

## ***EM BUSCA DA NOVA ESCOLA MÉDICA:***

### ***A CINAEM<sup>1</sup> E A CONSTRUÇÃO DOS NOVOS PARADIGMAS PARA A FORMAÇÃO EM MEDICINA***

Emerson Elias Merhy – professor livre-docente da unicamp  
Giovanni Gurgel Aciole – mestre em saúde coletiva

#### ***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 que o Relatório Flexner produziu foi atualizar a 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. “Administrou” os cursos de medicina a partir da ótica de uma certa racionalidade científica, legitimando discursivamente o processo de formação médica pelas perspectivas científicas da época. Ao estabelecer um modo padronizado e de excelência para se 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. BIBLIO? RELATÓRIO CINAEM?

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, bem como em consonância com os avanços científicos legitimados, de

---

<sup>1</sup> Apesar deste ser um produto de vários sujeitos coletivos, como os estudantes de medicina organizados pela sua entidade DENEM, ou os professores das escolas médicas com a ABEM, sem dúvida a CINAEM não seria possível sem a atuação firme, por anos a fio, da sua equipe técnica que teve em Roberto Piccini, Luiz Fachini e Rogério Carvalho sua sustentação. O que vai ser produzido neste texto é devedor e reconhece a co-autoria dos mesmos.

então. Consideramos a aplicação daquelas diretrizes como em consonância com um modo de se produzir o encontro entre as necessidades das organizações de ensino com as lógicas funcionais, que via na prática médica, que permitia construir uma resposta que desse sinergia da sua dimensão enquanto uma prática técnica que se estruturasse de acordo com as características de uma prática social, inserida no modo de produção da sociedade americana, do período, e à racionalidade que fundamentava esta mesma prática social como 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.

Nesta modelagem é garantida 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 deste corpo, passando por todos os planos anatômicos, dos órgãos e sistemas, e celular, atingindo o mais microscópico e molecular com o genoma.

É a assombrosa capacidade do paradigma desta medicina clínica que, segundo Foucault (1994), constitui-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 desta sua singularidade, abstraindo-a dos demais planos da realidade. Esta é a base da chamada medicina científica e tecnológica atual, construída e constituída nos pilares do positivismo científico. LILIA SCHRAIBER ?

Estes também têm sido os pilares e os marcos da educação médica, pelo século XX, que deu continuidade em relação ao século anterior à complexa relação entre a medicina e a sociedade, com o adicional de ter revelado o esgotamento deste 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 esgotamento de uma certa modalidade de expansão científica na qual produz parte de si enquanto tecnologia. (Aciole, 2002).

Além disso, a medida que se consolidou o modo de produção capitalista, este traz 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, neste processo, vão permitindo a sucessão de ciclos pós-crisis, sempre potencialmente reformuladores e reformadores, e simultaneamente geradores de novas crises e de saídas para as mesmas. A sociedade capitalista mundial vem se conformando neste 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 desta situação, tem sido justamente criticada no modo como vem se realizando tecnologicamente, agregando crescentes e estratosféricos custos, tanto a tomemos do ponto de vista individual ou como prática técnica fundante da saúde pública, sem 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 in feto, produzir artefatos biotecnológicos quase perfeitos e estar a um passo de clonar humanos, com a sua reconhecida incapacidade de resolver e solucionar velhos males milenares da humanidade. Para

muitas coisas, apesar de sua pretensão discursiva, nossa 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 seus padrões de produção de conhecimento acabam sendo marginalizadas, mesmo que construam tecnologias mais eficazes sobre certas dimensões dos problemas de saúde.

Se enquanto prática técnica, esta medicina científicista pode ser questionada em suas aporias, que dirá então se tomada enquanto prática social. Na sua relação com o meio social em que atua fica mais evidente seus limites e contradições. Limites e contradições que se expressam na sensação de insegurança que acomete o usuário ou paciente diante dos avanços e retrocessos marcados na sua saúde; diante dos enormes recursos dispendidos sem uma resposta precisa; contradições no fato de que tanto acena com uma capacidade ampliada de resolver e enfrentar diversos problemas do cotidiano, quanto vai parecendo distante e inacessível; reforçadas, ainda mais, pelos reclamos uníssonos em torno de uma 'humanização' de sua prática.

