

CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

**Estudo Sociológico Institucional do processo de mudança do ensino
médico na Universidade de Pernambuco (UPE)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de
Mestrado em Sociologia promovido pelo Centro
de Filosofia e Ciências Humanas – UFPE.

Autor: ADRIANO CAVALCANTE SAMPAIO¹

RECIFE

FEV/2003

¹ Preceptor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco.

À minha companheira Adrienne Barreto que muito me ajudou com apoio e estímulo e a minha amiga Dra. Joselma Cordeiro que muito contribuiu com suas orientações e aconselhamentos.

RESUMO

Objetivou-se analisar o processo de mudança do ensino médico na Universidade de Pernambuco (UPE) no período 1991-2000, a partir de uma análise institucional, numa visão dialética, contrária a tradicional abordagem organizacional positivista e funcionalista.

A UPE através da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e do Instituto de Ciências Biológicas (ICB), vem desde 1991 participando da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) que busca transformações no ensino médico brasileiro. Nestes quase dez anos foram observadas tímidas mudanças pedagógicas e curriculares, embora haja uma quase unanimidade quanto à necessidade das mesmas.

A fundamentação epistemológica adotou os postulados da análise institucional de Lourau, da teoria da complexidade de Morin e do imaginário nas instituições de Enriquez. Para a análise das entrevistas construímos rubricas em função do material teórico trabalhado tendo sido escolhidas as seguintes categorias de análise: Poder e Ensino Médico; Ideologia e Status; Democracia; Ética e Ensino Médico e Paradigma x Transformações x Participação.

As conclusões constataram que as mudanças alcançadas foram tímidas e que o processo de comunicação e envolvimento dos interessados foi muito incipiente. Como fatores intervenientes três evidencias foram relatadas: A condução dos dirigentes pouco contribuiu para o processo de mudança; os professores assumiram uma postura de resistência e os alunos foram coniventes com a lentidão do processo.

Em função do atual projeto de mudança curricular foram deixadas como reco-

mendações: o estabelecimento de um canal efetivo de comunicação e envolvimento dos professores e alunos para conhecimento entendimento e participação no processo, a capacitação urgente e permanente dos professores em métodos pedagógicos que envolvam os alunos como sujeitos do processo de aprendizagem e um monitoramento externo para avaliação sistemática e correção dos rumos.

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the reformulation process hold by the medical graduate course of The University of Pernambuco (UPE) during the period from 1990 to 2000. The conceptual framework applied starting from an institutional analysis using a dialectic approach differs from the traditional organizational positivist and functionalist vision.

The UPE through the FCM and of the ICB, comes since 1991 participating of the CINAEM that searches transformations in Brazilian medical education. In these almost ten years had been observed shy pedagogical and curricular changes, even so it has almost a unanimity how much the necessity of the changes.

The epistemological framework adopts the postulates of the institutional analysis of Lourau, of the theory of the complexity of Morin and of the imaginary in the institutions of Enriquez.

For the analysis of the interviews we used the following analysis categories: Power and Medical Teaching; Ideology and Status; Democracy; Ethics and Medical Teaching and Paradigm x Transformations x Participation.

We concluded that the reached changes were limited and that the communication process and involvement of the interested ones was still incipient. As intervening factors three evidences emerged: most of this can be attributed to the strategies adopted and the way the process was conducted by the medical school coordination with limited contribution to the transformation process; the teachers were resistant and the students were compliant with the slowness of the process.

Considering the current project of curriculum transformation the following recommendations are made: the establishment of an effective channel of communication and the students' and teachers' involvement and students to understand and participate in the process; the teachers' urgent and permanent training in pedagogic methods that involve the students as subject of the learning process and an external monitoring for systematic evaluation.

AGRADECIMENTOS

Após dois anos de uma verdadeira batalha, conseguimos alcançar o objetivo e ver concluída esta dissertação construída com muito suor e garra.

Seria inimaginável a conclusão desta epopéia teórica sem o magnífico apoio dado pelo meu orientador Prof. Aécio Gomes de Matos ao qual fico extremamente grato pelos conselhos, ensinamentos e suporte emocional.

A minha colega, amiga e companheira de luta de mais de 26 anos Dra. Joselma Cavalcante Cordeiro que me estimulou, orientou e apoio sempre que precisei.

Aos entrevistados que sem eles não seria possível a concretização desta dissertação.

Aos amigos do Departamento de Medicina Social que tanto me incentivaram.

Ao Prof. Guido e ao Prof. Álvaro que contribuíram decisivamente para que chegássemos ao final deste trabalho. Aos companheiros do Núcleo de Desenvolvimento do Ensino Médico (NUDEM), que tanto esforço fizeram para hoje possamos ter não só uma dissertação sobre o processo de mudança, mas efetivamente já estejamos vivendo o início das transformações.

APRESENTAÇÃO

A Saúde Pública no Brasil, desde o início do século passado, amarga sucessivas crises. No final da década de 70, ainda século passado, teve início o chamado Movimento da Reforma Sanitária, do qual, honrosamente tomamos parte desde o seu nascedouro. Este movimento que visava reformas profundas nas políticas de saúde brasileira evoluiu e desaguou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A VIII Conferencia subsidiou, dois anos depois, o texto constitucional que instituiu uma série de mudanças legais no panorama sanitário brasileiro.

Para regulamentar o novo texto constitucional, foram criadas e sancionadas as Leis 8080 e 8142 em 1990. Com as reformas propostas surgem programas e projetos de ampliação e reformulação do sistema de saúde em todos os níveis.

A universidade brasileira, e particularmente em Pernambuco se manteve à reboque dos acontecimentos nacionais. Em 1990, em decorrência de pressões do Ministério da Saúde, surge um movimento de avaliação das escolas médicas, o CINAEM. No mesmo ano, a UPE e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) se engajam neste movimento.

Como docente da disciplina de Medicina Social, estamos interessados com uma nova formatação curricular e pedagógica que incorpore ao longo do curso, e não em disciplinas isoladas, conhecimentos, conceitos e paradigmas das ciências sociais.

O currículo utilizado nas escolas médicas, e em particular na UPE, vem desagradando dirigentes, professores e alunos, embora saibamos que o mesmo, pode ser

inócuo, se não estiver embasado em uma opção pedagógica que torne o aluno partícipe do processo de aprendizagem.

No ano de 2000, estando envolvido com o NUDEM (Núcleo de Desenvolvimento do Ensino Médico) da UPE e aproveitando o transcurso dos quase 10 dez anos do movimento de avaliação e mudança do ensino médico, sentimos a necessidades de registrar a trajetória, os frutos e a repercussão do movimento de mudança na UPE.

Neste sentido, resolvemos apresentar um anteprojeto de dissertação ao Curso de Mestrado em Sociologia, promovido pelo Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco (CFCH-UFPE), para a linha de pesquisa "Políticas Públicas".

Esta dissertação, tendo como orientador o Prof. Aécio Gomes de Matos, visa uma análise institucional do processo de mudança do ensino médico na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e Instituto de Ciências Biológicas (ICB), organizações integrantes da Universidade de Pernambuco (UPE).

Através da aplicação de 55 questionários a professores e alunos das duas organizações de ensino, trabalha o imaginário dos entrevistados na busca das diferentes abordagens e compreensões a cerca das mudanças / não mudanças ocorridas ao longo dos últimos dez anos.

A pesquisa pretende, contribuir como um instrumento teórico para a compreensão dos avanços / impasses ocorridos no processo de mudança pelo qual vêm lutando as organizações envolvidas.

O seu conteúdo está estruturado em 04 capítulos. No primeiro, detalhamos toda a problemática que justificou esta dissertação, situamos o campo de estudo (as organizações) e delineamos os objetivos do mesmo. No capítulo II, tratamos da fundamentação epistemológica, do método de trabalho, detalhamos os procedimentos de coleta e

de análise dos dados. No capítulo III, detalhamos historicamente a Saúde Pública e a Educação Médica no Brasil e fazemos uma avaliação crítica da Reforma do Ensino Médico no Brasil e na Universidade de Pernambuco, e no capítulo IV realizamos a análise dos 05 temas escolhidos. Como desfecho apresentamos as conclusões finais do trabalho com uma síntese dos 05 temas.

SUMÁRIO

Resumo.....	III
Abstract.....	V
Agradecimentos.....	VII
Apresentação.....	VIII
Capítulo I	
A Problemática.....	13
O Campo de Estudo	
A Faculdade de Ciências Médicas.....	19
O Instituto de Ciências Biológicas.....	22
Objetivos.....	24
Capítulo II	
Metodologia	
Referencial Teórico.....	25
O Método de Análise.....	35
Levantamento Tratamento e Análise do Material Empírico.....	38
A Pesquisa Documental e as Entrevistas.....	39
Capítulo III	
Sistema de Saúde no Brasil.....	43
Educação Médica no Brasil.....	51
A Reforma da Educação Médica no Brasil.....	54
A Reforma da Educação Médica na UPE.....	62

Capítulo IV

Análise dos Temas.....	65
Ensino Médico e Poder.....	71
Ideologia e Status Profissional.....	79
Democracia.....	83
Ética e Ensino Médico.....	87
Paradigma x Transformações x Participação.....	93
Considerações Finais.....	102
Bibliografia	116
Anexos.....	120

CAPÍTULO I

A PROBLEMÁTICA

O advento do processo de discussões sobre a Reforma Sanitária Brasileira, nos idos de 1982, trouxe no seu bojo uma gama de preocupações com a relação à formação médica no Brasil e sua importância como fator necessário e indispensável às mudanças da prática médica requerida pelo processo de construção de uma nova política sanitária, desaguando no Sistema Único de Saúde (SUS) nacionalmente definido na Constituição de 1988 e nas Leis Orgânicas (8080 / 8142) de 1990.

O processo de ensino do médico, ator principal do paradigma sanitário flexneriano², torna-se o alvo de preocupações para um olhar que embase processos pedagógicos para este profissional estratégico, visando à mudança, na organização do setor saúde.

A fragmentação do conhecimento no ensino da medicina chega ao seu esgotamento quando as respostas procuradas dependem de um processo que apreenda a sua inerente complexidade. A apreensão dessa complexidade implica na incorporação de novos conhecimentos, fundamentalmente das ciências sociais. A esse respeito, Nunes (1999:229), comenta:

O caminho percorrido pelas ciências sociais em saúde, especialmente pelo trabalho de pesquisa realizado e o gradativo acúmulo de conhecimentos desenvolvidos, tem sido ascendente e, sob muitos aspectos, tem-se refletido no ensi-

² O paradigma flexneriano consolida-se pelas recomendações do famoso *Relatório Flexner*, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie e cujas principais conclusões institucionalizou os seguintes elementos para o ensino médico: o mecanismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo. Os aspectos curativos foram prestigiados porque prestigiar diagnóstico e terapêutica é, no plano do conhecimento, prestigiar o processo fisiopatológico em detrimento da causa e, à medida que este conhecimento for o preponderante, ele impregna a prática em todos os seus níveis, provocando um fenômeno de desdeterminação e, ao inverso, de fisiopatologização (Mendes, 1996: 239).

no. Para isso, torna-se imprescindível à formação de quadros profissionais a fim de preencherem as demandas nos diversos níveis de docência. Não se pode, contudo, ignorar que a maior ou menor adesão a esse conhecimento pelas instituições, e no caso específico das faculdades de medicina, está na dependência de sua reestruturação em face de projetos que contemplem uma abordagem social do processo saúde-doença e das práticas de saúde. Neste sentido, estudiosos da educação médica têm apontado a importância dos currículos sociocêntricos em contraposição aos biocêntricos.

Preocupações com: o que se ensina em medicina, qual o seu conteúdo teórico dominante, como se ensina a medicina, ao serem respondidas, vão desencadear uma análise institucional da relação pedagógica existente nas organizações estudadas.

Umas dessas preocupações esta situada na formatação dos currículos médicos que devem permitir uma compreensão ampla, dialética, da relação do médico com o seu entorno. Para Nunes (1999:229), o modelo biocêntrico se baseia, quase exclusivamente, na transmissão de conteúdos e o sociocêntrico está centrado em problemas, e complementa:

Não se pode deixar de lado que muitas das questões de ensino constituem ainda desafios, entre os quais sobressai a fragmentação presente nas estruturas curriculares, nas quais os campos de conhecimento tornam-se cada dia mais especializados. Nesse aspecto, a interdisciplinaridade tem ainda longo caminho a percorrer, não somente em áreas aparentemente contíguas – como por exemplo o das ciências sociais, mas destas em relação às ciências biológicas.

Toda mudança paradigmática para ser consolidada necessita de um período longo para que as novas posturas ideológicas, culturais e de aprendizagem técnica sejam introduzidas nas práticas do cotidiano.

A partir da década de 90, ano de criação da CINAEM³, a Faculdade de Ciências Médicas engajou-se nesse projeto de mudança, com uma participação inexpressiva.

³ CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, vem consolidando um trabalho de avaliação no território nacional há 9 anos, e iniciou a sua terceira fase em 1998, formada por onze entidades a saber: Academia Nacional de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira, Associação dos Médicos Residentes, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina de São Paulo, Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior (CINAEM, 1998: 2)

Quanto ao ICB, órgão responsável pelo ensino básico dos quatro primeiros períodos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Educação Física, não participava das reuniões quer internas, quer nacionais. Apenas em 1998, é que a diretoria do ICB passou a ocupar o seu espaço nessas reuniões.

Como resultado da participação da FCM (Faculdade de Ciências Médicas) nesse movimento, foi criado em 1994/95 um grupo de discussão sobre o currículo médico.

Em reuniões ocorridas em Fevereiro de 1995, na sequência do funcionamento o Grupo e sem a presença do ICB, foi apresentada uma discussão sobre o currículo médico integrado, definindo a apresentação de propostas de encaminhamento, no entanto, por falta de quorum esta etapa não foi adiante.

O Grupo de Discussão era composto por professores dos Departamentos de Clínica Médica, Medicina Social, dirigentes do ICB e dois alunos que já participavam em reuniões de caráter nacional. A Diretoria da FCM, o Coordenador de Pesquisa e Extensão e a representação estudantil participam nas reuniões nacionais.

Em 1998, a realização do Congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), no Recife, deu um impulso maior às discussões internas sobre a proposta do CINAEM. Paralelamente ao Congresso ocorreu a mudança das Diretorias da FCM e do ICB. Em 1999, com a criação do NUDEM (Núcleo de Desenvolvimento do Ensino Médico) teve início uma nova fase do movimento e, conseqüentemente, a terceira do CINAEM para as escolas participantes.

As reuniões do NUDEM, direcionadas à terceira fase do Projeto CINAEM, servindo também para a divulgação das decisões de nível nacional, das questões locais assumidas e do resultado das viagens de trabalho relativas à implementação da proposta, tiveram, entre outras, as seguintes participações:

- Dirigentes da FCM e do ICB;

- Coordenadores de Pesquisa e Extensão da FCM;
- Coordenadores de Graduação da FCM e do ICB;
- Professores dos Departamentos de Clínica Médica, Medicina Social e Materno-Infantil;
- Representação dos discentes.

Nestas reuniões foi acordado que o plano fundamental das transformações estruturais dos cursos de medicina, passo fundamental para a formação de um médico adequado às demandas sociais contemporâneas, dependeria de ações governativas efetivas, capazes de apoiá-lo e financiá-lo, principalmente nas Universidades públicas.

Na atualidade todas as discussões levam a busca de uma nova escola médica, comprometida com a formação de um profissional que seja eticamente responsável com a defesa da vida, individual e coletiva, cuidador⁴ por excelência, apto a buscar a melhor resolubilidade técnica e humana para os problemas de saúde e implicado com a inclusão permanente dos seus usuários ao mundo da cidadania⁵.

Reforçando os aspectos já salientados, a UPE, no seu Plano Estratégico para 1996/2000, destacou no item VII os seguintes aspectos:

- desenvolver ações de capacitação de pessoal, prioritariamente do docente, essenciais à otimização do ensino e melhoria geral da UPE;
- manter permanentemente atualizados os currículos dos cursos de modo a atender as exigências da sociedade;

⁴ Refere-se a uma atenção diferenciada envolvendo acolhimento, respeito, responsabilização e cuidados específicos.

⁵. MENDES, E.V., 1996. / MERHY, E.E., 1999 (mimeo). HOLMES, D.B. 1995 / BARROWS, H. 1995. / BARROS, E. 1996.

- avaliar os serviços prestados às comunidades, de forma permanente, visando a sua otimização frente às necessidades das comunidades clientes;
- promover um processo de educação continuada, voltado para a preparação pedagógica do corpo docente da UPE.

A Faculdade de Ciências Médicas e o Instituto de Ciências Biológicas, participantes deste processo nacional há anos, reconhecem as deficiências do processo pedagógico implantado, mas, na realidade, não se colocam como sujeitos desse esforço de mudança.

Neste período, opiniões as mais diversas são unânimes em afirmar da necessidade da efetivação das mudanças. Em que pese todos os discursos favoráveis, quase nada efetivamente mudou. Na verdade, uma boa parte dos professores considera as mudanças importantes e necessárias, porém pouco contribui com o processo de mudança. Alguns negam as mudanças, embora não explicitem de público, e acham que da forma que está, está bem.

Os professores das duas organizações, são em sua grande maioria médicos e tem uma característica profissional específica, a multiplicidade de vinculações. Essa multiplicidade leva a que a universidade represente mais um emprego e não a principal atividade.

A Diretoria da Faculdade e uma minoria de professores vêm tentando mudar, embora se note a pouca importância expressada pelos alunos, que também tem pouco contribuído com as transformações requeridas.

As informações precisas sobre esses 10 anos são dispersas, pouco sistematizadas e não direcionadas para um enfrentamento mais direto da problemática. Com os dados dessa pesquisa poder-se-á estabelecer quais os possíveis entraves e estabelecer estratégias de transformação mais eficazes.

Com isto algumas perguntas poderão ser respondidas: É possível mudar esta escola médica? Como redesenhá-la a partir das forças que a compõe? Seria esta uma tarefa que exigiria competências de governo, que os grupos que atuam na escola, em busca da mudança, não têm? O que há na FCM/ICB, de instituído, que se opõem à mudança? Seriam as técnicas pedagógicas inovadoras, suficientes para implementar as modificações necessárias?

À luz dessas indagações, procuramos estabelecer algumas questões centrais que pudessem orientar a pesquisa em grandes eixos de investigação:

- Existe de fato um movimento de mudança da prática da medicina no Brasil que justifique uma mudança do ensino médico ?
- A FCM e o ICB estão institucionalmente comprometidos e direcionados para a mudança, ou trata-se de esforços de pequenos grupos instituintes sem poder de influência?
- As práticas dos grupos, envolvidos com o processo de mudança, têm contribuído para as mudanças requeridas ou tendem a reforçar a resistência?
- As práticas das Organizações participantes e dos atores envolvidos no processo de mudança , são coerentes com os seus discursos ?

O CAMPO DE ESTUDO – AS ORGANIZAÇÕES

A Faculdade de Ciências Médicas - FCM

A Universidade de Pernambuco (UPE), instituição vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente (SECTMA) do Estado de Pernambuco, foi criada sob a forma jurídica de fundação pública em 1991, a partir da congregação dos dez estabelecimentos de ensino superior da antiga Fundação do Ensino Superior de Pernambuco (FESP).

Oferece atualmente a formação profissional superior em Medicina, Engenharia Civil, Mecânica e Elétrica, Administração, Odontologia, Enfermagem, Educação Física e Formação de Professores. Estas faculdades estão distribuídas em 07 campus universitários, localizados 03 no Recife e 04 no interior do Estado.

No seu Plano Estratégico 1996-2000 a UPE no item VII - Objetivos Estratégicos x Diretrizes refere entre outras às seguintes diretrizes: “desenvolver ações de capacitação de pessoal, prioritariamente do docente, essenciais à otimização do ensino e melhoria em geral da UPE”; “manter permanentemente atualizados os currículos dos cursos de modo a atender as exigências da sociedade”; “avaliar os serviços prestados às comunidades, de forma permanente, visando a sua otimização frente às necessidades das comunidades clientes”; promover um processo de educação continuada, voltado para a preparação pedagógica do corpo docente da UPE”.

A Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco (FCM/PE) foi criada pelo decreto nº 32.547 de 07/04/53.

Segundo Machado (1997), a FCM foi, de início, uma faculdade privada e afirma sobre a expansão das escolas médicas no Brasil:

Até 1950 as 13 escolas médicas existentes no País eram exclusivamente de natureza pública. Com a criação, naquele ano, da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco e do Centro de Ciências Médicas e Biológicas de Sorocaba, surgem as primeiras instituições privadas de ensino médico no País. (Machado 1997, p. 54)

A sua experiência na área de ensino, pesquisa e extensão vêm sendo acumulada nos 49 anos de sua existência. No presente, além do ensino médico de graduação, a FCM/PE oferece cursos de pós-graduação "lato e strictu senso".

Na pós-graduação "lato senso" são desenvolvidos 08 programas de Residência Médica, nas seguintes áreas: Medicina Preventiva e Social, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Doenças Infecciosas e Parasitárias e 07 cursos de especialização. Quanto à pós-graduação strictu senso, foi iniciado em 1992 o Curso de Mestrado em Toco-Ginecologia, e iniciou, no 2º semestre deste ano, o Mestrado em Clínica Médica em convênio com a USP/campus de Ribeirão Preto.

A FCM desenvolve, administrativamente, seus trabalhos a partir de uma Diretoria que está formada pelo Diretor, Vice-diretor e uma Assessoria, quatro coordenações (Graduação, Pós-graduação, Pesquisa e Extensão, Administrativa-Financeira).

