrumentais e técnicos, que fundamentam a prática médica, passam a ocupar o merecido lugar de insumos para a transformação do aluno em médico e, neste processo, estarão subordinados à mesma lógica. Isto define a incorporação científica e tecnológica, presente na prática médica, como um ato médico ampliado, que valorize a técnica que lhe é inerente, mas que a submeta à produção de acolhimento, de compreensão e

significação, de responsabilização e vínculo na intervenção e de resolução de demandas e necessidades de saúde.

Para uma harmonização criteriosa nesta relação entre o aluno, os saberes científicos e tecnológicos e as necessidades de saúde que tomará como objeto, o docente deverá ser um mediador entre eles. A singularidade acentuada deste papel já define um novo docente para operar sob essa lógica! Do mesmo modo, a organização didático-pedagógica, livre da centralidade da organização “adocrática”, deverá ser outro mediador a apontar, definir e organizar a exposição do aluno naquela relação acima aludida, estruturando a construção de sua autonomia como médico.

Finalmente, a própria organização da prática médica também passa a ser tomada como mediador desse processo de travessia do aluno, pelo oceano de conhecimentos, para ser médico das necessidades. Isto implica a revalorização do ato clínico como elemento essencial da medicina e como seu agente mais caracterizador e, aqui de novo, submetido à ação estruturadora das necessidades de saúde.

Com essas premissas, o desenho de uma nova escola médica está, em termos epistêmicos, praticamente pronto. A amplitude de sua nova forma reclama um conteúdo que soa quase como uma resposta à terceira pergunta que formulamos junto as duas outras: a tarefa de transformação exige competências que os grupos que atuam em busca de mudança na escola ainda não têm? Certamente que sim. E, no momento em que formulamos, certamente possuíam menos competências do que têm agora, embora ainda estejamos longe de atingir um estágio claro a esse respeito.

Apesar da sua crise, o movimento de transformação de escola médica recuperou, sobretudo, um paradigma que vem sendo freqüentemente maltratado e ignorado: a construção do conhecimento pela práxis, pela ação. E a continuidade dessa ação deve instituir-se, na perspectiva transformadora, em construtora de mundos e de história, enquanto produto da ação humana neste mundo produzido pelo próprio agir dos homens.

Referências bibliográficas

- ACIOLE, Giovanni Gurgel. Uma discussão da cultura e trabalho médicos no Brasil: entre o cliente e o usuário. *Revista Jovem Médico*, v. 3, n. 2, p 103-107, São Paulo, 1999.
- ACIOLE, Giovanni Gurgel. *O lugar, a teoria e a prática do trabalho médico: elementos para uma ontologia da relação médico-paciente*. Campinas: Sindimed, mimeo, 2000.
- FACCHINI, Luis Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; SANTOS, Rogério Carvalho (Org.). *CINAEM - Preparando a transformação da educação médica brasileira. Projeto CINAEM, III Fase*. Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel, 2000.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Saúde e Sociedade. Cap. 1 Medicina: Prática técnica, prática social*. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4. ed., 1994.
- MERHY, Emerson Elias. *Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança*. Campinas: Unicamp, mimeo, 1999.

MERHY, Emerson Elias. *Gestão transformadora da escola médica*. In: *CINAEM, Preparando a transformação da escola médica. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000*, p 87-105, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apêndice 1*. São Paulo: Hucitec, p. 115-133, 2002.

SANTOS, Rogério Carvalho. *Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil*. 1998. Dissertação (Mestrado) - DMPS/FCM/Unicamp, Campinas.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo: Hucitec, 1994.