Limites e contradições que 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 de cidadania, de modo permanente e solidário.

É 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 pauta 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 para esta transformação, estabelecendo marcos teóricos para a sua 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 em torno da discussão 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 resolutividade técnica a serviço da inclusão permanente dos seus usuários em outro mundo de cidadania, importa-nos partir de um mapa atual da escola médica, que enfatiza os seus pontos críticos de tensões, de nós críticos, cujo desatamento pode ser fundamental para operar as mudanças.

Se tomarmos a escola médica como uma instituição - e ela é uma instituição - vamos ver que ela se apresenta num permanente processo de construção de arranjos organizacionais acoplados a um terreno de tensões que usam estas tensões para em rearranjos organizacionais sucessivos acalmar-se. Tais tensões são próprias de toda e qualquer instituição.

Mais, além disso, as instituições de saúde - e a escola médica é uma instituição de saúde - constituem tensões 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 atingir tais objetivos é o da produção do cuidado, individual ou coletivo. Esta característica, a da produção do cuidado, pode mesmo ser considerada a alma dos serviços de saúde (Merhy, 2002).

Para tanto, o profissional de saúde vai dispor de determinados recursos que denominaremos de tecnologias, entre as quais se incluem as tecnologias materiais – equipamentos, instrumentos e máquinas, que chamaremos de tecnologias duras – até o nível das tecnologias relacionais – que chamaremos de tecnologias leves. Quanto maior o leque de tecnologias que se utilize, tanto mais ampliada a capacidade do profissional ou do serviço de saúde de cuidar de fato do seu paciente ou de resolver os problemas de saúde de sua clientela.

E aí reside uma das tensões constitutivas do processo de trabalho no campo da saúde. A tensão existente entre a lógica de produção de atos de saúde como procedimentos 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 formatação flexneriana, tem-se tornado um lugar exponencial de incorporação tecnológica dura a ponto de reduzir ou mesmo asfixiar a dimensão cuidadora, preche de tecnologias leve e leve-duras. A ponto de que a sensação mais comum hoje seja a sensação de insegurança dos usuários diante da incapacidade dos serviços em cuidar dos seus problemas de saúde, muito mais do que operar a produção de procedimentos (Merhy, 1997).

E, mais paradoxal, produzindo uma situação de estranhamento diante do fato de que os avanços científico-tecnológicos e a existência de serviços equipados com estes avanços materiais não se traduzem, necessariamente, quer em maior produção de cuidado quer em sensação de saúde e segurança na assistência (Merhy, 1997).

Uma segunda grande produtora de tensão na escola médica se origina da sua dupla vinculação: ao campo da saúde e ao campo da educação. No primeiro, há as tensões definidas nos processos específicos da atenção/intervenção no processo saúde/doença; no segundo, há as tensões vinculadas aos processos institucionais de ensino/aprendizagem, específicos no que tange a formação de profissionais médicos.

Compreender, por exemplo, a maneira como a escola vem atuando sobre os focos de tensões, como faz seus arranjos gestores, suas principais linhas de disputas, como estas têm ou vêm operando nestas organizações, e daí derivadas quais demandas estão colocadas, vêm se revelando como passos necessários para a articulação de ações eficazes que modifiquem o ensino.

Deste modo, algumas características acumuladas ao longo do processo da CINAEM já podem por nós ser apontadas:

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 esta tais núcleos de especialistas ou individualmente, vão exercendo enorme autonomização ao passo que igualmente subordinando e tornando secundários os espaços coletivos que podem ordenar um sentido para o agir coletivo da organização;

b) como resposta, acontece um grande esforço organizacional para controlar esta autonomia, na forma de um conjunto de regras e normas de controle sobre os meios; em assim sendo, as escolas médicas também são igualmente organizações burocráticas e burocratizadas, em que o domínio

dos territórios dos saberes e práticas se estabelece na autonomização e fragmentação das disciplinas.