Para a operacionalização da sua missão, através dos seus quatro 04 Departamentos a FCM vem contribuindo de forma efetiva para a construção do Sistema Único de Saúde em Pernambuco, inclusive com a prestação de serviços através de suas unidades hospitalares e ambulatoriais.

O Departamento de Medicina Cirúrgica possui nove disciplinas e 45 professores, sendo 1 com carga horária de 10 horas semanais, 30 com carga horária de 20 horas, 1 com 30 horas e 13 com 40 horas aulas semanais. Neste as disciplinas com maior número de docentes são: Bases da técnica cirúrgica e anestesia (BTCA), com 10 , Ci-

rurgia abdominal (8 professores) e Urologia (6 docentes)⁶.

O Departamento de Medicina Clínica, com suas quinze (15) disciplinas é talvez o que melhor representa o modelo hegemônico especializado do campo médico, perfazendo o maior quantitativo com 90 docentes tendo, mas que 50% destes, carga horária total (40 horas).

O Departamento Materno-Infantil possui apenas três disciplinas (Pediatria, Puericultura e Tocoginecologia), porém possui o maior quantitativo de professores por disciplinas, 16 e 17 nas Disciplinas de Puericultura e Tocoginecologia respectivamente e um total de 43 docentes, tendo também o maior percentual de professores com 40 horas (86,1 %).

O Departamento de Medicina Social possui quatro disciplinas e um total de 19 professores, sendo 10 em regime de 40 horas semanais.

Este quantitativo de docentes tem que responder pelo ensino na graduação dos 1.195 alunos matriculados nos dois semestres do ano de 1999, segundo quadro no anexo II.

Apresentando uma proporção de 6 alunos para cada docente, caso os mesmos fossem distribuídos eqüitativamente nas várias disciplinas e /ou Departamentos, proporção esta que possibilita um regime de tutoria como método pedagógico de ensino.

Toda essa estrutura mantém métodos pedagógicos que remetem o início do século XX e sua estrutura curricular tem sofrido pequenas mudanças nos últimos anos. A maioria dos docentes apesar de apresentarem uma carga horária de 40 horas pouco tempo dedicam efetivamente ao ensino.

⁶ Vide quadro no anexo 1.

O Instituto de Ciências Biológicas (ICB/UPE)

Fundado em 30 de janeiro de 1976 iniciou suas atividades em fevereiro do mesmo ano, seguindo as Leis de Diretrizes e Bases da Educação de 1968, que determinou a criação dos Institutos Básicos no Ensino Superior.

O ICB promove o ensino básico de graduação na Área de Saúde, sendo porta de entrada da Universidade de Pernambuco para cerca de 1.400 alunos por ano⁷, que ingressam nos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação Física. Recentemente foi aprovado o Curso de Ciências Biológicas que permitirá inicialmente a entrada de 240 alunos, visando formar pessoal qualificado nas Áreas de Saúde, Meio Ambiente, e Biotecnologia.

As atividades de ensino se estendem à pós-graduação, com o funcionamento regular de cursos de especialização e participação do seu corpo docente nos Mestrados de Clínica Médica e Cirurgia Buco-maxilo-facial.

As pesquisas ora desenvolvidas no âmbito do ICB são de natureza institucional e interinstitucional. Além das atividades de ensino e pesquisa, o ICB presta serviços laboratoriais permanentes à comunidade, através do SUS, em convênio com HUOC, nas áreas de bacteriologia, micologia, parasitologia e citopatologia.

Para execução de suas atividades o ICB possui quatro departamentos e um total de 69 (sessenta e nove) docentes⁸ para o desenvolvimento de suas atividades. O departamento de Ciências Morfológicas com um total de quinze docentes, sendo onze em quarenta horas de regime de trabalho e quatro em regime de vinte horas; o Departa-

⁷ Vide quadro nos anexos III, IV, V e VI.

⁸ Vide quadro no anexo IV.

mento de Biologia com oito docentes, sendo cinco com quarenta horas, um com trinta e dois com vinte horas; o departamento de Ciências Fisiológicas, com dezenove professores, sendo doze com quarenta horas e sete com vinte; o Departamento de Patologia com vinte e dois docentes sendo dezoito de quarenta horas e dois de vinte e por fim o departamento de Ciências Sociais com cinco docentes, sendo quatro com quarenta horas e um com vinte horas.

Pelo exposto vê-se que o quadro funcional do ICB apresenta uma esmagadora maioria de profissionais com carga horária de 40h o que permitiria, em tese, um adequado volume de aulas e de trabalhos de pesquisa além de boa qualidade de ensino.

O ICB integra o Campus Universitário de Santo Amaro, juntamente com a Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Escola Superior de Educação Física e Hospital Universitário Oswaldo Cruz, situados à rua Arnóbio Marques, 310 no bairro de Santo Amaro.

Objetivos

O Objetivo Geral desta dissertação é : Analisar os fatos históricos, interpretar o momento atual e as tendências do processo de mudança do Ensino Médico da Faculdade de Ciências Médicas e do Instituto de Ciências Biológicas da UPE, sob o enfoque sociológico, procurando estabelecer quais os papéis e a dinâmica das relações entre os diversos atores e agentes envolvidos.

Apresenta como *Objetivos específicos*: a) Caracterizar as formas de envolvimento e as implicações das Organizações (FCM e ICB) e dos seus segmentos sociais (professores e alunos) no processo de Ensino Médico, e particularmente no esforço de mudança que em sido empreendido; b) Discutir os resultados da prática organizacional e corporativa no aperfeiçoamento ou manutenção do ensino médico e da prática médica; c) Analisar como as estratégias de mudança empreendidas alteram ou reforçam as resistências e consolidam as práticas instituídas em contrapartida às forças instituintes mobilizadas.

CAPÍTULO II

Metodologia

Referencial Teórico

A medicina é praticada no Brasil desde meados do século XVI e até o final do século XVIII não gozava de muito prestígio e apresentava baixo status social. Praticada por homens de ofício, nômades, quase todos judeus. Só no final do século XIX e início do século XX começa a adquirir algum reconhecimento da sociedade. O advento da revolução científica traz para a prática médica feições científicas fundamentando-se num paradigma de racionalidade e objetividade.

Possui prerrogativas monopolistas diferindo-a das demais profissões. Detém autonomia técnica e econômica fundamentada na prática liberal. A sua relação é de dominação já que o médico tem autoridade profissional sobre o doente. Para Machado (1997:23), esta autonomia médica apresenta repercussões diversas:

Adotando a definição de autonomia como a capacidade de tomar decisões por conta própria, observamos que ela constitui um valor em si mesmo para a profissão médica. Tanto no que se refere ao saber como ao ato em si (sua apropriação), a autonomia é um elemento-chave para entender o complexo mundo médico. Quase sempre, com base na premissa de cada caso é um caso, os médicos são levados a tomar decisões independentes, em muitos casos contrariando interesses ambientais – sejam eles institucionais ou sociais – até mesmo políticos, vinculados ao Estado.

O avanço da medicina no século passado é fruto de um projeto bem sucedido da aliança entre o Estado e a elite. Esta aliança para Machado (1997: 24):

Ela recupera, também, de sua fase pré-capitalista, os elementos ideológicos necessários para fortalecer a legitimidade de sua autoridade cultural e social, tais como 'o ideal de serviço', ética, autonomia, etc.

Os princípios ideológicos que sustentam a prática médica são auto reproduzidos pelas escolas médicas. Segundo Chauí (1996:417):

A ideologia é um fenômeno histórico-social decorrente do modo de produção econômico.[...] Como o grupo pensante domina a consciência social, tem o poder de transmitir as idéias dominantes para toda a sociedade, através da religião, das artes, da escola, da ciência, da filosofia, dos costumes, das leis e do direito, moldando a consciência de todas as classes sociais e uniformizando o pensamento de todas as classes.

A educação médica no Brasil tem início no século XIX com a criação da faculdade de medicina da Bahia. Os seus alunos, era originários das famílias abastadas da corte. Os conteúdos, a metodologia, os hábitos foram todos importados da França. Os princípios ideológicos desta educação perpetuaram e perpetuam os interesses das classes sociais privilegiadas. Segundo Passeron a educação consiste em um modelo de reprodução social:

O primeiro modelo explica a força de auto-reprodução dos sistemas de ensino, religando os traços da ação escolar (formação dos agentes, técnicas de transmissão, de controle e de seleção) que concorrem para a perpetuação de uma cultura acadêmica e para a fixação de suas características. [...] O segundo modelo, mais geral e de que todo sociólogo (marxista, weberiano, paretiano, schumpeteriano ou parsoniano) sempre se serviu de maneira mais ou menos explícita, é o que permite construir como sistema de *reprodução social* o conjunto dos processos e estratégias que, de geração para geração, tendem a assegurar a recondução das vantagens e dos lucros, das exclusões e das coerções, cuja configuração geral define as relações entre grupos dominantes e grupos dominados. (Passeron, 1995,101)

Este modelo de auto-reprodução, solidificou numa profissão, antiga, poderosa, quase mítica, as suas verdades, técnicas, postulados, regulamentos, condutas éticas, hábitos, enfim paradigmas que segundo Kuhn (1991:220):

De acordo com essa concepção, uma comunidade científica é formada pelos praticantes de uma especialidade científica. Estes foram submetidos a uma iniciação profissional e a uma educação similares, numa extensão sem paralelos na maioria das outras disciplinas. Neste processo absorveram a mesma literatura técnica e dela retiraram muitas das mesmas lições. Normalmente as fron-

teiras dessa literatura-padrão marcam os limites de um objeto de estudo científico e em geral cada comunidade possui um objeto de estudo próprio.

O ensino e a prática médica estão pautados no respeito e atenção às pessoas, objeto e objetivo central da ação profissional. Esse respeito tão falado e esperado deve ser embasado permanentemente em princípios éticos e Chauí (1996, 339) considera:

O campo ético é, assim, constituído pelos valores e pelas obrigações que formam o conteúdo das condutas morais, isto é, as virtudes. Estas são realizadas pelo **sujeito moral**, principal constituinte da existência ética. O sujeito ético ou moral, isto é, a pessoa só pode existir se preencher as seguintes condições:

- ser consciente de si e dos outros, isto é, ser capaz de reflexão e de reconhecer a existência dos outros como sujeitos éticos iguais a ele;
- ser dotado de vontade, isto é, de capacidade para controlar e orientar desejos, impulsos, tendências, sentimentos (para que estejam em conformidade com a consciência) e de capacidade para deliberar e decidir entre várias alternativas possíveis;
- ser responsável, isto é, reconhecer-se como autor da ação, avaliar os efeitos e conseqüências dela sobre si e sobre os outros, assumi-la bem como às suas conseqüências, respondendo por elas;
- ser livre, isto é, ser capaz de oferecer-se como causa interna de seus sentimentos atitudes e ações, por não estar submetido a poderes externos que o forcem e o constringam a sentir, a querer, e a fazer alguma coisa.

Essas considerações teóricas e históricas iniciais, introduzem o objeto da nossa dissertação, o processo de mudança do ensino médico na UPE, que apresenta uma problemática ampla com uma gama variada de fatores intervenientes. Tendo seu início demarcado pela criação da CINAEM em 1990, significa 10 anos de esforços e potencialmente gera um sem número de contradições, interesses e conflitos, cuja abordagem dialética é a mais indicada, dialética no sentido dos pressupostos de Lefebvre (1968:236):

- Somente a observação da prática social põe em contato com a realidade objetiva; o conhecimento é eminentemente prático e a teoria só tem consistência se for originária da observação da prática.
- Nada no universo é isolado, todos os fatos e acontecimentos mantêm conexões entre si. Por isso, a análise objetiva de uma determinada situação social deve considerar as influências de todos os fatos e processos direta ou indiretamente correlatos.

- A realidade social é dotada de uma dinâmica própria e de movimentos que a mantém em permanente mudança em busca de um equilíbrio, nunca atingido plenamente.
- Esse movimento permanente decorre da existência de contradições, tendências opostas, que procuram se excluir mutuamente numa espécie de luta, e que se integram e se identificam numa determinada situação social onde coexistem em contradição.
- Só é possível explicar a origem, a existência e a dinâmica dos processos sociais através da compreensão das suas contradições que implicam os indivíduos e grupos envolvidos.
- Gerado assim pela ação de forças antagônicas em "luta", a dinâmica dos processos sociais surge pela intercalação de crises existenciais, quando essas forças opostas se superam, por pressões de crescimento gradual, em variações qualitativas de um estado para outro estado

Envolve duas organizações, com suas especificidades e culturas próprias, seus paradigmas e interesses, representando diferentes corporações profissionais. Este processo, enquanto instituição, que aqui tratamos, visto dialeticamente, nos remete aos conceitos de Lourau (1995:64) sobre as instituições :

O segredo da instituição é que esta pode ser percebida ao mesmo tempo como totalmente real e como totalmente imaginária. Seu segredo é que não somente é sempre simbólica mas produtora de símbolos sociais, indispensáveis para nutrir minha vida cotidiana, minha sociabilidade e minha produtividade. O pluralismo é um caráter essencial da instituição. Se houvesse apenas uma única instituição não haveria "gênero humano".

O pluralismo está presente nos múltiplos papéis vividos pelos atores envolvidos com o processo de mudança que não só pertencem a organizações distintas, mas também pertencem a várias instituições, fato este que para Lourau (1995,65):

O fato de pertencer e de referir-se a instituições múltiplas – e até contraditórias – não é um obstáculo para o indivíduo; ao contrário, é a condição de sua instituição como pessoa.

Essa pertença a múltiplas instituições (ensino, prática médica, gerência organi-

zacional) é um dos aspectos mais importantes na geração das contradições e dos conflitos vividos no processo de mudança. Henríquez (1997:78), considera:

Mas as instituições sendo contraditórias não podem modelar totalmente os indivíduos que, pertencendo a numerosas instituições, podem lançar, em parte, uma instituição contra outra, se poupar assim das zonas de liberdade, escapar das tentativas *de alienação* que constituem o móvel essencial das instituições.

Este contexto complexo, multidimensional, não pode ser abordado de modo simplista. A sua abordagem exige, por conseguinte, um tratamento específico que considere aspectos analíticos distintos dos utilizados na Teoria das Organizações que enfoca seus aspectos funcionais e racionais, ou seja, não podemos reduzir nosso enfoque a uma leitura funcionalista e positivista que reduz o processo organizacional a instrumentais técnicos, dados, objetivos, sem considerar o caráter subjetivo inerente ao mesmo. Ao contrário as organizações são organismos vivos com sujeitos vivos, desejantes e pensantes, que convivem com suas contradições. Segundo Pajés (1987, 31)

A organização é um conjunto dinâmico de respostas a contradições. [...] Não se pode compreender como nasce e se transforma uma organização a não ser por referência a este fundo negativo, numa perspectiva não positivista, mas dialética. A organização é, se quisermos, uma vasta "zona intermediária" que se interpõe entre as contradições de classe, evita ou atenua os conflitos, os absorve e os integra em um sistema social unificado, mas é entretanto, constantemente sustentada e produzida por elas.

Essas contradições e conflitos (professor x médico, médico x não médico, generalização x especialização, autonomia x organização) não devem ser tratadas por variáveis de caráter funcional-operativo⁹, que não conseguem dar respostas.

A especialização representa uma subdivisão da corporação médica e é fruto da divisão social do trabalho. Durkheim considerava a divisão social do trabalho um fato positivo pois através das relações de trocas estimularia a solidariedade orgânica. Porém, no caso da medicina, a especialização vem gerando fragmentação dos saberes

⁹ Referente ao comportamento do servidor em relação aos modelos de gestão das organizações e orienta a análise em função dos aspectos sócio-técnicos (o processo de tomada de decisão, as práticas gerenciais, as normas e procedimentos administrativos, o compromisso do servidor com a eficiência, eficácia e efetividade)

com perda da qualidade e prejuízos para o setor saúde. Além disso vem segmentando a profissão com a criação de formas organizativas distintas, as sociedades específicas (cardiologia, pediatria, etc.), que passam a gerar novas formas de relação e de conflito.

As organizações aqui estudadas, a FCM e o ICB são organizações tradicionais, se pautam pelos princípios da linearidade e da continuidade. Porém as organizações não se constituem em sistemas fechados são, ao contrário, estruturas alicerçadas no ser humano e cujos arranjos das relações relativamente estáveis são dialéticos e precisam ser compreendidos numa perspectiva de instabilidade dinâmica.

O conceito de organização é muitas vezes confundido com o de instituição que apresenta múltiplos sentidos, ora como um estabelecimento, ora como símbolo (instituição do hino nacional), ora como limitação pessoal (instituição do incesto e sistema de parentesco). Mais precisamente, a instituição se encontra no macro e no microsocial, com um simbolismo quase sempre inconsciente e mesmo assim impositivo. (Barbier, 1985:129)

Instituição pode ser compreendida como a convergência das instâncias econômica, política e ideológica, ponto de junção simbólico entre infra-estrutura e superestrutura de uma formação social (Ibdem, 1985:136).

A análise institucional implica no reconhecimento de que não existem instituições sem os conceitos de instituído e de instituinte e que se alternam em períodos de calma e períodos críticos.

Nas instituições educação médica e prática médica o profissional médico é majoritário. A sua liberdade de ação, e a autonomia profissional, é um dos fatores conflitantes entre os profissionais e as organizações (FCM e ICB). Neste sentido as instâncias institucionais de Lourau (1995: 96) nos colocam esses momentos:

- O momento da universalidade coloca a instituição como sistema de

coação exterior, ela é vista como "coisa" no sentido durkheimiano (instância objetiva). Transcende os indivíduos, funciona como uma regulação externa.

- O momento da particularidade privilegia o vivido. A instituição não é uma coisa, representa uma projeção da angústia individual e um sistema de defesa contra esta angústia (instância imaginária), ou seja uma luta entre a repressão e a livre expansão individual.
- A instância simbólica (momento da singularidade), derivada do momento da universalidade, busca a síntese entre as instâncias objetiva e imaginária.

A dualidade vivenciada, dos desejos e das práticas em dissintonia, tem uma leitura institucional e requer, para sua análise, conceitos mais amplos. Para tanto lançamos mão das noções de complexidade de Morin (1990:51), que abrangem ao mesmo tempo o todo e suas partes as contradições e os opostos, ou seja um sistema aberto com múltiplas identidades, envolvendo três noções complementares:

- a primeira, sistêmica é uma noção quantitativa que ressalta a multiplicidade de variáveis, e as possibilidades infinitas de interações possíveis entre elas.
- a segunda, é a noção de caos, a dinâmica de um objeto complexo do qual seria impossível conhecer completamente a situação das variáveis e das suas relações.
- a terceira, a ambigüidade do conhecimento científico, noção chave do pensamento complexo, que embora aparente ser sua maior fragilidade é também sua maior riqueza, pois, a incerteza é uma abertura para o cres-

crescimento do conhecimento científico.

Ainda em relação à complexidade Morin (1990:107) estabelece três princípios que ajudam a sua compreensão : o *dialógico*, que baseado na organização viva é exemplificado pelo DNA que produz duas proteínas, a da existência e a da reprodução, esses princípios – o da reprodução transindividual e o da existência individual - são complementares e são também antagônicos; o *recursivo* segundo o qual a sociedade é fruto das interações entre os indivíduos e ao mesmo tempo, gerada, retorna sobre os indivíduos afetando-os; e o *hologramático* que afirma que a parte representa o todo e o todo está na parte, o conhecimento das partes enriquece o conhecimento do todo e vice e versa.

Para Matos (1999:4), estes princípios se integram entre si, no objeto complexo:

...e produzem uma ruptura definitiva com a lógica linear e positivista, à medida que negam espaço às posturas classificatórias que excluem os contrários; aos raciocínios lineares de causa-efeito e à lógica parcial, que não reconhece a universalidade das partes.

Os instrumentos para o conhecimento da complexidade são para Morin (1990:101-102): a *razão* significando a vontade de ter uma visão coerente dos fenômenos, a *racionalidade* que seria o diálogo entre o nosso espírito que cria estruturas lógicas e as aplica sobre o mundo real, e a *racionalização* que consiste em querer encerrar a realidade num sistema coerente, desviando , esquecendo tudo que na realidade contradiga esse sistema. A racionalidade e a racionalização tem a mesma origem e se tornam inimigas ao se desenvolverem.

Um processo de uma década, quase sem êxitos, nos leva a indagações, como já referido anteriormente. Porque todos concordam com a necessidade de mudanças no ensino médico e não se logram êxitos ?. Cabe questionarmos os limites da racionalidade e da racionalização embutidos nos discursos.

A racionalidade ou racionalização embutida ou não nos discursos e traduzida nas práticas sociais, são mecanismos institucionais, projetos políticos inconscientes que tendem à reclusão, ou seja negação dos processos instituintes que visem à transformação. Neste aspecto Enriquez (1997:79):

Toda instituição é então levada a pronunciar interdições estruturantes, necessárias à própria existência da sociedade e dos membros que a compõe, e a colocar em ação um imaginário ardiloso em detrimento de um imaginário motor, cuja presença ela só admite com reticências.

Procura desvendar as contradições, as racionalidades e as racionalizações que possam estar encobrindo os fatores impeditivos a um movimento instituinte. A repetição, o conservadorismo das práticas, as resistências dos atores denotam aspectos imobilizantes da vida organizacional. A esse respeito, e em contraponto, Enriquez (1997,79):

Direi simplesmente que quanto mais uma instituição é viva, percebe suas contradições internas, se coloca indagações, é capaz de uma abertura, cede seu lugar ao imaginário-motor, é trabalhada pela reflexão e a reflexividade, tanto mais ela mantém no interior de si mesma o movimento instituinte e menos se arrisca a cair no instituído, quer dizer na inércia e na repetição; todavia, ela não pode funcionar assim se não aceitar a condição de ser atravessada pelo social histórico, por conseguinte pela luta pelo poder e pelo conflito de ideologias.