Uma possível ruptura na direção da mudança deve, portanto, considerar estas características e adotar como fundante para a mudança uma radicalidade posta na defesa da produção do cuidado como central para a conformação do modelo de ensino aprendizagem. Isto significa, em outras palavras, que mais do que expor o aluno ao objeto da técnica, da tecnologia, ele deverá ser exposto ao objeto relacional com o usuário, numa situação tal que lhe permita interagir com este, mediante a compreensão de suas necessidades, o reconhecimento de sua situação singular e a capacidade de dialogar 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, e que, a partir desta cartografia, se constitua um processo de pactuação coletiva de 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 resultados<sup>2</sup>**

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 deste objeto.

O aspecto inovador que possui o Projeto desenvolvido pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico encontra-se na forma adotada para realizar a avaliação e nos seus objetivos. Segundo os membros de sua equipe técnica, “o projeto CINAEM traz como objetivo

---

<sup>2</sup> Esta parte do texto é inteiramente baseada e, portanto, totalmente devedora do Relatório Fase III da CINAEM, op. cit.



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, além de entidades representativas de docentes e alunos, junto às entidades médicas de representação sindical, reguladoras e associativas; e que foi ampliada em 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 as demandas sociais, 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, o projeto avaliou a adequação dos médicos que as escolas formavam a partir da aplicação de um questionário a representantes de cada escola. Nesta fase, 76 escolas médicas participaram, respondendo 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 utiliza os elementos diagnósticos da primeira e elabora e adota metodologia voltada para o aprofundamento e detalhamento das informações sobre os componentes das categorias determinantes sobre o desempenho do médico formado. Esta fase contou com a participação de 48 escolas.

Com estas 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, técnicas e instrumentos utilizados foi não apenas fundamental para a avaliação e a mobilização dos participantes, como rompeu a inércia e o conservadorismo em muitas escolas médicas

brasileiras, que se abriram para o processo de avaliação e transformação, o que coloca esta última como uma possibilidade concreta.

Como produtos obtidos destas duas fases, seus autores destacam: a ratificação e detalhamento do papel do docente na definição do modelo pedagógico (conforme a natureza adocrática da organização a que já aludimos<sup>3</sup>), 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, *idem*).

Já a terceira fase se voltou para a avaliação do crescimento cognitivo durante todo o processo de formação e o nível de conhecimento do aluno ao finalizar o curso e a 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 esta formação, do processo de formação compatível a ser adotado e dos docentes para esta 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” (CINAEM - Relatório Final III Fase, 2000).

Tendo como objetivo geral estimular a manutenção e 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

---

<sup>3</sup> Ver sessão anterior e também Merhy, 1999, *op. cit.*

formação do médico adequada às demandas sociais contemporâneas, em geral, e brasileiras, em particular.

Sob esta 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, se consolidaram os quatro grandes eixos da transformação.

a) *o novo processo de formação*: de acordo com as discussões e produção da reflexão coletiva havida nesta fase, o novo processo de formação deverá centrar-se na comunidade, com enfoque na pessoa e nas suas necessidades. Com a adoção deste enfoque, o trabalho médico daí resultante potencializará a exigência de um profissional operando um complexo conjunto de saberes, categorizáveis didaticamente em momentos: compreensão, significação e intervenção.

Segundo o novo processo de formação estes momentos deverão ser indissociáveis no contato do formando com os pacientes. O curso deverá privilegiar num primeiro momento a compreensão da pessoa e de suas necessidades, o que demanda 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, visando a que aquele exercite 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 continua compreensão e significação, enfatiza-se o aprendizado daquela utilizando como elementos práticos para o exercício, conteúdos éticos, humanísticos,

e dos saberes centrais que são a clínica e a epidemiologia. Neste processo, pautado pela incorporação e utilização do conhecimento numa dada realidade com a finalidade de atender as 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 dimensão afetiva do ensino/aprendizado.

Entre os instrumentos propostos para este eixo da transformação, identifica-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, com 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, ampliação do tempo dedicado a intervenção prática em situação real, superando os limites medicalizantes que a tem restringido, inclusive a partir de uma nova definição das competências do médico, ampliadas e ressignificadas por seu novo objeto - o indivíduo em sua plenitude social e de subjetividade e não somente seu corpo biológico doente - e de sua prática neoconstruída, pela inserção no trabalho de equipe em saúde.

b) *a profissionalização da docência médica*: tal tema tem aparecido como uma questão central nas discussões da CINAEM desde 1997, o que também significa reconhecer a centralidade da ação docente, seja na manutenção do atual padrão de escola médica (vide a sessão anterior e a caracterização da adocracia na escola médica) como fundamentalmente para a transformação deste mesmo padrão.