Ainda relacionando-se a resistências, desejos, práticas conservadoras, mudanças Barbier (1985:156) considera:

A instituição á a célula simbólica, matriz dos *habitus*, com uma dinâmica dialética instituída e instituinte, com uma estrutura oculta e ocultante, inscrita na temporalidade e socialmente sancionada, que busca o controle da historicidade agindo de uma maneira funcional e imaginária, instaurada pelas relações sociais forçosamente conflitantes, provenientes da atividade transformadora dos grupos humanos (com o princípio de realidade), da sua produção desejante (com o princípio de prazer) e do seu duplo imaginário social (com o princípio de esperança e o princípio de ilusão).

Metodologicamente, Barbier propugna a Sociologia Institucional como instrumento de análise institucional sincrônica do momento dialético da singularidade de um grupo ou de uma organização considerada na sua rede de objetivação, isto é, seus pro-

duto, práticas e discursos sociais. Procura ser um instrumento de intervenção e de transformação da realidade social. A sociologia institucional é portanto uma sociologia radical da ação humana. (Ibdem, 1985:180)

Partindo dessas premissas teóricas, e da orientação metodológica embasada na Sociologia Institucional de Barbier, definimos alguns temas como elementos de análise, e que foram confrontados com os dados empíricos e com as questões definidas na problemática para verificação, ou não, da sua pertinência. Os temas escolhidos foram: Ensino Médico e Poder; Ideologia e Status Profissional; Democracia; Ética e Ensino Médico e Paradigma x Transformação x Participação.

O Método de Análise

Para fazer a análise do campo em estudo em função do referencial teórico adotado, optamos por trabalhar com uma metodologia que nos fornecesse uma visão dialética das organizações, uma metodologia que transcendesse a lógica positivista tradicional. A esse respeito, Minayo (1994:86), tece as seguintes considerações:

Gostaríamos de ressaltar mais uma vez que damos ênfase, como opção de abordagem à metodologia dialética. Essa opção não é apenas uma postura ideológica. Demo a coloca como a metodologia específica das ciências sociais porque é mais fecunda para analisar os fenômenos históricos. Sua opinião se baseia na observação da realidade social e na adequação a ela da visão dialética que privilegia: *a) a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; b) o fenômeno da transição, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade; c) o movimento histórico; d) a totalidade e a unidade dos contrários* (1985:86-100).

Para tanto, optamos pela Análise Sincrônica do Campo Dialético da Instituição nos Grupos e nas Organizações: A Sociologia Institucional, que permite, segundo Barbier (1985:181): *o reconhecimento, a decodificação e a decifração do campo institucional singular*.

O campo institucional singular diz respeito ao espaço concreto onde ocorre a relação de forças contrárias (instituídas e instituintes), ou seja o conjunto de vetores atuantes no processo de mudança do ensino médico na UPE. O reconhecimento diz respeito à coleta dos dados (produtos, práticas e discursos dos atores da práxis social), a decodificação significa delimitar e esclarecer a coerência interna e a autonomia relativa desse campo institucional mediatizante, e a decifração, mostra que esse campo institucional mediatizado expressa ao mesmo tempo um imaginário social motor e um imaginário social mistificador.

Para Lourau (1995:87-88) a dialética do *instituinte e do instituído* desenvolve-

se da seguinte maneira:

'Há o social instituído, mas este pressupõe sempre o social instituinte'. Em tempo normal, o social manifesta-se na instituição, mas esta manifestação é ao mesmo tempo verdadeira e de certa forma falaciosa, conforme mostram os momentos em que o social instituinte irrompe e se põe a agir diretamente, os momentos de revolução. Mas este trabalho visa imediatamente a um resultado, que é dar a si mesmo de novo uma instituição para existir de maneira visível.

Barbier(1985:185), considera ainda que as relações de força entre o *instituído* e o *instituinte* são dadas pelos objetos, práticas e discursos sociais que são produzidos num determinado grupo através de instituições intermediárias chamadas campo institucional mediatizante:

Chama-se *campo institucional mediatizante* o conjunto de instituições intermediárias que estabelecem sempre de modo provisório o estado das relações de força entre instituído e instituinte num determinado grupo e que são identificáveis pelos objetos, práticas e discursos sociais que elas produzem.

O interesse está no reconhecimento, o mais objetivo possível, desse campo, a fim de entender sua lógica. Trata-se, diz Barbier (1985:186), de procurar no seu campo simbólico, uma ordem institucional escondida, latente, para a partir de então realizar o exame do campo institucional mediatizado:

Campo oculto da dialética entre os outros dois momentos da instituição: o momento da universalidade (instituído) e o momento da particularidade (instituinte), bem como do sistema de relação de forças daí decorrente.

Ou seja, a estrutura onde se manifestam as contradições do imaginário social, compreendendo: o imaginário individual (inconsciente pessoal), imaginário grupal (inconsciente de grupo) e o imaginário social (inconsciente político).

Nesta perspectiva, podem ser considerados alguns vetores que interferem entre si no processo organizacional:

- Vetor político por onde se expressa a ideologia dominante que organiza junto com o imaginário social a prática grupal e os jogos de poder.
- Vetor libidinal por onde o inconsciente dos elementos do grupo toma forma de expressão através dos discursos.
- E um vetor grupal onde se produz e reproduz os hábitos culturais, que é o campo do sujeito em ação, encarnado em papéis sociais que lhe definem uma identidade e um reconhecimento social.

Para o reconhecimento dos campos mediatizante e mediatizado no objeto em estudo, consideraremos as três vertentes indicadas por Barbier:

- A vertente da estrutura das bases – o que estrutura a instituição em questão ? O que lhe dá sustentação do ponto de vista técnico-econômica, espaço-temporal, jurídico-política, social, comunicacional e libidinal ?
- A vertente da práxis – quais os tipos de práticas sociais que existem no grupo - práticas assinaladas, assumidas, dissimuladas, toleradas, , encorajadas, abafadas, escondidas, de resistência ?
- A vertente do projeto – quais são os discursos e ideologias que circulam no grupo e dão forma à organização grupal – discursos ambíguos, do ideal, mítico, da ilusão, de acompanhamento mais ou menos institucionalizado ?

Uma outra concepção utilizada, que nos permitiu definir as rubricas, que orientaram a escolha dos temas, foi a de espaço sócio-mental, que segundo Pagés (1987:40):

Nós chamamos de espaço sócio-mental um sistema certo de correspondência entre as estruturas psicológicas e as estruturas sociais. O espaço sócio-mental articula entre elas as estruturas econômicas, políticas, ideológicas e psicológicas.

Para a escolha dos temas levamos em consideração as estruturas do espaço sócio-mental e os vetores do processo organizacional. Para a análise dos mesmos, utilizamos as vertentes como variáveis.

Levantamento, Tratamento e Análise do Material Empírico

Utilizou-se a análise de conteúdo no intuito de compreender o conjunto de relações que caracterizam a estrutura e os processos institucionais na FCM e ICB, locus de desenvolvimento da mudança do ensino médico em questão.

Ao contrário do método experimental controlado com variáveis precisas, o método por nós empregado explora um pequeno número de casos, em profundidade, com base nos quais formula hipóteses, em sínteses parciais, cuja consistência, é progressivamente testada durante a evolução da pesquisa.

O método de análise é o de Pagés, o que guarda semelhanças com a análise de conteúdo de Bardin, o mais utilizado pela literatura, porém escolhemos o primeiro por guardar relação com o referencial teórico utilizado neste trabalho para a definição e análise da instituição.

Do ponto de vista conceitual a análise de conteúdo é um método de análise qualitativo e um conjunto de técnicas para a análise das comunicações. Segundo Bardin

(1977:29) os métodos de análise de conteúdo tem uma sutileza correspondendo aos objetivos:

- a ultrapassagem da incerteza: o que julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta "visão" muito pessoal, ser partilhada por outros ? Por outras palavras, será minha leitura válida e generalizável ?
- e o enriquecimento da leitura: se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta, aumentar a produtividade e a pertinência ? pela descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que *a priori* não detínhamos a compreensão

A perspectiva utilizada por Pagès (1987:205-206) permite uma análise dos dados qualitativos além de uma visão racionalista, buscando uma integração dialética entre o interno e o externo, entre o objetivo e o subjetivo e considera o discurso não como elementos isoláveis, mas como *um fluxo de contradições ligadas e encadeadas*.

O princípio apontado por Pagès (1987:205), para interpretação do material inclui as etapas:

1. Sublinhar e identificar os temas.
2. Classificar os temas dentro de grandes rubricas.
3. Identificar as relações entre os temas distinguindo as relações de causalidade e contradições, relações conscientes e inconscientes.
4. Refletir sobre o gráfico e proceder à nova elaboração teórica.
5. Aplicar o gráfico em outros materiais e compará-lo para produção de hipóteses.

A pesquisa documental e as Entrevistas

Embora de volume escasso, utilizou-se fontes documentais (ofícios, portarias, memórias de seminários e oficinas, memórias de reuniões do NUDEM, relatórios de

congressos da CINAEM e da ABEM) e de outros registros que guardaram informações relacionadas ao processo de mudança do ensino médico, pesquisou-se e analisou-se a produção, nos últimos dez anos.

Para o levantamento das informações necessárias à análise institucional foram realizadas entrevistas com o intuito de compreensão as vivências, as críticas e os projetos dos dirigentes, professores e alunos.

Foram realizadas entrevistas de dois tipos: a) entrevistas não dirigidas numa expectativa exploratória, a partir do tema central da pesquisa: o processo de mudança do ensino médico na UPE, numa perspectiva biográfica; b) entrevistas com questão semi-estruturadas (roteiro no anexo V), previamente elaboradas, com base na análise das entrevistas anteriores, visando conformar ou negar hipótese geradas nas mesmas.

Essas entrevistas permitiram o acesso ao processo de mudança a partir das histórias individuais sobre um tema comum adquirindo consistência nas condicionantes políticas, econômicas e ideológicas comuns aos entrevistados.

O critério básico de escolha dos entrevistados foi: na primeira entrevista ter participado ativamente do processo de mudança, e na segunda, ser professor ou aluno da FCM e do ICB. Além disso a heterogeneidade foi perseguida de modo que fossem representadas, com no mínimo duas entrevistas, as duas instituições, as direções e todos os períodos da graduação (excluído o internato).

Foram aplicadas ao todo 55 entrevistas (7 não estruturadas a informantes qualificados – lideranças envolvidas com o movimento de mudança - e 48 semi-estruturadas a professores e alunos da FCM e do ICB), as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise.

Além das entrevistas foram incorporadas minhas observações sistemáticas de-

correntes da participação nas reuniões do NUDEM.

As 07 entrevistas de cunho exploratório foram concebidas numa perspectiva autobiográfica. Foi utilizada uma pergunta subdivida em duas cujo tema era: o *processo de mudança do ensino médico na UPE* (como você vê o processo de mudança do ensino médico na UPE, como você se situa nesse processo e como você a participação dos demais atores nesse processo). Os entrevistados foram 06 professores e um aluno com reconhecida importância para a história do ensino médico na FCM. Os pontos mais relevantes desta fase serviram de base para a formulação das questões dos questionários que foram aplicados na segunda etapa da pesquisa envolvendo um público maior.

Para esta etapa, elaboramos um questionário com 13 perguntas, semi-estruturadas, compondo um roteiro de entrevista, refletindo os pontos mais relevantes das análises da fase anterior.

Os entrevistados foram 05 professores do ICB e da FCM e 43 alunos contemplando todos os períodos do curso de medicina (exceto o internato).

Concluídas as etapas de aplicação dos questionários, e transcrição das gravações, realizamos a codificação das mesmas. Para esta etapa foi elaborada uma planilha (anexo VI), na qual foram transcritas todas as respostas catalogando-as por entrevista, parágrafo e página. Posteriormente foram identificados os conteúdos das falas, identificados os principais conceitos e depois classificados por 103 grupos de conceitos comuns, (anexo VI), que depois geraram os 11 sub-temas (anexo VII) e finalmente os 5 temas (anexo VIII).

Tratamos as informações utilizando o método da análise de conteúdo, visto em uma perspectiva dialética, analisando cada discurso individualmente e considerado os

possíveis fluxos de contradições.

A análise consistiu na conformação teórica de cada tema, a apresentação comentada das falas dos entrevistados, confrontada com os fundamentos teóricos e comentários do autor desta dissertação. As conclusões trazem uma análise geral dos temas e seu cotejamento com as hipóteses anteriormente formuladas, e com os objetivos preconizados.

CAPÍTULO III

Sistema de Saúde no Brasil

MONARQUIA e PRIMEIRA REPÚBLICA

A história da saúde no Brasil pode ser dividida em períodos distintos que acompanham o desenrolar do processo político e econômico da nação. Sempre à reboque da conjuntura econômica apresenta momentos de nítidas diferenças quanto ao tipo e complexidade de serviços ofertados e da abrangência populacional alcançada.

No período monárquico e até o início da República (1889), a medicina só era acessível aos militares e altos funcionários da Corte. Segundo Paim (1992:48):

As camadas médias utilizavam a medicina popular e os demais, quando não morriam sem assistência, faleciam nos hospitais religiosos – as Santas Casas de Misericórdia. As doenças prevalentes eram as pestilenciais e as câmaras municipais se mobilizavam para tomar "medidas sanitárias" a cada epidemia.

Contudo, com o decreto 9.311, de 25 de outubro de 1884, inicia-se uma preocupação com a forma e o conteúdo da formação dos médicos. Segundo Fonseca, citado por Amaral (2002:32):

A partir dos anos 1870/1880, já se percebe uma preocupação com a prática da medicina, com um ensino mais prático, voltado para a experimentação, com a criação de Laboratórios e gabinetes, para instrumentalizar o profissional de forma mais ampla e não estritamente teórico como era antes.

Entre 1889 e 1930, foram criados os primeiros programas de saúde pública. Oswaldo Cruz foi o primeiro dirigente da Diretoria Geral de Saúde Pública (fundada em 1897), tendo organizado e implementado instituições de higiene e saúde no Brasil.

Foram adotadas "campanhas sanitárias" no intuito de combater epidemias urbanas e endemias rurais.

Este modelo de intervenção que tinha uma estrutura administrativa com características centralista, tecnoburocrata e corporativa foi implantado simultaneamente às políticas de urbanização e habitação, particularmente no Rio de Janeiro. Segundo Madel (1991:26), a estrutura administrativa rígida e autoritária:

....isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente da oligarquia de origem agrária que dominou a República Velha. Esses traços configuraram o perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil. (Madel, 1991, in *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, Número 1)

É ainda na primeira república, que surge a primeira iniciativa de organização da previdência social no Brasil. A Lei Eloi Chaves, que organiza as Caixas de Aposentadoria e Pensões é aprovada em 1923. Com o decreto 15.003, de 1921 o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública cria três diretorias (Serviços Sanitários Terrestres, Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e Saneamento e Profilaxia Rural). Surge, a partir destas medidas, a dicotomia saúde coletiva x medicina individual e previdenciária na política de saúde brasileira.

PERÍODO POPULISTA ao PERÍODO DESENVOLVIMENTISTA

Entre os anos 30 e 50, instaurou-se o período de ascensão e hegemonia do governo populista de Getúlio Vargas. Ao longo dos anos 30 foram criados os IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões) favorecendo os sindicatos de trabalhadores urbanos mais combativos e aqueles mais importantes para a economia rural exportadora. Os

sindicatos dos ferroviários, comerciários, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos foram alguns dos contemplados com a criação dos institutos.

Na primeira meta de do século XX o que se viu no Brasil foi uma prática centralizadora, verticalista e autoritária na saúde pública e clientelista, populista, paternalista e de exclusão social nas instituições de previdência social e de atenção médica.

Já o período desenvolvimentista, caracterizado pela tentativa da implementação de um projeto nacional de desenvolvimento "moderno", apresentava uma política de saúde dicotômica com uma dupla realidade: o modelo campanhista do Ministério de Educação e Saúde e o modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes. Para Madel (1991:27), neste panorama cresciam os problemas de saúde das áreas urbana e rural isto em parte devido a:

Uma tecnoburocracia médica, formada no exterior em administração de serviços de saúde, instalou-se na gestão dos Institutos de Previdência, por oposição à tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública. Justaposição, repetição, incompetência e ineficiência, reinantes nos programas e serviços de saúde, foram combatidas com mais programas, serviços e campanhas, que finalmente redundaram no aumento e na reprodução da dicotomia saúde pública versus atenção médica individual. (Madel, 1991, in *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, Número 1)

A consciência desta situação foi tomando corpo na sociedade ao mesmo tempo que não se vislumbrava possibilidades de solução por parte das organizações do setor gerando um impasse nas políticas de saúde, impasse este percebido como estrutural envolvendo a própria ordem institucional e política. Elites progressistas propuseram como saída imediata "reformas de base" entre elas uma reforma sanitária consistente e conseqüente. Porém, a reação política das forças conservadoras foi a adoção do golpe militar de 1964, estancando qualquer possibilidade de mudança.

O ESTADO MILITAR (1964 – 1985)

Este período, também conhecido como o do "milagre brasileiro", foi caracterizado por uma ditadura militar que se estendeu por longos 21 anos. Entre 1967 e 1973 foi realizada uma grande limpeza nos aparelhos de Estado, inclusive os da saúde, gerando uma grande reorientação organizacional estatal, inclusive no setor saúde.

Diferentemente dos períodos anteriores, realizou-se uma nova síntese. De maneira nefanda, reorganizou o sanitarismo campanhista, da Primeira República e o modelo curativo da atenção médica previdenciária do período populista. Com uma prática centralizadora aliou campanhismo e curativismo numa medicalização social sem precedentes no país.

A política do "milagre" foi encampada pelo setor saúde, que segundo (Madel, 1991:28):

Nesse contexto se produziu a política de saúde do "milagre", coerente com a política econômica de então, que preconizava um crescimento acelerado com uma elevada taxa de produtividade, conjugada a baixos salários para grande parte da massa trabalhadora. Esta política desfavoreceu a maioria das categorias, mas favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. Esses grupos foram beneficiados por altos salários e incentivos, o que possibilitou o aumento do consumo desses setores privilegiados, assim como a difusão da ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou então a ser vista como um bem de consumo. Especialmente, um bem de consumo médico.

A demanda social por consultas médicas generaliza-se em resposta à situação de saúde. A medicina é valorizada e considerada sinônimo de cura e de soerguimento da saúde individual e coletiva. O setor privado beneficia-se de financiamentos da Previdência Social para a construção ou reforma de clínicas e hospitais. Acelera-se a multiplicação de faculdades privadas de medicina e avolumam-se convênios entre o INPS

e hospitais, clínicas e empresas médicas, em detrimento dos serviços públicos de saúde. Esta política gerou uma série de distorções sociais e organizacionais, entre elas: i) massificação da atenção médica sobrepujando a medicina social e preventiva; ii) surgimento e rápido crescimento de um empresariado de serviços médicos centrado mais na lucratividade do que na saúde da população; iii) ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, especializado e preocupado com a sofisticação tecnológica. Esta política levou a formação médica e a assistência à saúde, a consolidarem relações médico-paciente e serviços-sociedade, autoritárias, mercantilizadas e tecnificadas.

Na segunda metade dos anos 70, as grandes filas de espera nos serviços e a continuação do quadro sanitário, aliada ao sentimento da falência do "milagre" geram intensa insatisfação popular. Com a diminuição das verbas para a saúde pública e para a atenção médica da Previdência Social, inicia-se o desmascaramento do uso da medicina como solução milagrosa para as más condições de vida. A miragem é socialmente percebida e é publicamente denunciada.

No início dos anos 80, o movimento social organizado, representado por sindicatos e partidos inicia uma fase de contestação à política de saúde vigente. Em 1982, com as primeiras eleições livres para o Congresso e as Assembléias Legislativas em 20 anos, muitos candidatos se elegeram com propostas voltadas para a questão da saúde. Em 1983 a sociedade civil ia às ruas reivindicar direito à saúde e cobrava a responsabilidade do Estado. Pela primeira vez, no Brasil, saúde passava a ser considerada um direito universal e um dever do Estado.

A NOVA REPÚBLICA E A REFORMA SANITÁRIA

Aspiração antiga da sociedade brasileira, a reforma sanitária vem sendo discutida desde a década de sessenta. Os vários atores envolvidos nos destinos do setor saúde vem se confrontando devido a interesses contraditórios. Concepções distorcidas, boicotes e desentendimentos internos e externos ao setor tem dificultado transformações consistentes nas práticas das organizações vinculadas ao setor saúde.

Na década de oitenta ainda se convivia com um sistema centralizado, fragmentado em várias organizações, com baixa cobertura e baixa qualidade. Este quadro interessava a chamada "burguesia da saúde", constituída por: proprietários de empresas, grandes hospitais e clínicas privadas, grandes indústrias de equipamentos médicos, empresas multinacionais de produtos farmacêuticos e médicos liberais defensores de uma ideologia privatista.

De outro lado, a clientela formada por trabalhadores, suas famílias e uma parcela ponderável da classe média sem condições de pagar os altos custos médicos e dos hospitais e clínicas especializadas.

Desde a década de 50 que o debate privado x estatal ou nacional x internacional vem acontecendo, porém, na década de 80, o empresariado da saúde assume uma postura mais incisiva, defendendo publicamente seus interesses desenvolvendo lobbies no Congresso, assembleias legislativas, ministérios e nas faculdades e hospitais universitários.