Partindo de uma caracterização da docência médica como tendo um perfil atual estruturado predominantemente pela dedicação parcial as atividades de ensino, menor fração constitutiva da renda mensal proveniente da atividade docente, perfil de titularidade mais comum

centrado na pós-graduação *sensu lato* (residência médica) e escassa preparação didático-pedagógica, a CINAEM logo vai definir como sendo um perfil a ser urgentemente substituído. E neste perfil vai identificar como focos centrais da transformação dois grandes problemas 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 vai então detalhar as dimensões relativas tanto à capacitação docente quanto ao vínculo institucional e que podem ser agrupadas nas seguintes: 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.

Estes âmbitos tiveram apontadas uma série de operações que concentrarão os esforços institucionais e individuais voltados para o seu aperfeiçoamento e que, certamente, fortalecerão a transformação da matriz de desenvolvimento curricular das escolas médicas brasileiras.

c) *a gestão transformadora*: quase que assentada num perfil inteiramente semelhante ao da docência médica, a gestão da escola médica vai se constituir em outro importante eixo da transformação apontado pelo coletivo da CINAEM. 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 insipiente, baixa motivação, baixo envolvimento e participação discente, e pouco diálogo. Situação que, numa instituição adocrática como a que já descrevemos, só pode produzir uma situação de enorme insatisfação docente/discente com este elemento da escola médica.

A CINAEM acabou por produzir e definir uma série de objetivos a alcançar para transformar a gestão da escola médica, e torna-la uma

gestão transformadora. Tal mudança passava por que se atingisse, entre outros: a fundamentação do processo de gestão em um projeto institucional, elaborado coletivamente e com ampla participação docente/discente, em que constassem objetivos e metas explícitos e com prioridades hierarquizadas e publicizadas; a formação de uma rede solidária de dirigentes de escolas médicas para a socialização de experiências e encaminhamento de políticas comuns; a implantação de um modelo colegiado de gestão, de tipo misto, composto por representações de segmentos docente/discente e por representações de unidades de produção; 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 a um processo de auto-análise e reflexão crítica permanente e continuado.

d) o quarto e, igualmente fundamental, eixo é o da avaliação transformadora: da avaliação se partiu 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 de escola médica requer mudanças permanentes e profundas na infra-estrutura da escola, da sua gestão, do seu corpo docente, e dos próprios alunos, pela mudança da forma como serão incorporados os conhecimentos e tecnologias da prática médica no contexto social em que opera, 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 da atividade discente, e da própria escola, enquanto elementos integrantes do processo e, portanto, objeto da avaliação.

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

A) o teste de qualificação cognitiva, de múltipla escolha, contendo cerca de 300 questões abrangendo os conhecimentos básicos e gerais do conhecimento médico e os diversos níveis de complexidade da atenção à saúde, aplicado a todos os estudantes da escola médica 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 multinível consiste de um problema concreto, 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 poderá 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 constituir uma competição estratificada por semestre, se transformando em evento periódico de confraternização acadêmica e integração institucional;

C) a ficha estruturada de avaliação prática, 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 deverão ser discutidos com o aluno em avaliação com vistas a estimular a relação docente/discente, aproximando-a pela atividade prática supervisionada, corrigir a ignorância secundária do aluno e desenvolver a reflexão sobre as ações cotidianas.

Entre os instrumentos construídos para a avaliação docente se encontram o questionário precodificado 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; e a avaliação didática estruturada, que consiste em um formulário precodificado que com critérios definidos, captará a avaliação discente sobre itens como disponibilidade, dedicação, desempenho didático e relacionamento interpessoal do docente; o formulário de auto-avaliação docente buscaria captar a avaliação do docente sobre sua própria prática, estimulando a reflexão crítica positivada. Tais instrumentos deverão ser utilizados na perspectiva transformadora visando a identificar desigualdades, elementos insatisfatórios e/ou insuficientes, mas para proporcionar formas de superação e não para medidas seletivas ou classificatórias, como já foi apontado.

Já para a escola, foram apontados e construídos os seguintes instrumentos:

A) matriz de avaliação das disciplinas e estágios, que procura estabelecer parâmetros de avaliação entre proporção existentes entre atividades teórico-práticas no ensino, grau de inserção das práticas e atividades nos serviços de saúde locoregionais e contribuições da unidade de ensino para o aprimoramento dos serviços, etc;

B) a matriz discriminativa das avaliações cognitivas vai procurar 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, e 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.

E) o desempenho institucional deverá ser o resultado de um conjunto de valores composto no desempenho de cada um dos segmentos avaliados e 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, até o ensino, pelo crescimento cognitivo dos alunos, desempenho discente ao final do curso e outros resultados estruturados como 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 médico, a CINAEM inaugurou sua agenda no terceiro milênio com a perspectiva de uma ação mais local, emblematizada 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 logo estes agentes trataram de tomar-lhes as rédeas e querer ditar o ritmo e a velocidade de condução do processo.

Assim, as entidades médicas nacionais, especialmente o CFM, que desde o primeiro momento apoiaram financeiramente o projeto, sua agenda de oficinas e encontros e a sua equipe técnica consumaram a ruptura com os princípios e lógica interna do movimento, deslegitimando a sua equipe técnica e rompendo o frágil equilíbrio na correlação de forças instituintes da transformação pela tomada de posição autocrática e limitadora do governo da multidão, representado pela representação das escolas e dos estudantes.

Na verdade, ao longo da década é relato entre os seus participantes que esta 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, sempre tendo a entidade que dispunha do

elemento financeiro exercido um certo poder de veto, potencial ou real no processo de realização da CINAEM.

Por outro lado, a IV Fase representava o momento de amadurecimento da teoria e do conhecimento para a transformação e exigia um outro protagonismo pelas escolas participantes, porque agora se trata da efetivação da transformação e esta se dará no espaço real da instituição escolar, ficando o espaço político dos encontros nacionais e regionais como a arena de socialização das experiências ou de debates e disputas das prioridades e princípios norteadores desta ação transformadora em nível local.

Assim, se de um lado abriu-se claro lacuna na dinamicidade com que o colegiado de entidades atuava com o coletivo de escolas, docentes e alunos, tendo na equipe técnica então legitimada pelos últimos, uma instância mediadora entre aquelas e estes, por outro o momento atual da CINAEM é um momento crítico, e de crise, em que a ação efetiva das escolas, individual ou grupalmente poderá oferecer a resposta efetiva para a concretização de um projeto de transformação que promova o efetivo surgimento de um profissional médico com as características apontadas no começo deste texto.

Em que medida, e em que grau estas transformações ocorrerão e estão ocorrendo ainda é cedo para dizer, e mesmo para tentar um prognóstico. O certo é que, o processo de mudança já se iniciou em várias escolas. Até aonde eles chegarão e como chegarão é a expectativa permanente colocada para o presente e o futuro próximo.

### ***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 seus consultores ou de assessores de

planejamento das oficinas, seja porque professores das escolas médicas ou militantes das entidades médicas e, enquanto tal, 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 de seu perfil às necessidades de saúde da população brasileira.

Assim, os debates e ações em busca de uma nova escola médica, comprometida com este produto final que é o médico eticamente comprometido e responsável com a realidade social em que atua no seu todo e com capacidade técnica resolutiva, mas também cuidadora dos indivíduos e seus problemas de saúde, nos levaram a interrogar, diante da estarrecedora realidade de um processo de formação médica completamente distanciado desta realidade sonhada, se seria possível mudar a escola médica existente (Merhy, 1999).

Creemos, hoje, diante da perspectiva e da construção teórica e instrumental trazida pela CINAEM, que esta resposta é bem mais possível do que a vislumbrada uma década atrás. Embora a intenção deste texto não tenha sido a de produzir respostas, creemos que esta é uma resposta construída pelo movimento de transformação. É possível transformar a escola médica! Mas é fundamental que esta transformação aconteça numa forma orgânica, tripartite e radicalmente democrática. Somente com a participação, o engajamento e a mobilização de docentes, alunos, diretores e funcionários a escola médica pode-se repensar e se modificar.