Ao mesmo tempo, desenvolve-se na sociedade civil (movimentos populares de saúde, sindicatos, etc.) a consciência da importância da saúde e das organizações médicas, bem como do papel do Estado como responsável e coordenador dos planos, pro-

gramas e serviços no setor saúde, tornando este tema primordial na reforma sanitária desejada.

Mesmo com todo este quadro negativo algumas medidas governamentais foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. Através de programas piloto foram descentralizados serviços aos municípios e distritos e tentou institucionalizar a "participação popular".

Em 1986, reuniram-se em Brasília mais de 4.000 pessoas para participar da VI-II Conferência Nacional de Saúde. Naquele evento, que envolveu profissionais do setor, professores, políticos e a sociedade civil organizada, foram apresentadas e legitimadas propostas de todos o Brasil, antecedidas pelas conferências estaduais e municipais de saúde. Estas propostas serviram de base para as discussões levadas a cabo na Assembléia Nacional Constituinte, que foi instalada dois anos após.

Só em 1988, com a nova Constituição, foi reconhecida a concepção da saúde como um "direito social" e assumido o lema *saúde direito do cidadão e dever do estado*.

Um dos temas mais importantes da reforma sanitária referia-se ao comando único setorial, ou seja a unificação dos órgãos prestadores de serviços de saúde em uma só organização, e neste caso o Ministério da Saúde de modo que o mesmo fosse o condutor, gestor e principal executor de toda a política de saúde do país. Com esta unificação buscava-se a superação da dicotomia entre saúde pública, de cunho preventivista, e a atenção curativa. Ou seja, a construção de um modelo integrado de promoção e prevenção à saúde e atendimentos individuais previdenciários. Este modelo poderia transpor mazelas como a justaposição, repetição, ineficácia e competição de programas e serviços, bem como permitir um controle financeiro mais eficiente.

Apesar de inúmeros obstáculos, em 1988 a nova Constituição estabeleceu o

SUS (Sistema Único de Saúde) definindo o comando único sob controle do Ministério da Saúde. Além disso, estabeleceu a descentralização do poder decisório com atribuições para os Estados e Municípios. Criaram-se os fundos Estadual e Municipal de Saúde para repasse direto de recursos financeiros e avançou-se significativamente no processo da municipalização dos serviços de saúde.

Um dos princípios introduzidos na organização dos serviços foi o da hierarquização. Por este princípio a prioridade passou a ser concedida aos chamados "cuidados primários de saúde" que seria ofertado por uma rede de serviços básicos. Esta rede serviria de porta de entrada ao sistema, sendo que os casos mais complexos deveriam ser encaminhados a unidades secundárias, quando necessitassem de especialistas e encaminhados aos hospitais quando necessitassem de internação. Como as unidades básicas deveriam atender a 80% das patologias mais freqüentes e não disporia de especialistas gerou-se a necessidade da adoção do chamado "médico generalista", já que o mesmo deveria atender as três clínicas básicas (clínica médica, pediátrica e ginecológica). Porém, além do plano teórico, nenhum fato ou medida concreta foi encetada para que os serviços de saúde apresentassem uma nova configuração.

Em 1990, é regulamentada a Política Nacional de Saúde através da aprovação pelo Congresso das Leis 8080 e 8192 e ficam estabelecidas as responsabilidades dos três níveis de governo.

Até 1993, nenhuma nova proposta de modelo havia sido emanada do governo federal. Em 1994 o Ministério da Saúde (MS) inicia a implantação do *Programa Saúde da Família* (PSF)¹⁰, que foi concebido como uma estratégia de reorientação do modelo vigente, e no documento que fundamenta a proposta afirma:

¹⁰ As equipes do PSF trabalham em dois turnos, devem atender a no máximo 1.000 famílias, e são compostas por: 01 médico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 agentes de saúde. Mais recentemente (2001) os odontólogos foram incorporados a algumas equipes.

....Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. O PSF não é uma estratégia desenvolvida para atenção exclusiva ao grupo mulher e criança, haja vista que se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando uma característica de atuação inter e multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde. A unidade de saúde da Família nada mais é que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior densidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. (Min. da Saúde, 1994 – Programa de Saúde da Família – Uma Estratégia para a mudança do Modelo Assistencial).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹¹, implantado em 1991 foi o seu predecessor e armou as bases (cadastro e apoio local) para sua implantação.

Em muitos locais o PSF incorporou os agentes de saúde já existentes na localidade. Em que pese os fatos de ainda não estar funcionando a contento na maioria dos municípios e de ter uma cobertura ainda abaixo do esperado, o PSF tem desenvolvido ações de impacto que vem melhorando o quadro nosológico nas regiões onde atua.

Educação Médica no Brasil

Até 1808, os poucos médicos atuantes no Brasil haviam se formado em faculdades européias. A primeira escola de medicina do Brasil só foi criada após a vinda da família real portuguesa, pressionada pelo expansionismo francês.

¹¹ O PACS foi instituído como um programa de saúde pública voltado para as periferias trabalhando sem médicos.

O Sistema Educacional Brasileiro, e em particular do ensino médico, esteve intimamente vinculado com o surgimento das instituições econômicas, militares e culturais (Amaral, 2002:26).

A quem serve a educação médica ? Esta é uma indagação e uma reflexão do ex presidente da ABEM citada por Amaral (2002:25):

Devemos definir a quem serve a educação que estamos promovendo na Escola Médica e quem dela se serve. Ou a educação serve àqueles para os quais a escola foi criada – que é o cidadão –, ou está servindo apenas aos que dela obtêm proveito particularizado. **A quem a Escola Médica quer atender?** Aos interesses da indústria produtora de insumos para a Saúde e das instituições que exploram o trabalho dos profissionais médicos, ou às necessidades sociais? Dependendo de nossa opção, que, evidentemente, não é neutra, mas fruto de nosso direito de livre arbítrio, os rumos da formação médica serão bem diferentes. E conformarão também a resposta ao tipo de profissional que queremos formar: **técnicos médicos, ou cidadãos médicos**. (destaque do autor)

As cidades de Salvador e Rio de Janeiro foram as primeiras a contar com escolas médicas que inicialmente funcionaram em dependências militares. Apenas em 1898, é que o terceiro curso foi inaugurado, desta feita em Porto Alegre. Aos poucos, o número de escolas médicas no Brasil evoluiu, sendo que no final da década de 60 e início de 70 ocorreu a grande expansão com a criação de mais 36, sendo a maioria privada.

Para Machado (1997:54), a distribuição geográfica das faculdades de medicina gerou distorções já que:

A política concentradora de equipamentos econômicas e sociais que levou à criação das maiores escolas de medicina nas capitais do Brasil (quase sempre federais) – fomentou e solidificou a fixação dos médicos nos grandes centros. Os dados são contundentes. Veja-se, por exemplo, a proporção de médicos graduados em algumas universidades federais que se deslocaram para o interior: Rio de Janeiro (14%); do Pará (8%); de Pernambuco (7%); do Ceará (4%); de Alagoas (2%); do Rio Grande do Norte (4%).

Como não poderia deixar de ser, foram adotados os modelos europeus de ensino médico e segundo Santos Filho, citado por (Machado, 1997, 57):

O modelo de ensino estabelecido nas primeiras escolas médicas foi o da Universidade de Coimbra após a Reforma Pombalina, na qual o aspirante à carreira médica deveria saber falar latim, ter conhecimento do grego, de filosofia moral e racional, e manejar as línguas francesa e inglesa, facultativamente. Coursaria, então, as matérias das Faculdades de Filosofia e Matemática, matriculando-se, após exames, no curso de medicina, composto de cinco cadeiras, uma em cada ano: matéria médica e farmácia; anatomia, prática das operações e arte obstétrica; instituições (teoria médica) com a prática da medicina e da cirurgia no hospital; aforismos (de Hipócrates e de Boerhaave) e continuando com a prática no hospital; prática da medicina e da cirurgia no quinto e último ano, findo o qual submetia-se a exames (...), recebendo, se aprovado, o grau de "Bacharel em Medicina e Cirurgia". Para obter os títulos de "licenciado" e de "doutor", cumpria a repetição, por mais um ano, das cadeiras de instituições e aforismos, e defesa de tese, no último caso.

Com a publicação do Relatório Flexner, em 1910, que originou a reforma do ensino médico americano, e em decorrência, do progressivo deslocamento da adoção do modelo francês para o americano, o Brasil foi transformando seu currículo, desaguando na Reforma Universitária de 1968., que introduz o ciclo básico.

Os princípios do modelo flexneriano encontraram em nosso país, impregnado pelas concepções positivistas, um campo fecundo para sua absorção. A partir de então, iniciou-se o estudo dos sistemas e dos órgãos isolados do corpo; assumiu-se a concepção de doença como processo individual, natural e biológico. Os hospitais universitários foram criados e escolhidos como local privilegiado para a implantação do binômio ensino-pesquisa.

Uma outra decorrência do modelo flexneriano foi a introdução do ensino por disciplinas de acordo com especialidades (ou seja, têm-se disciplinas como a cardiologia, pediatria, dermatologia, radiologia etc.). Os conteúdos programáticos dessa disciplina embora se sobreponham em diversos aspectos, são ministrados de forma independente, prevalecendo a lógica interna de cada disciplina ou especialidade. Se por um lado, esse crescente "especialismo", sustentado pelo mito da eficácia e racionalidade técnica, encontra amplo apoio na sociedade moderna e no complexo médico-industrial, por outro, acaba favorecendo a especialização precoce do estudante. Desta forma, os médicos, de modo geral, estão se formando condicionados por um mercado cada vez mais competitivo e por um modelo de ensino que favorece e estimula a opção prematura por uma especialidade. (Machado, 1997, p. 59)

Na década de 90, surgem duas propostas de avaliação do ensino médico, num intuito de controlar e até mesmo "reparar o mal" decorrente, por um lado da política expansionista de escolas médicas, e por outro da inadequação da formação às necessidades do mercado. As duas propostas foram originárias: uma do Ministério da Educação e outra da corporação médica, consubstanciada na Cinaem. (Machado, 1997:57)

A Reforma da Educação Médica no Brasil

A necessidade de mudança do ensino médico não é uma particularidade brasileira. Em países considerados de primeiro mundo como Canadá e Estados Unidos, há quase duas décadas, vem sendo realizadas reformas como tentativa de diminuir custos e adequar à realidade social.

Esta tendência geral tem sentido não só pelas exigências da prática em saúde

mas sobretudo pela tendência do processo educacional se autonomizar em relação às demandas sociais. Passeron (1995:106) afirma:

"A tendência das instituições escolares e dos corpos docentes a se autonomizar em relação às demandas e controles sociais, a partir do momento em que se constitui um mínimo de especialização profissional dos transmissores e de codificação do *corpus* a transmitir, é perfeitamente visível a longo prazo ou na comparação histórica". (Passeron, 1995,106)

O ensino médico no Brasil, desde o relatório Flexner (1910), até o Estado Novo e no Governo Dutra não apresentou mudanças significativas.

Na década de 50, com o advento da obra de Edward Bridge, surge um novo estímulo à discussão da educação médica mundial. Os reflexos do movimento pela arte de educar cresceram nas escolas médicas da América Latina e segundo Rosa citado por Amaral (2002:47):

Cresceu na Escola Médica da América Latina, o interesse pela arte de educar, reflexo do movimento iniciado nos Estados Unidos nos anos 50. Do diálogo entre as escolas de medicina e de educação naquele país resultou um corpo de conhecimentos divulgados entre nós, pelo livro de Edward Bridge, cujo título por si só significava novidade: *Pedagogia Médica*.

No Brasil, a Criação da 27ª escola de medicina (em 1956), motivou a Associação Médica Brasileira (AMB) a instituir a Comissão de Ensino Médico, com a missão de avaliar a qualidade e os objetivos do ensino médico.

Em 1961, a Fundação Kellog patrocinou na Bahia a 1ª Conferência sobre o ensino da Clínica Médica. Este evento e o movimento pela Formação do Médico de Família nos Estados Unidos e Canadá, em 1960, estabeleceram um cenário de propostas de transformação do ensino médico e dos modelos de atenção.

No início da década de 1960 registra-se a aproximação das faculdades de medicina com os organismos internacionais de apoio técnico e financeiro a projetos no campo da saúde e da educação médica.

A partir de 1964, com a tomada do poder através do golpe militar, a aproximação com organismos internacionais é intensificada. É nesse período, que por solicitação do governo brasileiro, o professor norte americano Rudolph Atcon elabora um documento de sugestões para o ensino brasileiro. A partir deste trabalho, estabelecem-se as bases para o convênio MEC/USAID, com tendências modernizantes, adaptando a universidade brasileira ao sistema capitalista. Esta reforma universitária vinculou-se cada vez mais a tendência privatista e aos interesses dos setores hegemônicos nacionais e estrangeiros.

A expansão do ensino superior, segundo Amaral (2002:51), foi um processo:

Respalado na nova LDB (Lei 4.024/61), o processo de expansão do ensino superior realizou-se de forma descentralizada do ambiente universitário para as faculdades isoladas, predominantemente privadas, consolidando o convívio amigável do Estado arbitrário com a privatização das escolas médicas. Ao mesmo tempo, diminuiu a pressão das camadas médias por mais vagas na escolarização, mesmo a custo da queda da qualidade da formação médica brasileira.

Neste contexto é fundada, em 1962, a ABEM que desde a sua fundação manteve uma preocupação constante com a qualidade do ensino médico. As suas reuniões anuais tratavam de temas de relevância tais como: *medicina preventiva e ensino médico* (1963); *pedagogia aplicada à medicina* (1964); *formação do pessoal paramédico e duração do curso médico* (1965); *ensino da psicologia na escola médica e administração das Escolas Médicas* (1966); *o hospital de ensino e o preparo pedagógico dos docentes de medicina* (1967); *a integração do ensino das ciências básicas de saúde e sua integração profissional* (1968). No final da década (1969) promove a discussão do tema: *formação do profissional da saúde frente à realidade socioeconômica no Brasil*.

O governo federal, através do Ministério da Educação e Cultura, tomou algumas iniciativas com vistas à avaliação do ensino médico no país. Em 1971 constituiu

uma comissão cuja missão era avaliar a situação e propor soluções para os problemas encontrados. Esta comissão foi presidida por Roberto Figueira Santos e produziu até 1975 três importantes documentos. Com relação ao crescimento desordenado das escolas médicas produziu: *A Expansão da Rede Escolar*; em relação à articulação ensino / serviço, elaborou o primeiro documento a abordar o tema: *Ensino Médico e Instituições de Ensino*; e, em complementação ao tema articulação ensino / serviço divulgou o documento *Internato e Residência*.

Esse gama de documentos, foi decorrente de um minucioso trabalho realizado em 76 escolas médicas o que gerou um extenso manancial de informações para o MEC. Porém esses dados não foram utilizados em prol das necessárias mudanças identificadas. A esse respeito, Rosa (2001, p. 13), faz o seguinte comentário:

Em *As Horas Nuas*, Lygia Fagundes Telles nos lembra que vamos perdendo ao longo da vida. Primeiro, a inocência, tanto fervor. Depois, a confiança e a esperança. Nesta Comissão, perdi, de uma só vez, a inocência, a confiança, a esperança no ensino médico no País. Inimaginável, para mim, tantas conveniências pessoais, políticas e mercantilistas em jogo. Inimagináveis a cumplicidade, o silêncio e a omissão do Poder Público. A riqueza de dados disponíveis no MEC quanto à qualidade do ensino médico era surpreendente. Por igual, a impossibilidade de propor medidas saneadoras.

A ABEM, na década de 1960, apoiou à expansão das escolas médicas. Ao longo dos anos 70, nas suas reuniões anuais e posteriormente nos congressos estimulou discussões com temas como: *planejamento do ensino médico* (1970); *a expansão das escolas* (1971); *o ensino médico e a previdência social* (1972); *a pós-graduação no ensino médico* (1973); *o ensino médico e a previdência social – o internato* (1974); *o ciclo básico: comum ou diferenciado, o ambulatório, a residência médica* (1975); *a medicina comunitária – regionalização docente-assistencial* (1976); *o ensino da disciplina básica – ensino de clínica médica* (1977); *o médico de família – formação ética do médico* (1978); *a experiência de novos modelos de formação* (1979). Em todas estas

discussões foi questionada a formação curricular que estava sendo adotada pelas escolas médicas. Para Santos, citado por Amaral (2002:56):

As necessárias alterações curriculares no ensino médico constituem o primeiro ou um dos primeiros testes aos 'poderes' na Escola Médica: Todas as experiências anteriores, em nosso país, de reformar os currículos em coerência com os reais interesses da população, fracassaram por não tocarem nos núcleos de interesses e poderes das Escolas Médicas, sendo que, em muitos casos, o discurso 'racional' da Direção, Comissão de Ensino ou da própria Congregação, vieram confundir e conseguir apenas simples remanejamentos dos mesmos interesses de poderes.

A década de 70 ficou marcada por uma série de acontecimentos na política nacional e internacional de saúde. Em 1978 a reunião de Alma-Ata (URSS) promovida pela Organização Mundial de Saúde, que discutiu e difundiu os fundamentos da Atenção Básica em Saúde e o slogan Saúde para Todos no ano 2000. Em 1976 é criado o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), em 1977 institui-se o SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) e é regulamentada a Residência Médica. Finalmente em 1979 em Ottawa/Canadá a Organização Mundial de Saúde realiza reunião com 20 escolas médicas. Estes acontecimentos influíram decisivamente para aumentar a responsabilidade e explicitar a complexidade das alterações necessárias no currículo médico.

Na década de 80 surgem: o Movimento da Renovação Médica (REME) e o Movimento da Reforma Sanitária que desaguou em propostas para a Constituinte de 1988. Contudo as escolas médicas continuaram praticamente com a mesma postura e os mesmos currículos.

No início da década de 1990, o ministro Alceney Guerra, responsabiliza pela falência da saúde pública brasileira a formação dos médicos. Para avaliar a situação é criada, em dezembro de 1990, a Câmara Técnica de Atuação Profissional. Em junho de 1991 o Conselho Nacional de Saúde regulamenta a sua atuação.

Este fato gera uma reação das entidades ligadas à medicina e em março de 1991, no Conselho Federal de Medicina é criada a CINAEM, com os seguintes objetivos:

1) Avaliar o Ensino Médico brasileiro, visando sua qualidade para atender às necessidades médico-sociais da população; 2) Propor medidas de curto, médio e longo prazo que venham sanar as deficiências hoje encontradas; 3) Criar mecanismos permanentes de avaliação das Escolas Médicas; 4) Criar mecanismos para desenvolver programas de Educação Médica Continuada. (Ata da 1ª reunião da CINAEM, 1981)

O Projeto CINAEM, obteve as seguintes conclusões na sua primeira fase, baseadas em informações levantadas em 76 (setenta e seis) escolas médicas (CINAEM, 1998):

- ✓ estrutura político-administrativa centralizadora, pouco eficiente e pouco eficaz;
- ✓ estrutura econômico-administrativa sem autonomia, pouco ágil e insuficiente frente às necessidades básicas das instituições;
- ✓ infra-estrutura material aquém da desejada e sucateada;
- ✓ recursos humanos escassos, pouco preparados e com regime de trabalho insuficiente às necessidades do ensino médico;
- ✓ modelo pedagógico anacrônico, fragmentado e compartimentado;
- ✓ escolas médicas com um papel tímido em termos de produção de novos conhecimentos (pesquisa) e prestação de serviços à comunidade (extensão);
- ✓ formação de médicos pouco adequados às demandas sociais.

A segunda fase do Projeto CINAEM na qual participaram 48 (quarenta e oito) escolas médicas ratificou as informações acima descritas, tornando as conclusões mais precisas com a inclusão dos dados abaixo discriminados, entre as deficiências apresentadas pelo ensino médico (CINAEM,1998).

- ✓ formação *strito sensu* rara entre os médicos docentes;
- ✓ regime de trabalho dominante de 20 (vinte) ou menos horas semanais;
- ✓ atividades de pesquisa e administração como prerrogativa de poucos docentes;
- ✓ produção acadêmica discreta.

Igualmente, foi constatado que a remuneração da docência médica está muito aquém da realidade do mercado de trabalho médico, deste modo, qualquer inserção na profissão médica (plantões, assistência em ambulatórios, saúde ocupacional, etc.) remunera significativamente melhor que a docência médica, estimulando uma seleção para a academia que não privilegia a excelência.

Também, o exercício da docência médica exige que, para bem ensinar, o educador atenda pacientes em sua área de conhecimento, assumindo a responsabilidade ética sobre o exercício profissional da medicina. Esta atividade desempenhada pelos docentes tem gerado um resultado financeiro que ajuda a suportar as despesas dos Hospitais Universitários.

Para a adequada valorização e promoção na carreira docente, exige-se que o docente construa novos conhecimentos através da inserção qualificada em atividades de pesquisa.

Embora não o justifiquem as informações apresentadas explicam o fato da do-

cência aparecer como uma atividade secundária no exercício profissional do médico que também é docente.

Ainda como fruto da segunda fase do projeto da CINAEM, o processo de formação analisado, apresenta características bem definidas, e de uma maneira geral, o curso de medicina no Brasil se organiza estruturado em dois anos de curso básico e quatro de curso profissionalizante, estrutura esta, introduzida desde 1910, há quase 100 anos nos EEUU, através das propostas do relatório *Flexner* (CINAEM,1998:61).

Assim, os processos de formação dos profissionais em geral e, especificamente os da saúde, são processos de formação centrados em conteúdos e habilidades pré-determinados. Não visam o desenvolvimento da real necessidade de aprendizagem e interesse dos indivíduos para desenvolver suas tarefas.

Especificamente para o médico, tem as suas raízes na fragmentação dos saberes, através das especializações e, portanto, na alienação do conhecimento global e o não desenvolvimento de todo o potencial dos seus sujeitos.

O ciclo básico cumpre, através de disciplinas, a finalidade de promover a compreensão do processo saúde-doença no indivíduo biológico. A hegemonia é dos conteúdos biológicos e justifica a dimensão biológica do homem como objeto da medicina moderna ocidental. Disciplinas de outras áreas de conhecimento como as de saúde mental, das ciências sociais e da saúde coletiva, apesar de figurarem no ciclo básico, acabam isoladas e periféricas, sem interface com as disciplinas de conteúdo biológico.

A dicotomia existente entre os conteúdos ministrados no ciclo básico e no profissionalizante, bem como entre a teoria e a prática, com nítido predomínio da primeira, além da supervalorização da memorização (pedagogia da transmissão) como principal atributo a ser estimulado através das avaliações aplicadas aos alunos, são realidades cristalizadas no atual processo de formação explicitada na avaliação nacional reali-

zada pelo CINAEM em 1991.

Até ao momento, as mudanças propostas, foram no sentido de aglutinar e articular os conteúdos¹² da Clínica Médica, Pediatria, Gineco-Obstetrícia e Cirurgia Geral, atualmente consideradas como básicas.

Na prática, o repasse do conhecimento e o treinamento em serviço ocorrem, respectivamente, centrados nos conhecimentos das técnicas de diagnóstico e terapêuticas em uso na especialidade do professor, através de aulas teóricas e de atividades práticas em enfermarias e ambulatórios.

As mudanças ocorridas nos cursos médicos nas últimas duas décadas não têm produzido mudanças efetivas no perfil do médico recém-formado nem na sua prática nos serviços, ou seja mantendo-se dentro do velho paradigma flexneriano.

Este paradigma, tem as suas raízes na fragmentação dos saberes através das especializações e, portanto, na alienação do conhecimento global.

A Reforma da Educação Médica na UPE

Embora a Universidade de Pernambuco seja jovem, tenha apenas 11 anos, as suas unidades de ensino médico, a Faculdade de Ciências Médicas com 52 anos de fundação e Instituto de Ciências Biológicas com 26 anos de existência já acumulam algumas décadas de funcionamento.

Durante esta existência, não ocorreram transformações que adequassem estas unidades de ensino ao processo social e econômico em marcha.

¹² A pluri ou multidisciplinaridade é a justaposição de várias disciplinas sem nenhuma tentativa de síntese. A interdisciplinaridade trata da síntese de duas ou várias disciplinas, instaurando um novo nível de discurso, caracterizado por uma nova linguagem descritiva e novas relações estruturais (Weil, P. 1993:31)

A Faculdade de Ciências Médicas e o Instituto de Ciências Biológicas, participantes deste processo nacional há dez anos, reconhecem as deficiências do processo pedagógico implantado, mas, na realidade, não se colocam como sujeitos desse processo de mudança.

Como frisamos anteriormente *os discursos foram favoráveis, ninguém se opôs às mudanças, porém nada mudou*. Na verdade, uma boa parte dos professores considera as mudanças importantes e necessárias, porém pouco contribui para que a mesma aconteça.

A Diretoria da Faculdade e uma minoria de professores vêm tentando mudar, embora se note a pouca importância expressada pelos alunos, que também tem pouco contribuído com as transformações requeridas.

As informações precisas sobre esses 10 anos são dispersas, pouco sistematizadas e não direcionadas para um enfrentamento mais direto da problemática. Com os dados dessa pesquisa poder-se-á estabelecer quais os possíveis entraves e estabelecer estratégias de transformação mais eficazes.

Com isto algumas perguntas poderão ser respondidas:

- ✓ É possível mudar esta escola médica?
- ✓ Como redesenhá-la a partir das forças que a compõe?
- ✓ Seria esta uma tarefa que exigiria competências de governo, que os grupos que atuam na escola, em busca da mudança, não têm?
- ✓ O que há na FCM/ICB, de instituído, que se opõem à mudança?
- ✓ Seriam as técnicas pedagógicas inovadoras, suficientes para implementar as modificações necessárias?
- ✓ Há algumas pistas por onde a mudança pode caminhar?

Com esta pesquisa pretendemos reconhecer os fatos históricos, o momento atual e as tendências do processo de mudança do Ensino Médico da Faculdade de Ciências Médicas e do Instituto de Ciências Biológicas da UPE, sob o enfoque sociológico, procurando estabelecer quais os papéis e a dinâmica das relações entre os diversos atores e agentes envolvidos. Analisar as formas de envolvimento e as implicações das Organizações (FCM e ICB) e dos segmentos sociais (médicos, professores, funcionários, alunos e pacientes) no processo de Ensino Médico, e particularmente no esforço de mudança que em sido empreendido; Verificar os resultados dessa prática organizacional e corporativa no aperfeiçoamento ou no atraso do Ensino Médico e da prática médica e por fim estabelecer como as estratégias de mudança empreendidas alteram ou reforçam as resistências e consolidam as práticas instituídas em contrapartida às forças instituintes mobilizadas.

CAPÍTULO IV

Análise dos Temas

A análise dos temas escolhidos requer algumas considerações iniciais que aprofundem as concepções e grau de envolvimento do pesquisador em relação ao objeto de análise.

Profissional de saúde pública, atuando nas áreas de planejamento e gestão nos últimos 23 anos, sempre tivemos contato direto com os serviços de saúde e sentimos de perto as dificuldades da absorção dos profissionais médicos, que, em sua maioria, não apresentavam um perfil adequado para atender as reais necessidades da população. Esta inadequação sempre se caracterizou por uma acentuada postura de descompromisso com as questões sociais, pouco tempo dispensado aos usuários e conhecimentos clínicos limitados devido à especialização precoce.

Atuando como preceptor do Departamento de Medicina Social, nos últimos 5 anos, nas áreas de graduação e pós-graduação, ampliamos nossos conhecimentos, incorporando a problemática do ensino tanto da FCM quanto do ICB.

Com a criação do NUDEM, passamos a compor o grupo e pudemos verificar, in loco, as nuances que propiciaram os avanços e os retrocessos no processo de mudança do ensino médico na UPE. Deve-se considerar que a nossa coleta de informações empíricas é fruto do nosso envolvimento a cerca da realidade. Este envolvimento pode apresentar implicações conforme Barbier (1985:120) afirma:

o sociólogo institucional, que procura detectar nos campos de intervenção a ação latente ou manifesta das instituições, deve sempre admitir que ele também está *implicado*, como todos os atores sociais com os quais lida na sua prática profissional.

As implicações citadas, que podem ser de três níveis (Psicoafetivas, Histórico Existenciais e de Habitus de Classe), significam para Barbier (1985:120)

o engajamento pessoal e coletivo do pesquisador em e por sua práxis científica, em função de sua história familiar e libidinal, de suas posições passadas e atuais nas relações de produção e de classe, e de seu projeto sócio-político em ato, de tal modo que o investimento que resulte inevitavelmente de tudo isso seja parte integrante e dinâmica e toda atividade de conhecimento.

Uma das implicações possíveis seria de ordem psicoafetiva, na medida que o relacionamento com os demais componentes do NUDEM é agradável e amistoso o que poderia refrear a intensidade da crítica ao processo de trabalho. Uma outra implicação seria de origem histórico-existencial já que originário dos serviços e há pouco tempo na universidade, sem ter vivenciado uma longa trajetória poderia estar emitindo juízos com fundamentação sem muita base histórica.

Considerando, além das implicações acima citadas, do envolvimento com o objeto de análise e as limitações da pouca vivência direta com o ICB, delineamos alguns fatores que consideramos importantes serem explicitados como antecedentes à análise dos temas.

As entidades envolvidas

A Faculdade de Ciências Médicas, nos seus 50 anos de existência, sofreu poucas transformações quanto aos métodos pedagógicos utilizados e quanto à estrutura curricular empregada. Os seus dirigentes sempre foram indicados pelo governador do estado e só na década de 90 iniciou-se o processo de eleição direta para ocupação dos cargos de diretor e vice-diretor. Esta prática estabeleceu e cristalizou um hábito conservador e autoritário nas relações entre dirigentes e subordinados. As experiências

democráticas são recentes e ainda não foram devidamente incorporadas no cotidiano organizacional em que pesem as tentativas ao longo dos últimos 10 anos.

No que diz respeito às questões acadêmicas, as práticas tradicionais tem sido hegemônicas com supremacia das aulas teóricas clássicas, denominadas "aulas magistrais", e os momentos de atividade práticas tem sido pouco praticados:

Porque o ensino de hoje é baseado na aula teórica, conhecimento expositivo, tudo muito desatualizado. Novas formas de aprendizagem deveriam ser estimuladas. (Ent. 6, p 2)

Algumas iniciativas de mudança foram introduzidas pelas disciplinas de Medicina Social e Hematologia nos últimos 3 anos, com bons resultados, porém com alcance limitado frente ao volume de disciplinas envolvidas com a formação do médico e a resistência das mesmas em adotar mudanças ou adaptações.

Nos últimos 12 anos o grupo diretivo da FCM, que detém mandato de 4 anos, manteve-se praticamente o mesmo, tendo sido eleito e reeleito o primeiro diretor por voto direto, em seguida o seu vice foi eleito e neste ano foi reeleito. Portanto as vitórias ou fracassos alcançados no processo de mudança terão que ser atribuídos a este grupo. É bom frizar que dessas quatro eleições apenas uma contou com chapa de oposição. A ausência de chapa concorrente deve-se em grande parte ao desinteresse dos professores em participar da gestão da faculdade, ou seja do afastamento da grande maioria dos professores dos assuntos que transcendam a sala de aula: *Falta mais participação e engajamento. Os professores sequer comentam qualquer coisa em sala.* (Ent. 28, p 3)

Um dos fatores que desmotivam os professores na gestão da FCM é a sua crônica carência de recursos financeiros. Vinculada à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Estado, vem nos últimos anos recebendo cortes nas cotas de recursos já que o Estado pretende que a mesma se sustente com recursos próprios. Isto implicaria em aumen-

to das taxas estudantis, obviamente rejeitadas pelos alunos e também pela direção que defende o ensino gratuito.

O Instituto de Ciências Biológicas foi instituído em 1976, por força da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1968. A sua função é ministrar as chamadas disciplinas básicas (Filosofia, Sociologia, Antropologia, Anatomia, Histologia, Bioquímica, Parasitologia e outras) que compõe os 4 primeiros períodos dos cursos de Medicina, Odontologia, Enfermagem e Educação Física. Essa disciplinas tem sido seguidamente alvo de críticas por apresentarem uma relação pouco articulada com as disciplinas do chamado ciclo profissional, ministradas pela FCM.

O seu quadro de professores compreende uma multiplicidade de categorias profissionais sendo que a minoria é de médicos.

Com a criação do NUDEM, do qual participei de várias reuniões, criaram-se perspectivas de uma maior aproximação entre as duas entidades. A participação do ICB se dava através de sua diretora e de sua vice-diretora, com pouca capacidade de interferência.

Os principais objetivos do NUDEM, delineados pela sua coordenação foram: acompanhar os trabalhos da CINAEM; realizar reuniões semestrais de avaliação pedagógica; aplicar e avaliar os questionários de avaliação do ensino médico; aglutinar professores e alunos para a elaboração de uma proposta de mudança curricular; elaborar propostas de ação conjunta entre a FCM e o ICB; apresentar às diretorias das duas instituições envolvidas propostas de modificação do ensino.

A bisonha capacidade de aglutinação e sua limitada estratégia de comunicação, fizeram com que alcançasse pouca penetração junto a professores e alunos. Apesar de uma gama variada de objetivos, as reuniões do NUDEM tinham um caráter predominantemente burocrático com lampejos de atividade técnica.

O Contexto do Setor Saúde

A década de 90, caracterizou-se pela regulamentação nacional do Sistema Único de Saúde (Leis 8080 e 8142), e pela implantação do Programa de Saúde da Família.

Se a carência qualitativa de profissionais médicos já era marcante, tornou-se ainda mais aguda, devido ao aumento da procura, particularmente por generalistas, no mercado de trabalho, pela esfera pública.

O PSF introduz no mercado um atendimento mais próximo das comunidades e incorpora a ótica da família como centro das atenções. Ao deslocar a atenção para as famílias, passa a exigir dos médicos uma qualificação ampla, que as nossas faculdades não estavam, e ainda não estão, devidamente estruturadas para ofertar. Esta qualificação ampla exige mais que competência clínica, implica numa visão humana do cidadão, uma abordagem que incorpore ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com um componente fortemente interinstitucional, já que se assume que saúde se almeja com ações multisetoriais.

O envolvimento dos diversos atores

Como afirmamos anteriormente, o processo de comunicação entre o NUDEM e os professores e alunos foi muito incipiente galgando pouca agregação e por consequência pouca legitimação.

Os professores, historicamente acomodados, continuaram com suas posturas segregacionistas (cada qual na sua disciplina), ofertando conteúdos e metodologias antigas e muitas vezes redundantes com outras disciplinas. A esmagadora maioria dos

docentes manteve suas múltiplas atividades médicas, destinando o menor tempo para a labuta na faculdade e no instituto por conta dos interesses econômicos se situarem no âmbito das atividades privadas lucrativas.

Os alunos, desinteressados e desinformados continuaram reclamando e pouco participando. As lideranças do DA tiveram uma participação razoável porém, a exemplo do NUDEM não conseguiram comunicar e estimular devidamente seus liderados, embora no plano nacional se constituíram em peças importantes para o avanço da CI-NAEM.

O reflexo deste pouco envolvimento foi o esvaziamento da maioria das reuniões do NUDEM e das reuniões pedagógicas realizadas.

Estas constatações e afirmações são localizadas temporalmente nos anos de 2000 e 2001, período de aplicação dos questionários e da minha participação no NUDEM. No final de 2001 e começo de 2002 foram alcançados avanços e algumas medidas foram concretizadas.

Numa ação conjunta do DA e do NUDEM, uma proposta de mudança curricular foi apresentada e aprovada pelo Conselho Departamental da FCM e do ICB. A primeira medida implantada foi a introdução de mudanças nos dois primeiros períodos do ciclo básico.

Uma outra iniciativa, foi o encaminhamento ao Ministério da Saúde de projeto para captação de recursos financeiros vinculados ao Projeto PROMED para que se dê continuidade ao processo já iniciado.

Como as mudanças estão apenas no início, uma série de obstáculos poderá ocorrer. A mudança curricular proposta implica na incorporação de adaptações pedagógicas, que para tanto, só aconteceram com a capacitação dos professores. Como as posturas e práticas demoram muito para serem efetivadas esperam-se momentos de

grandes dificuldades.

Embora já tenham acontecido algumas mudanças, a análise dos temas, que vem em sequência nos traz um panorama das dificuldades vividas e que muitas poderão continuar interferindo nas próximas etapas.

ENSINO MÉDICO e PODER

O processo educacional guarda particularidades que podem se configurar como instrumentos de dominação e de perpetuação de ideologias, costumes e práticas sociais. No caso particular da medicina, que adota práticas tradicionais, e é considerada uma profissão autônoma, sua relação com a sociedade é menos permeável à mudanças. Essas particularidades são ainda mais específicas por conta do seu objeto de atuação, o corpo humano. Atuando sob a égide da ética e do segredo profissional vem cristalizando "verdades" que se constituem em verdadeiros dogmas.

Para Passeron (1995:106), as instituições escolares, *latu sensu*, tendem a autonomização e a auto-reprodução:

A tendência das instituições escolares e dos corpos docentes a se autonomizar em relação às demandas e controles sociais, a partir do momento em que se constitui um mínimo de especialização profissional dos transmissores e de codificação do *corpus* a transmitir, é perfeitamente visível a longo prazo ou na comparação histórica.

Em nome do saber científico, da qualidade da prática, da ética profissional, posturas são repetidas ao longo de anos e décadas. Em relação aos processos de mudança e às suas possibilidades afirma Passeron (1995,109):

A memória institucional ou escrita que a Escola recapitula e refina em seus exercícios até faltar-se busca instrumentos de proteção da ortodoxia bem mais eficazes do que uma tradição oral, afinal mais acolhedora da inovação, porque pode esquecer mais depressa os momentos de ruptura. As tradições evoluem devagar e de mansinho. A Escola possui todos os instrumentos técnicos para a

continuidade e vigilância para assegurar-se de que a reprodução segue em frente e que nada esquecemos no caminho.

As instituições, para Pagés, apresentam três níveis institucionais (funcional, institucional e ideológico). A instituição universitária, apresenta momentos, que Lourau (1995: 240) estabeleceu e que nos parece bastante aplicável ao nosso objeto de estudo:

- a) momento da universalidade: a instituição universitária compensa sua fraca "funcionalidade" por uma generalidade, uma positividade mais ideológica que prática
- b) momento da particularidade: a instituição universitária deixa grande "margem" à subjetividade, ao empirismo, à tradição, com relação às modalidades de aplicação de suas normas organizacionais, assim como com relação a suas finalidades "universais". A iniciativa individual, os talentos individuais, o carisma desempenham um papel essencial, mesmo se a organização parece ter por vocação opor-se a isso.
- c) momento da singularidade: a instituição universitária dispõe contudo de uma *organização*, análoga ou isomorfa à organização da economia: não somente os programas e exames, mas as "instituições", como a seleção e a concorrência (o momento da unidade negativa).

A instituição *ensino médico*, tem a sua estrutura instituída largamente predominante sobre os processos instituintes e as tentativas de mudança encontram inúmeras resistências. Já a profissão médica, analisada sob o ângulo da sociologia, guarda particularidades técnicas que lhe outorga um elevado grau de autonomia ou auto-regulação.

Machado (1997:22) considera que:

De forma sucinta, podemos dizer que a medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado de serviços especializados.....Ao longo de sua história, adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática num sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia do *expert* tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável.

Essa autonomia e auto-regulação têm se caracterizado, em algumas situações, por atitudes autoritárias e desrespeitosas, principalmente com usuários dos serviços

públicos, e neste caso, mais graves ainda por se tratar de professor que tem o papel de formar profissionais:

Tem professores que exigem, por exemplo, dos nossos pacientes atitudes contra a vontade do paciente, mas justificando-se que como o paciente está no hospital-escola ele seria obrigado a se submeter àquilo, no que eu não concordo. (Ent. 3, p 5)

Esta postura inadequada, é reflexo de uma visão fragmentada sobre a sociedade e o processo de ensino. A especialização precoce, induz a um tecnicismo exacerbado e por conseguinte a utilização do cidadão como instrumento. O conservadorismo, que nós consideramos com uma das hipóteses de causa da lentidão das mudanças é um dos elementos interveniente neste tipo de postura.

Vejo que dentro da Universidade existe todo um jogo de poder, não existe nas escolas essa disponibilidade de você se despir de sua especialidades e realmente formar um médico que seja capaz de ver o homem como um todo e seja competente suficiente na sua área específica. (Ent. 6, p 1)

As entrevistas nos revelam uma série de fatores que ao nosso ver tem concorrido para que o processo instituinte tenha obtido pouco sucesso. Um dos fatores propiciadores ou impeditivos das mudanças requeridas se expressa através da defesa da própria corporação. Em resposta à pergunta sobre quem teria poder de realizar mudanças obtivemos a seguinte fala : *A Diretoria não utiliza seus poderes devido ao corporativismo.* (Ent. 21, p 2)

A postura corporativa, outra das nossas hipóteses, contribui numa relação sinérgica com o conservadorismo como sustentação de posturas tradicionalistas. Numa das respostas encontramos uma referência à postura corporativa caracterizando-a como um complô:

Para a realização das mudanças todos em si têm poder. Para impedir temos os departamentos e os professores que mantém, sei lá, um pacto, "acordo de si-

lêncio", etc. (Ent. 18, p 4)

A diretoria que vem participando do processo nacional há dez anos, adota um discurso mudancista. Na prática, além de pouco investimento num envolvimento amplo de professores e alunos não parece realmente querer a mudança, como se não pretendesse incomodar, ou melhor ferir interesses da categoria médica. Nesse aspecto sugere um aluno com um certo grau de autoritarismo:

Acho que quem tem o poder é a Diretoria, quem tem a vontade é o professor, e o entendimento é o aluno. A Diretoria deveria impor, os professores deveriam aceitar e o aluno ter o desejo do novo. Todos três têm medo da mudança e o professor receia assim..."eu vou mudar o meu método"? Todos estão tão acostumados com esse sistema que se acomodam. (Ent. 48, p 4)

Contrariamente a uma solução autoritária, uma das respostas advoga uma postura de convencimento aos professores que seriam os responsáveis mais diretos pelo processo de mudança:

Os próprios professores. Na realidade não acreditamos em mudanças impostas, na verdade temos é que sensibilizá-los para que assim eles possam aderir às mudanças. (Ent. 50, p 4)

A dualidade professor versus médico, apresenta um ponto de desequilíbrio expresso na visão eminentemente médica. Esta visão da corporação médica coloca o professor em segundo plano e dificulta sobretudo uma relação das organizações com seus profissionais. A autonomia das profissões e particularmente da médica leva a um poderio com múltiplas facetas e uma delas, segundo Machado (1995:14):

A autonomia moral e profissional das corporações na proposta durkheimiana é problemática se aplicada à nossa realidade, por dois pontos que consideramos fundamentais: a) historicidade das corporações, pois elas não nascem de uma história natural, mas de uma história social. Portanto passíveis de influências e interdependências com outras profissões e com a própria sociedade mais ampla; b) o papel político-ideológico do Estado na configuração dessa moral mais ampla como também sua influência e intervenção na estruturação das corporações. Subestimou, ademais, o papel ideológico do Estado e conferiu às corpo-

rações a missão social de interlocutora e facilitadora dos mecanismos democráticos. O corporativismo foi implantado sim, mas a serviço das microcoletividades, dos guetos profissionais com forte atrelamento ao Estado.