Do mesmo modo, no mesmo momento, interrogávamos da possibilidade de redesenhar a escola médica, sem inventar novos componentes, mas a partir dos seus mesmos elementos constituintes. De novo, a perspectiva trazida a 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 só altera-lhe a forma quando radicalmente o seu conteúdo, o seu sentido. Para este redesenho, a proposta de transformação da escola médica buscou e encontrou uma redefinição e

uma rearticulação das principais categorias envolvidas na formação médica.

Assim propôs a tomada das necessidades de saúde como fator de exposição do aluno, longe de sua autônoma autorização para a prática como um fim em si mesma, tornando necessária que esta resposta autônoma se submeta e se adeq, e às necessidades dos indivíduos e dos coletivos, e isto seja um propósito da escola médica.

Igualmente, toma o aluno como sujeito do seu processo de formação, em que a construção de autonomia para a prática se dá subsumida através da orientação das necessidades de saúde, definidoras das competências, habilidades e técnicas que irá adquirir. Em conseq, ência, 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 a mesma lógica, o que define a incorporação científica e tecnológica presente na prática médica na perspectiva de um ato médico ampliado, que valorize a técnica inerente ao seu acontecimento, mas que esta se submeta a produção de acolhimento, compreensão e significação, responsabilização e vínculo na intervenção e resolução de demandas e necessidades de saúde.

Para uma harmonização criteriosa nesta relação entre o aluno, os saberes científico e tecnológicos e as necessidades de saúde que tomará como objeto, o docente deverá ser um mediador entre eles. Tamanha singularidade de papel já define um novo docente para operar sob esta lógica. Do mesmo modo, a organização didático-pedagógica, agora mais livre da organização adocrática deverá ser outro mediador a apontar e definir e organizar a exposição do aluno naquela relação acima aludida, e estruturar a construção de sua autonomia como médico.

Finalmente, a própria organização da prática médica também passa a ser tomada como mediador deste processo de travessia do aluno pelo oceano de conhecimentos para ser médico das necessidades. Isto implica na revalorização do ato clínico como fundante da medicina e seu agente

mais caracterizador e, aqui de novo, submetido à ação estruturadora das necessidades de saúde.

Com estas premissas, o desenho de uma nova escola médica está epistemicamente pronto. A amplitude de sua nova forma reclama um conteúdo que soa quase como uma resposta a 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 menos competências do que têm agora, embora ainda estejamos longe de atingir um estágio claro a este respeito.

Apesar da sua crise, o movimento de transformação de escola médica recuperou, sobretudo, um paradigma que vem sendo freqüentemente maltratado e irreconhecido: a construção do conhecimento pela práxis, pela ação. E a continuidade dessa ação 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, 1999. *Uma discussão da cultura e trabalho médicos no Brasil: entre o cliente e o usuário*. São Paulo: Revista Jovem Médico, vol. 3, nº 2, p 103-107.
- \_\_\_\_\_, 2000. *O lugar, a teoria e a prática do trabalho médico: elementos para uma ontologia da relação médico-paciente*. Campinas: SINDIMED, mimeo.
- FACCHINI, Luis Augusto; PICCINI, Roberto Xavier & SANTOS, Rogério Carvalho (Org.), 2000. *CINAEM - Preparando a transformação da educação médica brasileira*. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel.
- DONNANGELO, Maria Cecília Ferro, 1976. *Saúde e Sociedade*. Cap. 1 Medicina: Prática técnica, prática social. São Paulo: Livraria Duas Cidades.
- FOUCAULT, Michel, 1994. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 4<sup>th</sup> edição.
- MERHY, Emerson Elias, 1997. *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*. Campinas: SINDIMED.
- \_\_\_\_\_, 1999a. *Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança*. Campinas: UNICAMP, mimeo.
- \_\_\_\_\_, 1999b. *O ato de cuidar como um dos nós críticos "chaves" dos serviços de saúde*. Campinas: UNICAMP, mimeo.
- \_\_\_\_\_, 2000. *Gestão transformadora da escola médica* in CINAEM, Preparando a transformação da escola médica. Projeto CINAEM, III Fase. Relatório 1999-2000, p 87-105.
- \_\_\_\_\_, 2002. *Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde* in Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Apêndice 1. São Paulo:HUCITEC, p. 115-133.