A dualidade médico-professor versus professor-médico, bem como a dupla, ou melhor, a múltipla militância dos profissionais do ensino médico é um dos aspectos do poder médico que foi amplamente enfocado pelos entrevistados. As opiniões são díspares e encerram visões particulares de um processo dialético apresentando, ao mesmo tempo, aspectos positivos e negativos. A questão da importação de experiências é uma delas: *Positivamente, pela experiência adquirida e transmitida a seus alunos. Tem alguns professores do ICB que são muito ruins. (Ent. 5, p 5)*

E ainda:

A experiência nessas áreas contribui positivamente. Medicina é uma coisa muito prática, é de vivência. (Ent. 6, p 2)

Os aspectos negativos são os mais variados a começar pelo disputa, pelo medo da perda de espaço na clínica privada e o que é mais grave pela omissão na difusão do conhecimento: *Negativamente colocam o consultório acima da sua profissão de professor, omitindo às vezes conhecimento com medo de uma futura concorrência. (Ent. 7, p 2)*

O governo, entenda-se o Estado, também é responsabilizado pela situação dos professores o que de fato tem suas vinculações. O salário é um fator importante na múltipla vinculação profissional:

O ideal é que os professores fossem exclusivos da faculdade, mas nós sabemos que isso para o nosso meio seria utópico porque o governo não dá valor se quer a assistência em saúde e educação básica na população e nossos professores são mal pagos e precisa ter compromisso extra faculdade. O que é compreensível mas há uma perda para os alunos. (Ent. 36, p 5)

Esta questão de extrema importância revela uma importante dualidade, quase

conflitiva entre o ser médico e ser professor. Além dos prejuízos causados a função de ensino na graduação e pós-graduação, duas outras funções nobres da faculdade, ou seja, pesquisa e extensão, tem sido, de fato, extremamente prejudicadas:

Eu creio que as atividades extras elas contribuem negativamente porque acabam dividindo o professor e ele deixa de ser um professor em medicina e passa a ser um médico que dá aulas. De forma que a formação pedagógica, aqui, fica devendo bastante. Suas atividades extras eram para ser pesquisa e extensão. (Ent. 49, p 4)

Ambas as profissões representam, por excelência, relações desiguais, relações de autoridade onde uma das partes detém um conhecimento e a outra recebe este conhecimento sem margem para contestação. A situação profissional tanto do médico quanto do professor perdeu ao longo do tempo boa parte do status que detinha. O desejo da manutenção da antiga situação é preocupante porque distancia o profissional mais ainda do seu entorno social:

Por outro lado tem a representação social do que é ser médico, o professor de medicina tem maior importância do que ser médico mas agente tem certeza que não é e por isso eles têm que ficar bem distante da realidade, se proteger bastante para poder continuar acreditando em tudo isso. (Ent. 6, p 2)

Essa dupla relação de autoridade, que pode se transformar em autoritária representa um paradigma que para Boudon (1987:452):

O paradigma da relação terapêutica pode ser generalizado para outras profissões: a mesma combinação de competência técnica baseada num saber e benevolência em relação ao cliente encontra-se também no caso do docente, que, pelo menos em princípio, "sabe mais do que seus alunos" e é obrigado a exercer sua autoridade "para o bem deles", tendo em vista sua formação.

Um outro aspecto a se considerar, como coadjuvante no que diz respeito aos interesses corporativos, é o elevado grau de autonomia que os professores detém. Nesse particular algumas colocações são lapidares tais como:

O nível de autonomia é só no aconselhamento mesmo porque de controle mesmo não há. O que vale mais é a palavra do professor e não do ICB, às vezes até contraria regras do ICB. (Ent. 14, p 4)

Outro aspecto enfatizado, envolve as disciplinas e implica em desobediências regimentais. Os diretores de Departamento e Coordenadores de disciplinas tem enormes dificuldades em programar as atividades a cada exercício, imagine-se os obstáculos em propor e negociar mudanças mesmo que sejam só de horário de aulas: *São completamente autônomos, chega ao ponto de as disciplinas fazerem modificações sem a diretoria saber, é contra o estatuto, mas...* (Ent. 47, p 2)

Na escassez ou ausência de controle e/ou ingerência das organizações sobre seus professores torna-se mais difícil e complexa a tarefa de realizar uma transformação de processos de trabalho. Esta dificuldade é expressa da seguinte forma:

Na prática o nível de controle é muito baixo. Inclusive isso é um dos grandes problemas para se fazer alguma mudança, porque para se mexer em alguma coisa na disciplina você tem que tentar com a disciplina, normalmente ela é contra. Aí você leva ao conselho departamental e ganha um inimigo. (Ent. 49, p 4)

As respostas à indagação sobre quais instâncias teriam o poder de mudança foram diversas. Uma delas, otimisticamente e com um certo grau de positivismo admite : *Acho que todos podem transformar, somos todos agentes transformadores.* (Ent. 48, p 4)

Embora este pensamento possa se constituir numa assertiva verdadeira, as transformações podem se caracterizar como avanços ou retrocessos políticos e/ou sociais. Uma afirmativa de um dos dirigentes da faculdade parece liberal mas têm um caráter impositivo, personalístico e simplista ao expor:

Eh, então é preciso modificar a cabeça do pessoal para eles entenderem

isso e não pretender que eu esteja tomando espaço, pelo contrário, eu tô dando espaço de crescimento pra eles, eles aproveitam se quiserem. (Ent. 5, p 4)

Além do caráter simplista, esta afirmativa coloca os atores em grupos distintos ao caracterizar "os que dão poder" e os que "utilizam se quiserem".

O sentimento de coletividade é expresso na crença de que a junção das organizações e dos alunos é uma alternativa. Neste caso caracteriza os alunos, a massa, com a força e as organizações com o poder da influencia:

Pra realizar mudanças não existe um órgão só que consiga, tem que ser o conjunto, FCM/ICB e DA (alunos). A gente entra com a força e eles com o poder de influencia. (Ent. 4, p 2)

Uma outra concepção de poder é evidenciada na crença de que os alunos, o seu órgão representativo (o DA) e os professores poderiam mudar desde que tivessem interesse e desejo: *O DA, os alunos e os professores se eles quiserem. Se todos tiverem interessados e quiserem mudar tudo fica mais fácil.* (Ent. 16, p 2)

Numa visão impositiva colocam-se os professores em situação minoritária e de dominado perante os alunos: *Os professores, eles não tem poder para impedir se os alunos quiserem, eles têm que se adequar.* (Ent. 29, p 4)

Em oposição, e expressando um sentimento de inferioridade, esta colocação justifica a desmotivação dos alunos como decorrente de um tratamento político desigual. Esta afirmação, a seguir, alimenta uma hipótese de que a prática institucional vem contradizer o discurso dos dirigentes:

Os alunos não têm muita chance de expressarem seu poder de voz, inclusive em eleições, em pleitos. Com isso não se sentem motivados e desestimulam com relação a isso. Em muitos eventos de eleição o voto dos estudantes não era de mesma validade que o dos professores e funcionários, assim os alunos encontram-se em terceiro plano. (Ent. 36, p 6)

IDEOLOGIA e STATUS PROFISSIONAL

Ideologia, termo criado no século XVIII por Destutt de Tracy, possui várias interpretações. A concepção marxiana designa a "falsa consciência" decorrente da posição de classe dos sujeitos sociais. Já a concepção leninista considera as ideologias como armas doutrinárias das quais se utilizam as classes sociais.

Para Boudon (1987:276), ideologia tem um significado particular:

Falar-se-á, enfim, de *ideologia* se o sistema de valores ou, mais genericamente, de crenças, por um lado, não recorrer às noções de sagrado e de transcendência, e, por outro, tratar sobretudo da organização social e política das sociedades ou, mais genericamente, de seu devir.

A profissão médica apresenta, particularmente no Brasil, momentos distintos. A partir do século vinte assume um status social diferenciado e incorpora valores que a coloca em um patamar privilegiado na sociedade. Não é por acaso que ainda é a profissão mais concorrida nos vestibulares das universidades de todo o Brasil.

Porém esse status profissional se nos apresenta como um dos grandes dificultadores do processo de mudança do ensino. Na medida que esse status significa distinção de classe social implica em tratamentos desiguais e em perda de qualidade. A grande maioria dos médicos pertence às classes sociais médias o que os coloca distantes dos pacientes, na sua maioria de classes desfavorecidas.

Fruto do imaginário social esse status tem forte vinculação com a ideologia na medida que coloca o médico num patamar profissional e social superior. Segundo Chauí (1996:416):

A inversão entre causa e efeito, princípio e consequência, condição e condicionado leva à produção de imagens e idéias que pretendem representar a realidade. As imagens formam um imaginário social invertido – um conjunto de representações sobre os seres humanos e suas relações, sobre as coisas, sobre o bem e o mal, o justo e o injusto, os bons e os maus costumes, etc. Tomadas

como idéias, essas imagens ou esse imaginário social constituem a ideologia.

Neste contexto ideológico, historicamente foi idealizada a imagem de médico, esta diretamente vinculada a instrumentalização, a tecnologia:

Todas as mudanças apontam para um modelo contrário desse modelo de médico. Isso não mudou, quando eu era menino, nas revistinhas de quadrinho, todo médico era otorrino, tinha uma luz na testa, era instrumentalizado. (Ent. 7, p 4)

Como vimos anteriormente o profissional médico que acumula o ensino universitário vive uma múltipla militância, colocando o ensino em segundo plano e uma das razões são os baixos salários praticados pela universidade: *Eu acho que a parte financeira, a parte econômica tem influenciado muito.* (Ent. 3, p 2)

O status social aparece novamente, mesclado com a questão financeira. O prestígio e o reconhecimento não são suficientes. Embora esteja implícito, podemos inferir que o poder econômico fala mais alto:

Por que é tão difícil, acho que para um dos atores desse processo, os professores, o ensino pode lhe dar prestígio, reconhecimento profissional, mas, não é a sua razão de vida. (Ent. 6, p 2)

Além do status e da questão financeira existe uma passividade e desinteresse nas questões da universidade:

Eles repartem o seu conhecimento de clínica mas não estão interessados nesse processo de construção coletiva mais amplo, eles repassam com a melhor boa vontade possível a última novidade que foi publicada nos jornais das especialidades na semana passada mas, não tem nem a visão e fica para o aluno recompor todo a utilização dessa técnica, fica na cabeça do aluno para recompor todo esses fragmentos e fazer o todo, isso é processo extremamente difícil. (Ent. 6, p 2)

Os professores do ICB, a maioria não médicos, não tendo portanto o mesmo status social e econômico, sentem-se inferiorizados na opinião de um dos entrevistados:

Esses outros profissionais ensinando a alunos do curso médico, eles talvez passem para o aluno uma série de complexos, uma série de dificuldades que eles têm nesse relacionamento com a medicina. (Ent. 3, p 4)

Com relação aos alunos, identifica-se que algumas respostas revelam a existência de interesses utilitaristas e imediatistas, denotando, mais uma vez a busca do status: *A maioria quer tirar uma boa nota, ser aprovado e se formar.* (Ent. 4, p 1)

Muitos alunos já chegam à universidade orientados por parentes ou amigos quanto ao que querem, ou melhor, quanto ao que devem fazer, qual a melhor especialidade a seguir, ou seja, voltados para o mercado de trabalho e movidos por interesses econômicos. Em função disso adotam, por conta própria, um currículo paralelo:

Em relação aos estudantes: o aluno de medicina ele sai de um estrato social que vive hoje uma fobia do outro, é um grupo mais elite, só entra quem estudou em um bom colégio, quem tem dinheiro, ele já entra sabendo o médico que quer ser, agente forma não se informa e o modelo de médico de sucesso é o médico de hospital privado. (Ent. 7, p 4)

Na mesma linha de raciocínio o entrevistado complementa, embora com um certo grau de condescendência:

eles mesmos têm procurado saber quando é que vai crescer o internato, se vai começar mais cedo a ter contato com o doente, e isso já é uma mudança, uma sensibilidade, até por que nós temos uma intenção de formar mas eles é que vão, através de um currículo paralelo, se formar no modelo que eles querem, mas hoje existe uma sensibilidade maior do que existia há nove, dez anos atrás. (Ent. 7, p 4)

A crença na mudança curricular como instrumento de transformação da postura médica parece simplista. A mudança desejada, sem estar acompanhada de um método pedagógico adequado, nos parece de difícil alcance:

Enfim com uma dose de cidadania muito importante que é o profissional que nós esperamos formar a partir desse novo currículo para dedicar-se a cuidar da saúde da população de PE e quiçá de fora daqui para os que daqui saírem. (Ent. 2, p 10)

O envolvimento dos professores, em maior ou menor grau, no processo de mudança parece estar vinculado aos possíveis benefícios que o participante poderia auferir. Em mais uma afirmação, colocam-se os interesses individuais ou seja status profissional e social como determinantes, o que torna o processo bastante frágil :

Uma outra coisa que eu vejo é o seguinte, é na situação atual, tem muito a ver com os créditos que a pessoa que vá se envolver com mudança de currículo vá ter. Créditos que eu me refiro seria status, seria o que ... prestígio, seria consideração (Ent. 3, p 1)

Como status foi uma preocupação levantada desde as primeiras entrevistas, resolvemos auscultar a opinião sobre a imagem construída pela FCM e o ICB junto ao setor saúde, tendo sido obtidas, como era de se esperar, opiniões divergentes:

No momento é boa. Teve um tempo que já não foi muito boa costumava-se falar que quem não passava na federal passava aqui. Aqui podemos dizer com segurança que os cursos são muito equivalentes. Sabemos que disciplinas que são melhores lá, nós sabemos que aqui outras são muito melhores. (Ent. 19, p 5)

Por outro lado: *Razoável, porque se fosse excelente não teria fila e mais fila para ser atendido e marcar consultas.* (Ent. 15, p 2)

Uma terceira forma de entender a questão coloca a imagem como indefinida: *Regular, não se percebe comentários significativos nem positivos nem negativos.* (Ent. 27, p 2)

DEMOCRACIA

A análise das entrevistas nos mostra que coexiste nas respostas uma série de disparidades. Uma hipótese por nós levantada é que o discurso dos dirigentes e das lideranças do DA não se apresentam sintonizados com suas práticas. O processo tentativo de mudança, dito democrático, apresenta uma série de falhas. Na concepção de Boudon (1987:132), democrático significa:

Todavia a palavra "democrático" não se aplica somente às instituições governamentais. *Lato sensu*, aplica-se também a toda sociedade onde, qualquer que seja o modo de designação dos dirigentes, o exercício do poder é submetido a certas condições quanto à definição dos objetivos coletivos e quanto à participação dos membros do grupo em sua definição e execução.(...) Alguns psicossociólogos falam de uma organização, de um modo de gestão "democráticos". Embora os oficiais não sejam eleitos por seus homens, os professores por seus alunos, os médicos pelos doentes, pode-se falar, apesar de tudo, de um exército, de uma escola, de um hospital "democrático" se a disciplina clássica for substituída por processos de discussão e de decisão em que, na medida do possível, as coerções coletivas são negociadas e legitimadas.

Cientes do caráter democrático da sua gestão um alto dirigente da FCM afirma em um trecho do seu relato:

nós tivemos aprovação de dois dos segmentos em cima de nossas propostas e uma dessas propostas era a avaliação, era a democratização da escola, e avaliação era, eu acho que contribuía pra isso por que nós tínhamos, nós teríamos, como um retrato da instituição democratizada nós teríamos maneiras de mudar mais democraticamente (Ent. 2, p 4)

Ao mesmo tempo, em outro trecho, expõe uma contradição, embora afirme quer tenha tomado a decisão de adiamento do início do processo de mudanças em comum acordo com a diretoria e o diretório acadêmico:

nós identificamos que estava sendo constituído ali um processo de avaliação e de auto-avaliação com vistas à transformação em que os parâmetros, os novos paradigmas para uma transformação estavam sendo construídos e nós acháva-

mos que era prudente que nós esperássemos a, a sequência do processo nacional para poder realmente iniciar a transformação curricular..... então, na realidade, aquela meta de fazer a mudança de currículo de imediato, nós entendemos, discutindo isso claramente em Diretoria e com os alunos que nossa mudança curricular deveria ocorrer quando nós tivéssemos as bases nacionais que estavam sendo construídas pelo projeto CINAEM para as mudanças....resolvemos que deveríamos, é efetivamente aguardar um pouco mais para que nós pudéssemos iniciar um processo de transformação já na fase que seria a 4ª fase da CINAEM em que o processo de transformação estava realmente sendo desencadeado. (Ent. 2, p 6)

Essa afirmativa, de que a decisão foi tomada com o aval de alunos e dirigentes é controversa já que alguns partícipes do NUDEM, inclusive uma de suas lideranças mais importante afirmou desconhecer completamente esta decisão e disse nunca ter sido comunicada deste fato, tendo se colocado como surpresa.

Outro membro do NUDEM, em reforço à afirmação anterior, alegou:

Embora eu seja docente da FCM há 27 anos, na realidade, eu só tomei conhecimento desse movimento que tá havendo do ensino médico, quando assumi a Coordenação de graduação que vai fazer dois anos em dezembro. (Ent. 4, p 1)

Embora possam representar fatos isolados, em outra afirmação, o mesmo dirigente que propugnou o adiamento das mudanças, confessou ter tomado uma atitude anti-democrática e assumiu pessoalmente sua autoria:

Mas eu confesso que eu tive uma atitude antidemocrática da qual eu não me arrependo, eu instituí esta avaliação como uma obrigação para os alunos.... se ele não entregasse a ficha de avaliação ele não fazia a matrícula. Então, na verdade nós tivemos a sorte de nenhum aluno ter protestado contra isso. (Ent. 2, p 4)

Independente dos questionamentos quanto ao caráter democrático ou não da gestão da FCM e ICB é levantada à questão da permeabilidade da universidade à sociedade. Considera o pesquisado que em função das trocas estabelecidas da pressão social as mudanças ocorrem ou ocorrerão inexoravelmente. Obviamente essas pressões

podem gerar mudanças favoráveis ou não à maioria, podendo, em algumas circunstâncias favorecer apenas o mercado.

seria inevitável e necessário, inevitável porque na medida que se vai veiculando o conceito de cidadania, a sociedade está assumindo cada vez mais o papel de monitorar não só o ensino médico mas qualquer título na área de educação. E a própria sociedade faria suas modificações, faria de uma forma muito mais severa no meu modo de entender do que se ela fosse procedida pelos próprios professores. (Ent. 5, p 2)

Embora, as mudanças já ocorridas, tenham apresentado pequenos progressos, como uma maior integração entre o ciclo básico e o profissional, continuou deficitário o envolvimento de estudantes e professores. Um dos aspectos questionados diz respeito à representatividade dos diretórios acadêmicos, que se não legítima, poderá por em risco a aceitabilidade dos estudantes e por conseguinte a sustentação das mudanças:

Eh, esses grupos pequenos colaboram ativamente, o grande problema é que eles são pretensamente representantes dos outros, mas na realidade não representa a grande massa, e é preciso que eles trabalhem também os estudantes para eles aceitarem o novo processo de reformulação curricular. (Ent. 5, p 3)

Além da questionável representatividade, um problema muito citado é a questão da desinformação. O controle, a pouca ou não disseminação da informação se constitui em um instrumento de perpetuação do poder e dominação da maioria. Um processo de mudança impõe mobilização para uma possível adesão:

Quanto aos alunos eles não participam muito pela própria desinformação. Seria interessante por parte dos diretórios uma maior divulgação, nos jornais pelo menos mensais ou trimestrais. (Ent. 36, p 4)

A propalada democracia na gestão das organizações em questão parece não estar acompanhada de estratégias efetivas de transformações. É questionável o desejo de mudança na medida que a maioria desconhece os fundamentos da mesma. O desconhecimento favorece a negação e a omissão, empobrecendo a qualidade.

No básico (ICB) existe o desconhecimento do aluno apesar do interesse até mesmo por uma falta de comunicação entre corpo discente e corpo docente e mesmo o diretório de falar pra ele o que é CINAEM e NUDEM, e, a importância que isso tem. (Ent. 48, p 2)

O regime democrático ao considerar os conflitos de necessidades e interesses legítimos, requer o máximo de participação para que os mesmos sejam reconhecidos e trabalhados. Santos (1999:270-271), nesse particular, propugna uma nova teoria da democracia:

A renovação da teoria democrática assenta, antes de mais, na formulação de critérios democráticos de participação política que não confinem esta ao ato de votar. Implica, pois, uma articulação entre democracia representativa e democracia participativa. Para que tal articulação seja possível é, contudo, necessário que o campo do político seja radicalmente redefinido e ampliado. A teoria política liberal transformou o político numa dimensão sectorial e especializada da prática social – o espaço da cidadania – e confinou-o ao Estado. Do mesmo passo, todas as outras dimensões da prática social foram despolitizadas e, com isso, mantidas imunes ao exercício da cidadania.

Perguntado, genericamente, como via o processo de mudança na UPE um dirigente fez questão de explicitar o carácter democrático da gestão que ele conduzia. Do ponto de vista formal os fóruns foram instituídos, a avaliação implantada, porém uma série de senões vêm sendo constatados, como por exemplo, o esvaziamento ou má utilização desses mecanismos:

A questão democratização das decisões com fortalecimento dos fóruns e uma reorganização institucional que foi feita com o regimento isso foi muito importante. Temos hoje avaliação do curso pelo aluno, duas vezes por ano um encontro pedagógico onde se discute a escola como um todo, e se apresenta resultados se discute modelo, e a própria avaliação de gestão feita periodicamente pelo grupo diretor. Um marco da democratização é o processo eleitoral de toda a UPE, que é da década de 90, antes não havia muitas escolhas. (Ent. 7, p 3)

O desconhecimento das propostas de mudança, provavelmente por inadequada utilização dos fóruns reforça o carácter contraditório das afirmações dos dirigentes,

o que torna no mínimo questionáveis os métodos adotados já que cria resistências e põe dúvidas quanto ao desejo na concretização das mesmas. As falas deste entrevistado são um bom exemplo:

Alunos que conhecem a proposta, geralmente são a favor. Mas a minoria que conhece, a maioria é completamente leiga e tem até resistência, não ao movimento mas a conhecê-lo, as coisas do DA. Dos professores que conheço são adeptos às propostas (Ent. 4, p 6)

A imagem que alunos fazem de algumas disciplinas e o nível de "abertura" encontrado nos relacionamentos merece preocupações. O espírito democrático que implica na livre expressão da crítica não parece existir. No mínimo deixa margem a geração de "fantasmas" e medos.

Quando é que um grupo de alunos se reuniu para solicitar que um professor desse uma aula melhor? É muito difícil. Eles têm medo porque vão ter uma represália por parte dos outros professores da disciplina... (Ent. 3, p 6)

ÉTICA e ENSINO MÉDICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão vinculado à Organização das Nações Unidas (ONU), propôs, recentemente, uma "Nova Política Global de Saúde", esta proposta não é nova, pois a própria OMS em 1978, em Alma Ata, Rússia, propôs a "Saúde para Todos no ano 2000". Em 2002 constatamos, infelizmente, que estes slogans estão distantes da sua concretização.

Uma criança moradora de um bairro periférico do Recife, vive aproximadamente 15 anos menos que uma, em condições semelhantes, em Curitiba ou Porto Alegre.

O Brasil com o 8º Produto Interno Bruto (PIB) do mundo, detém a 42ª posição entre os países no que diz respeito ao analfabetismo e a expectativa de vida. O acesso e o consumo igualitário dos frutos do desenvolvimento científico e tecnológico está longe de se concretizar. Quem tem renda, poder de compra, vive mais, quem não tem vive

menos. Precisamos de uma ética pública que propugne por uma igualdade de oportunidades.

A igualdade almejada é fruto do reconhecimento das diferenças e das necessidades dos sujeitos sociais e que o tratamento deve ser diferenciado. Isto significa equidade que é o ponto de partida da igualdade, e esta, significa o desaguadouro da justiça social. A esse respeito, Coimbra/Oselka (2002:171) afirma:

"A equidade é, então, a base ética que deve guiar o processo decisório da alocação de recursos", sua distribuição e controle. É somente através da equidade, associada à ética da responsabilidade (individual e pública) e ao princípio da justiça no seu amplo sentido, que os povos conseguirão tornar realidade o direito à saúde.

Este direito à saúde, é também negado pela desigualdade entre o atendimento prestado aos que pagam pela consulta e àqueles que utilizam os serviços públicos. Cada vez mais o médico dispensa menos tempo com uma consulta transformando se ato médico numa produção em série. Os baixos salários e a necessidade de múltiplos empregos são as justificativas: *Essa palavra é bem sintomática. O médico não está gastando tempo com o paciente (Ent. 3, p 6)*

Outro aspecto a ser considerado, e que fere os princípios da ética profissional, é, por um lado a inadequação dos conteúdos e por outro a atenção dada pelos professores aos alunos nas salas de aula. O individualismo e o pouco compromisso social levam à desatenção com os alunos:

pois em geral cada professor está preocupado, se estiver, é com a sua disciplina, com a sua aula, e se no final acabou, é um pouco o show acabou. (Ent. 6, p 3)

De todos os aspectos considerados éticos, no processo de ensino, o mais grave é o que diz respeito à própria prática profissional dos que ensinam, segundo um dos depoimentos

a formação se dá muito ao redor da prática médica, por exemplo, não interessa estudar Deontologia por si só, porque a Ética quem vai passar para o aluno é o professor mesmo, entendeu. Você tem várias normas, tem toda uma formalização no Deontologia mas, se o professor é anti-ético, o cara vai assimilar e vai inserir aquelas competências, aquelas atitudes ali, através da prática. Lógico que não é assim a rigor, mas isso tem grande influência. (Ent. 1, p 2)

Em função destas questões, e embora possa parecer desnecessário, já que a FCM e a ICB tem definidas suas missões, um dos entrevistados cogitou da necessidade de uma definição mais clara, mais explícita, da missão, e principalmente dos valores a serem adotados pelas escolas e pelos alunos, como um dos caminhos para que se tornem algumas questões éticas:

É fazer uma análise de gestão, de processo de transformação, de modelo, de docência e tudo. Até agora fizemos isso através de um *modelo* de avaliação só que, esse *modelo* é um pouco antigo, esse é o problema. A partir desse *processo* de *auto-análise*, definir qual a nossa *missão*. Qual a *missão* da escola médica? Por que existe aquilo ali? Qual a *missão* do aluno? (Ent. 1, p 4)

Além dos aspectos éticos, o ensino médico apresenta problemas no âmbito curricular e no aspecto pedagógico. Questiona-se desde o conteúdo extremamente tecnicista, o distanciamento das questões sociais e a metodologia empregada que privilegia a memorização em detrimento de uma construção participativa do aprendizado.

com esta modificação de currículo nós possamos ter uma sociedade recebendo profissionais com a qualidade bem diferente, com o sentido de entendimento do que é o profissional médico, não apenas específico na área tecnicista mas muito mais abrangente com uma dose de humanismo, muito importante, com uma dose de ética muito importante, (Ent. 2, p 10)

A dicotomia teoria-prática, com predomínio da teoria, aliada a supervalorização da memorização empobrece o aprendizado:

E acho que uma das grandes falhas do ensino médico é a falta de serviço, portanto a incorporação do aluno em serviço nas unidades do SUS, fragmentando, aumentando assim o campo de prática, eh trazendo aquela prática do observado, da discussão teórica, eu acho que é o caminho que deve ser seguido, (Ent. 5, p 4)

Os alunos apresentam uma relação de poder pautada numa postura passiva e a incorporação tecnológica e de novos conhecimentos torna-se inadequada. Para passar de uma etapa a outra, no curso, assumem uma atitude de submissão. Em decorrência deste quadro, o médico que chega ao mercado de trabalho nem sempre se adequa as exigências do mesmo:

Busca novas diretrizes e novos direcionamentos p/ o ensino médico. Isso pode "desenjessar" o ensino o fazendo se adequar melhor à realidade, formando um profissional melhor. (Ent. 8, p 1)

O ICB, que tem a incumbência de ministrar conhecimentos básicos e preparar os alunos para o ciclo profissional, padece de uma frágil integração com a FCM, as disciplinas oferecem conteúdos eminentemente teóricos e pouco conectados com o ciclo profissional e pouco utilizados na prática médica.

Você tem um corpo médico e você quer que ele domine esses saberes na prática dele; que ele saiba fazer uma leitura antropológica, sociológica, a questão filosófica e da ética. Acontece que esses saberes não são fundamentais na prática da medicina, puericultura, da clínica, da biologia. (Ent. 1, p 3)

Experiências de mudança, isoladas e pontuais, foram introduzidas por iniciativa de alguns professores, em algumas disciplinas, porém sem alterar o quadro geral da FCM:

Eles conseguiram efetivamente integrar assistência e ensino e introduziram uma série de metodologias/instrumentos didáticos, pelo esforço próprio dos professores, e hoje temos um serviço de dermatologia que tem a função docente - assistencial bem integrada

A constatação de que os professores da FCM e do ICB não têm formação em métodos pedagógicos, não representa uma surpresa, vem confirmar o que vem sendo discutido há algum tempo:

Faz um concurso para ser professor da faculdade, nós nunca recebemos nem nunca estudamos nada de pedagogia. Um bom médico, um bom profissional na área médica faz um concurso, é aprovado e aí passa a ser professor. Então, a-

cho que falta na gente, realmente, muito desse trabalho em termos de orientação individual. (Ent. 3, p 5)

A metodologia pedagógica adotada convencionalmente pelos professores é a da transmissão de conhecimentos, usada por imitação, já que foi assim que eles também aprenderam, e é a única conhecida. O estabelecimento de outras metodologias (como a da problematização)¹³ poderia levar a um ensino mais conseqüente, como sugere um dos entrevistados:

O ensino deve ser sobre o construtivismo, o estudante ser não um simples acúmulo de informações...Então o docente deve deixar de ser aquele passador de informações durante suas aulas teóricas de seu conhecimento pessoal e ser muito mais um orientador do aprendizado estimulando o aluno a elaborá-lo. (Ent. 29, p 2)

A articulação ensino-serviço é de vital importância tanto para a Universidade quanto para os serviços de saúde. As funções pesquisa e extensão, nobres para a academia deveriam ser mais bem estruturadas para que permitissem o atendimento que refere um dos entrevistados:

é função da universidade é não somente repassar conhecimento mas criar, por exemplo, metodologias novas para aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, então todas essas coisas eu acho que leva pra necessidade urgente da reformulação do currículo médico, certo. (Ent. 5, p 2)

A questão corporativa, é mais uma vez citada, sendo que nesse contexto é sugerida uma relação de mútua proteção e de mútua defesa no encobrimento das fragilidades pedagógicas porventura existentes nos departamentos, reafirmando que uma das instâncias de atraso no processo de mudança é a corporação profissional:

Acredito que o que existe nos departamentos é uma panelinha por parte de muitos professores que não conseguem ensinar direito. (Ent. 18, p 4)

¹³ A pedagogia da problematização parte da base que, em um mundo de mudanças rápidas, o importante não são os conhecimentos ou idéias, nem os comportamentos corretos e fáceis que se espera, mas sim o aumento da capacidade do aluno – participante e agente da transformação social – para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções originais e criativas. (Bordenave J. In: Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, Min. Saúde, 1995: 148)

Além da falta de qualificação pedagógica, já apontada, outro aspecto enfatizado numa resposta, diz respeito à incipiente avaliação do trabalho pedagógico do professor: por parte da universidade

Acho que não tem uma continuidade na avaliação dos professores, eles fazem aquela prova para entrar e fica por isso mesmo. Não há evolução regular do trabalho dos professores, como ele está acompanhando seus alunos. (Ent. 2, p 2)

Em que pese essas colocações, dirigentes enfatizam a existência de avaliações nas faculdades e, particularmente na FCM com resultados positivos trazendo melhorias para o ensino. Entretanto, essas melhorias têm caráter residual, com alcance limitado.

Disciplinas que vinham sistematicamente com problemas na visão dos estudantes e com esse processo, com o feed-back dado através da avaliação nós tivemos melhorias, assim, sensíveis, palpáveis e propaladas pelos próprios alunos das disciplinas. (Ent. 2, p 5)

Reafirmando o caráter contraditório do processo institucional questiona-se a qualidade das avaliações propaladas como instrumentos de mudança. Como já relatamos anteriormente, a afirmação de um dos dirigentes reconhece que a implantação do questionário se deu de forma antidemocrática, sem consultar os alunos o que pode se constituir na origem da desvalorização, do sentimento de rejeição ao instrumento adotado:

Existe um questionário que é feito no fim de cada período para fazer a avaliação, mas que tem uma falha muito grande por ser só entregue no dia, na hora da matrícula e aí alguns alunos escrevem qualquer besteira. Acho que é o único método e tem dado algum retorno a FCM, mas com essa falha não é tão fidedigno. (Ent. 47, p 4)

O ensino médico vem tentando atender a duas demandas quase sempre contraditórias. Se por um lado, o setor privado demanda profissionais cada vez mais especializados e dependentes de tecnologias de ponta, por outro lado, o setor público necessita de profissionais com visão abrangente e multiplicidade de conhecimentos. Como já

frisamos anteriormente, o setor privado já não consegue dar conta dos crescentes custos, numa constatação que os interesses pelo lucro estão acirrando os conflitos.

Acho que essas revisões todas indicam uma certa sintonia com o que está ocorrendo no mercado de trabalho. Teve-se uma incorporação de tecnologia muito rápida, a assistência tornou-se extremamente cara, os médicos foram capacitados para isto e hoje se chega à conclusão que esse sistema é insustentável economicamente e a sociedade começa a propor outros modelos de assistência para as universidades, não sei se as universidades têm pernas para atender a demanda inteira do mercado mas, já começa a mudar a mudar o perfil do profissional para esse caminho. (Ent. 7, p 3)

Os rumos do ensino médico estão a requerer correção imediata, no mínimo, porque os estudantes, envolvidos neste jogo de interesses, participam ora como instrumento, ora como interessados. Enquanto providências não são tomadas, criam-se caminhos alternativos de aprendizado. Esses "caminhos" ou "atalhos" curriculares, muitas vezes do conhecimento, e com a complacência de professores, sem qualquer controle acadêmica, difundem conhecimentos, habilidades e posturas extremamente questionáveis do ponto de vista científico, ético e político.

No terceiro período eles já começam a dar plantões, não têm mais tempo, ficam alienados, o manejo do tempo é uma preocupação muito grande, e todo esse processo exige tempo. (Ent. 6, p 3)

PARADIGMA x TRANSFORMAÇÃO x PARTICIPAÇÃO

A medicina como ciência, é uma das mais antigas profissões, não deve ter sua análise reduzida a um conjunto de recursos tecnológicos e/ou de tecnologias materiais.

O processo de trabalho médico envolve dimensões sociais, políticas e até pedagógicas exigindo uma abordagem ampla. Considerada uma profissão "autônoma", guarda peculiaridades que segundo Donnangelo (1979:29):

A prática médica e seus agentes não foram instituídos no interior do modo de produção capitalista. Justamente por se situarem entre as mais antigas formas de intervenção técnica é que eles podem também aparecer mais facilmente investidos do caráter de autonomia, como ocorre com outras categorias de práticas e agentes que, preexistindo a um novo modo de produção parecem preservados de revestir novas formas correspondentes a articulações inteiramente distintas com as estruturas econômica e político-ideológica que o compõe.

O ensino ou educação médica, vem sendo alvo de questionamentos desde muitas décadas. O mercado de trabalho privado se beneficia da lógica da especialização, que ao segmentar os procedimentos e as técnicas gera necessidades tecnológicas e alimenta a indústria de equipamentos e de medicamentos. Ao mesmo tempo, as empresas de seguro reclamam que o excesso de exames diagnósticos e atos terapêuticos têm elevado os custos sem virem acompanhados da devida qualidade. Os serviços públicos reclamam da ausência de generalistas, obrigatórios na expansão de cobertura através do PSF, e da escassa preocupação e envolvimento dos médicos com as questões sociais.

Este quadro evoluiu e alcançou uma magnitude tal, que no governo Collor, o ministro Alcenir Guerra, não só concordou com as críticas e alimentou-as tornou-as mais contundentes, motivando, por vias indiretas e não intencionais a criação da CI-NAEM:

com receio dessa avaliação externa do MS em cima das faculdades de medicina ele resolveu ter a iniciativa de lançar logo aquele documento inicial com as escolas para que, eh, fosse, digamos, o contraponto a essa avaliação externa, o início da avaliação interna das escolas. (Ent. 2, p 3)

Ou seja, a motivação inicial do movimento nacional de mudança do ensino médico, é decorrência de uma resposta a uma provocação do Ministério da Saúde e não de uma necessidade, de uma preocupação com a situação, de um desejo próprio das faculdades e sim um mecanismo de reação, de defesa contra ataques externos.

Esta constatação nos mostra que regras, técnicas, normas, crenças, estão historicamente enraizadas nos conceitos e na prática da medicina. A sua estrutura curricular, não por acaso, data de 1910, quando da divulgação do relatório Flexner.

Não podemos desconhecer que existem "verdades", preceitos, normas e orientações que conformam um paradigma requerendo um outro para que seja transformado. Para Kunh (1991:13):

Considero "paradigmas" as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.

Particularmente, o ensino médico utiliza paradigmas seculares, os quais, nem sempre guardam relação com a lógica das ciências e sim com o processo sócio-cultural. O conservadorismo é flagrante e expresso em várias respostas:

Então acho que é inevitável e necessária porque o ensino médico estava parado do ponto de vista pedagógico talvez uns 300 anos e do ponto de vista curricular acho que desde o relatório Flexner de 1910, portanto já tem 90 anos de parado e eu não acho que a universidade deva permanecer estática porque principalmente no mundo de hoje com o processo acelerado de modificações, ficar estático significa regredir (Ent. 5, p 2)

Da mesma forma que uma comunidade partilha um paradigma uma comunidade científica vive de homens que partilham um paradigma. Não é por acaso que apresentam longa estabilidade, suas mudanças, não são de simples resolução.

O processo de construção da mudança do ensino médico a nível nacional, como já relatado teve início em meados de 1990, estimulado por críticas externas ao setor, tendo motivado os dirigentes locais, embora com estratégias comedidas:

nós identificamos que estava sendo constituído ali um processo de avaliação e de auto-avaliação com vistas a transformação em que os parâmetros, os novos paradigmas para uma transformação estavam sendo construídos e nós achávamos que era prudente que nós esperássemos a, a sequência do processo nacional para poder realmente iniciar a transformação curricular. (Ent. 6, p 1)

O grau de conservantismo e/ou de tradicionalismo no ambiente da nossa uni-

versidade, está presente em várias das respostas obtidas. Numa delas, é questionada a mudança de mentalidade:

eu acho que é muito difícil você mudar mentalidade de uma hora para a outra certo, se você tá acostumado, é um professor de 20, 25 anos, está acostumado com aquela rotina, metodológica e pedagógica é extremamente difícil você ver outro aspecto, nem sempre você consegue ter essa inquietação (Ent. 5, p 3)

A cerca da mutabilidade paradigmática, Kunh (1991:211) observa:

Antes de mais nada, é preciso que a natureza solape a segurança profissional, fazendo com que as explicações anteriores pareçam problemáticas. Além disso, mesmo nos casos em que isso ocorra e um novo candidato a paradigma apareça, os cientistas relutarão em adotá-lo a menos que sejam convencidos que duas condições primordiais foram preenchidas. Em primeiro lugar, o novo candidato deve parecer capaz de solucionar algum problema extraordinário, reconhecido como tal pela comunidade e que não possa ser analisado de nenhuma outra maneira. Em segundo, o novo paradigma deve garantir a preservação de uma parte relativamente grande da capacidade objetiva de resolver problemas, conquistada pela ciência com o auxílio dos paradigmas anteriores.

A mudança pretendida, é complexa por envolver aspectos tecnológicos, político-ideológicos e éticos, que devem ser considerados em conjunto, sob pena de perperuarmos o que um dos entrevistados ressalta:

e quando se analisa a prática dos serviços, que é o meu trabalho, se vê o papel importante que a universidade, pois parece que agente sufoca todo esse compromisso traz com a sociedade e durante a formação se investe muito na técnica, e sai muito competente mas, totalmente descompromissado. (Ent. 6, p 1)

As argumentações favoráveis à mudança são por vezes contundentes, o que nos remete a um questionamento. Porque apenas na década de 90 emergem pressões suficientes para impulsionar um movimento nacional por mudanças ? A resposta não pode, obviamente, ser simplificada. A título de exemplo no relata um dos entrevistados:

Que há necessidade de mudança no ensino, há, porque nós estamos seguindo o que se fazia há 50 anos atrás. Só não é igual a quando eu estudei porque introduziram o ciclo básico. Tem programas de disciplina quase igual há 50 anos atrás. Há necessidade de mudanças, agora como fazer essas mudanças é que é difícil. (Ent. 4, p 1).

Um dos pilares do paradigma atual da medicina é a concepção biologicista do processo saúde-doença, pela qual, não só os problemas, bem como as propostas de resolução enfocam prioritariamente o indivíduo, e as soluções coletivas adotam uma concepção higienista¹⁴. A esse respeito duas visões do ensino médico na UPE são externadas:

A FCM dá mais ênfase à saúde, ao doente, uma visão holística. O ICB, não consigo compreender a ênfase que ele dá, parece que não tem nada a ver com a medicina, é uma viagem na maionese. (Ent. 17, p 4).

Um outro enfoque, mais crítico, coloca claramente que a ênfase no ensino tem sido a doença e que a universidade deveria ser provedora de saúde. Entretanto o mercado de trabalho, na sua convivência com vários interesses em conflito tem procurado profissionais que sejam prioritariamente tratadores de doenças:

O que fazem é dar ênfase a doença, o que deveriam fazer é dar ênfase a saúde. Eu acho que a deficiência do médico brasileiro é que ele é gerado para tratar, não para prevenir, promover a saúde. Nós deveríamos ser provedores de saúde, e não curadores de doença. Mesmo medicina preventiva, altamente importante, e na maioria das vezes, banalizada. (Ent. 48, p 4).

Como contrapartida a esta situação nada confortável, a diretoria da FCM lançou (em 1990), na sua plataforma de candidatura, a mudança curricular como uma das bandeiras da sua proposta por reformas.

Então, fez parte da nossa proposta, como candidatos à Diretoria, para os 4 anos de trabalho, como um dos pontos da proposta a mudança curricular da instituição, (Ent. 2, p 1)

Eleita, a nova diretoria designou um grupo técnico, cuja missão seria a coordenação do processo de mudança do ensino médico na UPE, congregando professores e alunos da FCM e do ICB:

¹⁴ A concepção higienista, ou funcionalista entende o estado de saúde como o equilíbrio entre o agente o hospedeiro e o meio ambiente. Ao contrário da concepção histórico-estrutural que entende que há uma determinação social em dado momento histórico no processo saúde-doença.

aprovadas as diretrizes curriculares, nossa escola que já vinha trabalhando o processo para amadurecimento da transformação com vistas à formação de um médico com um perfil diferente do então apresentado pelo nosso egresso da nossa escola....., foi criado o (NUDEM) que congregou professores e alunos no sentido de trabalhar especificamente a conformação do novo currículo. (Ent. 2, p 9)

O trabalho desenvolvido pelo NUDEM, apresentou uma série de dificuldades. Uma delas referentes ao seu papel de articulador de duas organizações com papéis complementares e pouco articuladas programaticamente, outra quanto à escassa participação de professores e alunos e uma terceira, talvez a mais grave a pouca clareza quanto ao alcance das mudanças:

O NUDEM é lento para o estágio que a gente quer que imprima no processo que se pretende. O que acontece, é que o núcleo é insipiente e está numa crise de identidade. Ele não entendeu direito o que ele é; os papéis não são bem definidos. (Ent. 1, p 1)

Fruto de tantas dificuldades, o depoimento de um dirigente demonstra descrença nas mudanças alcançadas e pretendidas. Porém contemporiza e até se mostra contraditória por acreditar em pequenas mudanças. O preocupante é que este pensamento tende a cristalizar os paradigmas já que o atraso é enorme em termos de necessidade de transformações

tudo muito pontual, no grosso me parece que é para manter as coisas do jeito que são, não tenho esperança a curto prazo, já tive oportunidade de trabalhar com muitos dos atores,, mas isso não me imobiliza, eu acho que quando se é jovem se quer mudanças grandes, rápidas a curto prazo, mas com o passar do tempo, até como forma de não perder a esperança, comecei a acreditar nas pequenas mudanças. (Ent. 6, p 2)

Um pensamento mais crítico e propositivo, coloca o professor como provocador da ação questionadora ou transformadora do alunos. Ao falar em inquietação, em "jogar" com coisas novas, acena para uma postura pedagógica problematizadora:

A minha principal função é criar inquietação na cabeça dos mais jovens, certo e eh isso é o que eu procuro fazer, entende, criar confusão, criar inquietação eh

decidir jogar com uma série de coisas novas pra que eles possam fazer a reforma, (Ent. 5, p 3)

Qualquer processo de transformação, principalmente aqueles que questionam os paradigmas vigentes necessitam de ampla participação para que possa se tornar mais que legal, legitimado. O envolvimento do maior espectro possível de professores e alunos no processo de mudança permitirá cumplicidade e desejo de sucesso, fatores fundamentais para que se alcance os objetivos.

As colocações dos dirigentes têm um direcionamento preferencial ao processo nacional o movimento local é pouco comentado, até porque os avanços alcançados até a conclusão das entrevistas, foram mínimos:

Na realidade nós começamos já antes como parte deste trabalho nós tivemos aqui em Recife, nós tivemos a honra de sediar, e eu digo, aí novamente o envolvimento da FCM com essas questões nacionais... nós conseguimos reunir aqui a grande maioria das Faculdades de Medicina do Brasil e nós conseguimos reunir 830 participantes num congresso da ABEM o que foi um número record para os congressos da ABEM e tivemos a participação direta dos nossos professores e alunos (Ent. 2, p 8)

Em mais uma afirmativa positiva em relação à participação volta a referir a vinculação com o processo nacional, ao nosso ver uma forma de desviar a preocupação fundamental que seria o envolvimento maior dos professores e alunos no processo local:

mas, com uma participação ativa política através dos nossos estudantes que assumiram as duas últimas direções da DENEM, inclusive a atual e isso é fruto de uma mudança de gestão, inclusive o Diretor da escola passou a ser vice-presidente da ABEM. (Ent. 7, p 3)

Em completa dissonância com a fala anterior, são acrescentadas variáveis bastante importantes às dificuldades de ter os professores participando do processo de mudança na UPE. Aos componentes medo e resistência a uma avaliação some-se comodismo intrínseco. É muito complexo, e caso verdadeiro, não deveria ser desconsiderado e/ou desconhecido por uma gestão de 12 anos no poder:

Os professores demonstram resistência e até o medo de serem avaliados, além do medo da mudança e do comodismo intrínseco no brasileiro. Eles não têm estímulo do governo nem dos seus salários. Tá bem assim, assim fica! (Ent. 48, p 2)

Esse "medo" pode estar fundamentado na fragilidade pedagógica e esse "comodismo" pode ser fruto da não responsabilização, tão contumaz no serviço público brasileiro. Os baixos salários são apenas um dos condicionantes, não explicando por si só este quadro. A fragilidade nas argumentações e no processo de comunicação da direção com os demais atores são condicionantes importantes:

Isso me preocupa muito sabe porque eu acho que a pior desgraça no processo democrático é a omissão, não é ?, Quer dizer você ficar em cima do muro é a coisa pior do mundo, então tem muita gente que diz que é favorável ao processo, mas na realidade não tá convencido da necessidade. Tem uma grande massa de aluno que é indiferente, tá certo ? (Ent. 5, p 3)

Como já afirmamos mudanças paradigmáticas requerem um esforço concentrado já que as forças conservadoras e tradicionalistas têm se mantido numa condição hegemônica. A simplificação, ou a conformação com a pouca participação, como vemos a seguir, pode ser útil momentaneamente. Porém como se pretendem mudanças minimamente duradouras a busca de um envolvimento majoritário deverá ser trabalhada:

eu devo dizer que nós tivemos, a participação bem efetiva de professores da escola , infelizmente é difícil você congregar todos os professores.isso não é uma questão só da nossa escola, as discussões sobre a condução geral da escola, discussões sobre currículo, dificilmente numa escola médica você consegue congrega todos, mas você congrega um certo número de professores que são os interessados e daí você segue (Ent. 2, p 9)

Quanto aos alunos, a sua grande maioria participa em questões pontuais como aquelas relacionadas a interesses econômicos imediatos. No que diz respeito ao processo de ensino a participação fica circunscrita aos representantes do Diretório Aca-

dêmico:

acho fundamental que fique registrado que os nossos estudantes, os alunos da FCM, os alunos do Diretório Acadêmico Josué de Castro sempre foram bastante efetivos e lutadores, e participando lado a lado com o trabalho da diretoria nas questões da transformação, não é (Ent. 2, p 9)

A omissão, ou pouca participação dos alunos é explicada, embora consideremos parcial, por conta de outros fatores já mencionados, pela afirmação:

.....nós temos que falar da educação do Brasil desde o 1º grau, que faz tudo para te "despolitizar" completamente, para te tornar maleável. Então a "galera" não está nem aí. (Ent. 49, p 2)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O volume de informações trabalhadas no capítulo anterior, quando analisamos os temas ou rubricas, nos permite verificar da pertinência das questões colocadas na problematização deste trabalho.

Uma das questões, indaga se as necessidades de mudanças no ensino médico estariam respondendo às possíveis mudanças na prática médica.

A prática médica tem sofrido transformações ao longo das décadas. No Brasil, particularmente nas duas últimas duas décadas essas transformações se tornaram mais agudas e evidentes. No caso brasileiro, uma série de fatores e acontecimentos, influenciaram essas mudanças.

A incorporação de novas tecnologias, com o uso intensivo de novas especialidades terapêuticas, equipamentos para diagnóstico e tratamento vem requerendo um novo perfil profissional. Ao mesmo tempo um contingente ampliado de pacientes que emergem da exclusão social e da reintrodução de doenças que estavam sob controle (dengue, cólera, malária, etc.), além da mudança do perfil epidemiológico, com a ampliação das faixas etárias mais idosas e a ampliação dos casos de doenças crônico degenerativas, soma-se ao crescimento vertiginoso dos óbitos por causas externas, sobretudo aos causados pela violência.

Neste período, as empresas de seguro saúde ampliaram consideravelmente suas ofertas de serviços, demandando a absorção de médicos especialistas. Paralelamente, a demanda por serviços públicos aumentou e o nível de qualidade sofreu perdas. A saúde pública obteve vitórias com a implantação do PACS, em 1991, propiciando quedas

significativas na mortalidade infantil.

O advento da constituição de 1988 formalizou o direito do cidadão à saúde e responsabilizou o Estado pela universalização e municipalização do atendimento desde a promoção à reabilitação. A implantação do PSF em 1994 foi um marco que estimulou a ampliação das redes de saúde dos municípios brasileiros.

Em Recife, o setor privado ampliou significativamente o quantitativo de unidades hospitalares com a implantação do chamado “Pólo Médico”, considerado o terceiro do país em tecnologia. Ressalte-se que boa parte do investimento se destinou ao atendimento aos seguros privados de saúde, com uma parcela residual de oferta ao SUS, não melhorando a situação de carência da população. Todo este panorama, da política de saúde nacional e local, já vinha requerendo, do aparelho formador, mudanças significativas nas suas estruturas curriculares, e principalmente, nas suas opções pedagógicas¹⁵ e métodos de ensino. Para alguns entrevistados essas mudanças se faziam necessárias há décadas.

Agora como eu me vejo nisso, na realidade faz quase 30 anos, mais de 30 anos que eu me preocupo com o problema do currículo e comecei a me preocupar mais seriamente quando minha filha fez o curso médico e fez na FCM. Eu fiz meu curso médico na federal, mas coincidiu que o professor de bioquímica que deu hidrato de carbono para ela foi o mesmo que deu pra mim e apesar de ter decorrido 25 anos entre uma aula e outra, eu peguei esse caderno dele e parecia que eu estava vendo minhas anotações de aula, (Ent. 5, p 3).

Em outra resposta, opina um dirigente que as mudanças curriculares vem ocorrendo, e de forma acelerada em algumas faculdades. Porém, essas mudanças curriculares propaladas, apresentam inconstâncias. A argumentação apresentada não nos dá certeza quanto à validade das mesmas e ao mesmo tempo reafirma o caráter conserva-

¹⁵ As opções pedagógicas por um determinado contexto refletem as ideologias (e os objetivos) desse referido contexto. E muitas vezes o interesse central não está precisamente dirigido aos fundamentos epistemológicos da pedagogia e sim aos efeitos de sua aplicação. (Bordenave, Juan E. Dias. Revista Interamericana de Educação de Adultos, Vol. 3 Nº 1-2 – PRDE-OEA, 1983)

dor das escolas médicas.

O processo de mudança do ensino de uma forma geral, apesar do desenho rígido e cristalizado das escolas médicas, esse processo de mudança vem se dando continuamente. Tem escolas que no período de 20 anos já mudaram seu currículo 6 vezes, isto faz com que nenhuma turma completa se formou com o mesmo currículo. (Ent. 7, p 1).

Não nos resta dúvida que as evidências já relatadas no falam da pertinência, oportunidade e premência da efetivação de mudanças na estrutura curricular e opções pedagógicas na formação médica da FCM e ICB. Ao mesmo tempo, nos parece incontestante o atraso ocorrido no início da definição e implementação de qualquer medida neste sentido.

Como decorrência da primeira, levantamos uma segunda questão, indagando se haveria comprometimento e direcionamento institucional da FCM e do ICB em relação às mudanças requeridas ou se seria apenas um esforço de pequenos grupos instituintes sem poder de transformação.

Em complementação, e no mesmo nível de importância indagamos também se: as práticas dos grupos envolvidos contribuíram para a mudança ou reforçaram a resistência à mesma ?; e as organizações e demais atores envolvidos tiveram práticas coerentes com seus discursos ?

A complexidade do tema aqui tratado não nos permite tratá-lo de maneira simplista. Dessa forma consideramos, para efeito de análise, cinco grupos de interesses caracterizados como partícipes ou envolvidos diretos com este processo de mudança.

Um deles, o corpo dirigente da FCM e ICB, representativo do poder formalmente instituído das duas instituições/organizações, atuando como porta vozes dos interesses das mesmas. Um segundo grupo, o NUDEM, caracterizada como o grupo formalmente instituído para conduzir tecnicamente o processo de mudança. Um tercei-

ro grupo, o Diretório Estudantil, representante formal dos interesses do corpo discente.

O quarto grupo constituído pelo corpo docente das duas instituições e o quinto grupo expressando os desejos, aspirações e opiniões do corpo discente da FCM e ICB.

Cada um desses grupos expressou ao longo desta pesquisa posturas, falas desejos, ações diferenciadas, ora convergentes, ora divergentes em prol ou não do processo de mudança.

Para respondermos as questões já delineadas partiremos de uma constatação e de três evidências deduzidas da análise dos temas.

A constatação é a de que *as mudanças alcançadas com o processo de reforma são pífi*as, e os mecanismos de informação/comunicação, principal instrumento da participação, foram utilizados precariamente tanto pelos dirigentes quanto pelo Diretório Acadêmico.

As informações empíricas foram coletadas ao longo dos anos de 2000 e 2001 e as duas últimas entrevistas foram aplicadas em 2002. Na última, realizada em 2002 surgem as primeiras falas sobre a implantação de mudanças. De fato, no primeiro semestre de 2002 foram iniciadas as primeiras mudanças, constando de uma integração curricular entre o ICB e a FCM em disciplinas do 1º período do curso médico. Esta etapa foi fruto de um esforço do Diretório Acadêmico e do NUDEM, ou melhor da representação do Departamento de Medicina Social no NUDEM, que elaborou a proposta e a submeteu aos dirigentes que a aprovaram.

Contudo esta proposta não é do conhecimento da maioria dos professores e alunos, tem uma linguagem pouco compreensível pela maioria, tem alcance limitado pois envolve poucas disciplinas. Embora já publicada na revista da FCM, precisa ser amplamente discutida e decodificada para que possa conseguir adesões. Nos parece que os mecanismos de comunicação continuam sofrendo os mesmos percalços até agora

trilhados.

Porém, o mais grave no que diz respeito a um processo de reforma, refere-se à manutenção da mesma postura de ausência e distanciamento da maioria dos professores e alunos do NUDEM hoje transformado em Comissão de Reforma Curricular, e das reuniões para discussão do novo modelo. Não se tem conseguido discutir com a amplitude necessária e desejável, mudanças de postura pedagógica. Corre-se o risco de implantar mudanças burocráticas que pouca influência possam ter na desejável mudança de postura dos profissionais, perante seus futuros pacientes.

As mudanças introduzidas estão apenas num estágio inicial e deverão ser acompanhadas e analisadas com rigor para que possa aquilatar seu alcance. Contudo, como frisamos anteriormente, além de uma constatação, três evidencias responderam pela lentidão e limitação das mudanças, e acreditamos que elas, na sua maioria, poderão continuar ocorrendo, o que poderá por em risco, as transformações requeridas.

Condução dos dirigentes pouco contribuiu com o processo (apesar do discurso de apoio)

O discurso dos dirigentes, expresso desde o programa de campanha da eleição da 1ª diretoria eleita (1990), já contemplava a intenção de mudanças curriculares como um dos objetivos. Em várias passagens das entrevistas o interesse e a necessidade se evidenciam. Contudo, a escassez de propostas objetivas de mudança – a primeira só foi apresentada para discussão no segundo semestre de 2001 – , e os precários mecanismos de envolvimento do corpo docente e discente, nos levam a questionar sobre o real desejo da efetivação das aludidas transformações.

Todos os dirigentes são ou foram também professores, e utilizaram-se de métodos tradicionais quer de ensino quer de gestão educacional. Em grande parte, o desco-

nhhecimento de métodos diferenciados de ensino, parece ser um elemento importante no adiamento das transformações. Na análise do tema *Ética e Ensino Médico* são questionadas as posturas dos professores que além de falhas éticas apresentariam excesso de tecnicismo e distanciamento das questões sociais, além da metodologia empregada que favorece a memorização em detrimento de uma construção participativa do saber. Ainda nesta área temática encontram-se críticas a dicotomia teoria x prática com um predomínio da primeira sobre a segunda, empobrecendo o aprendizado. A constatação da falta de conhecimento de métodos pedagógicos não é considerada surpresa e um professor entrevistado chega a afirmar que : "*nós nunca estudamos nem recebemos nada de pedagogia*". Em outra fala afirma-se que por conta da fragilidade pedagógica os professores "existe nos departamentos uma panelinha por parte dos professores que não sabem ensinar direito". Estes fatos corroboram a nossa afirmação da incompetência como um das variáveis intervenientes no processo de mudança.

O excessivo atrelamento ao processo nacional, no aguardo de uma "fórmula", nos parece bastante plausível

A rubrica *Democracia* oferece elementos para esta conclusão. Numa fala de um alto dirigente ele afirma que foi eleito com uma plataforma que prometia mudanças curriculares. Porém, decidiu, que era importante esperar as diretrizes nacionais para iniciar as mudanças, e afirma textualmente "*e nós achávamos que era prudente que nós esperássemos a, a sequência do processo nacional para poder realmente iniciar a transformação curricular*". Esta decisão teria sido discutida com a diretoria da Escola e o diretório acadêmico. Fato concreto é que uma diretora de Departamento, participante e das mais atuantes do NUDEM nunca foi informada deste fato e se colocou como surpresa, ao saber dos fatos.

O protelamento das mudanças foi claramente intencional, e sua lógica tem al-

gumas explicações possíveis: por um lado atendeu a necessidade da busca de alternativas de mudança, inexistentes ou pouco sedimentadas no NUDEM, por outro lado amorteceu as divergências internas e permitiu evitar conflitos com os professores propiciando uma trajetória mais tranqüila para novas eleições do mesmo grupo, o que aconteceu por mais três vezes. Poder-se-á argumentar que transformações desta ordem precisam de um certo tempo para que se consiga arregimentar aliados. Em contraposição também se pode argumentar que convivendo com forças tão conservadoras e resistentes abrem-se espaços para que as mudanças ao serem introduzidas já estejam caducas ou isoladas por carapaças protetoras que não permitam muitos avanços e solidificações. A gradualidade muito lenta cria mecanismos instituídos, resistentes e fortes.

Ao mesmo tempo em que os dirigentes são professores, eles também são médicos e carregam uma contradição fundamental, a dualidade médico x professor e aí interferem aspectos corporativos. A pertença a várias instituições (a atuação em vários papéis sociais: médico, professor, dirigente) conduz a comportamentos múltiplos e em algumas situações conflitantes. Neste caso a luta entre o desejo de mudanças e o medo das mesmas leva a certos imobilismos.

No item de análise *Ensino Médico e Poder* encontramos as evidências que nos levam a essas conclusões. Se por um lado algumas falas consideram positiva a troca de informações entre o setor público e privado (consultórios e hospitais onde os professores atuam fora da universidade) outras relatam uma série de adversidades. "*colocam o consultório acima da sua profissão de professor, omitindo às vezes conhecimento com medo de uma futura concorrência*"

Ainda com relação a multiplicidade institucional, alguns dirigentes acumularam atuação no NUDEM se postando ora como força instituinte ora defendendo interesses da organização (instituídos), com tendência majoritariamente instituída.

Porém, o fato mais significativo, talvez esteja na carência de informações. Um dos professores pesquisados, membro da diretoria e do NUDEM, cuja fala, na íntegra, encontra-se no tema *Democracia*, diz bem do grau de desinformação que vem nortear o processo: "*embora docente na FCM há 27 anos só tomei conhecimento desse movimento nos últimos dois anos*". O movimento em questão, o de mudança do ensino médico, já existia há 8 anos.

Professores resistentes a mudanças

Um dos aspectos críticos, que contribuíram e poderão continuar contribuindo para o atraso ou não concretização de propostas de mudança situa-se no corpo docente. Formado basicamente por médicos, tem no corporativismo a sua trincheira em defesa de princípios profissionais. Classificado como profissional liberal o médico advoga, e detém, prerrogativas que lhe outorgam um enorme poder de ação junto ao paciente. Segundo Machado (1995: 21) o profissional liberal:

Sendo assim, a satisfação do profissional liberal está em trabalhar livremente segundo seus próprios critérios. Na verdade, o médico tem sua satisfação plena quando trabalha por conta própria, podendo, livremente, examinar, prescrever, diagnosticar e tratar do seu paciente. A autonomia profissional é essa capacidade adquirida pela medicina no início do século XX, de avaliar e controlar ela mesma o aspecto técnico de seu próprio trabalho.

Essa autonomia profissional está corporificada na relação médico-paciente que é individualizada e intransferível. Ao se colocar como professor o médico tende a reproduzir essa autonomia profissional e gera naturalmente alguns conflitos. Cada professor adota um método pedagógico próprio, quase sempre sem fundamentação científica. A programação das disciplinas transcende os interesses individuais distribuindo cargas horárias quase sempre incompatíveis com os horários dos professores. Esta incompatibilidade é resolvida com "jeitinhos" já que a atividade privada é mais rentável,

ou seja a faculdade sai prejudicada.

Na rubrica *Ensino Médico e Poder*, questionamos as atitudes autoritárias e desrespeitosas que ocorrem por conta da autonomia do ato médico. Um dos alunos afirma: *"tem professores que exigem dos nossos pacientes atitudes contrárias à sua vontade"*. Essa postura advinda de um professor universitária é deveras lamentável e anti-educativa.

A questão corporativa, levantada no item *Ensino Médico e Poder*, é citada por vários entrevistados como um aspecto vital ao impedimento de avanços. A própria diretoria é referenciada como empecilho graças ao corporativismo *"a diretoria não usa seus poderes por causa do corporativismo"*. Em outro depoimento, fala-se até em complô: *".....os professores mantêm, sei lá, um pacto, 'acordo de silêncio"*

A profissionalização dos professores ainda é um desejo de difícil alcance. O ensino confere um certo "status" ao médico lhe atribuindo um certo "atestado de competência profissional", pelo menos para algumas pessoas. Este "status", que não é questionado, que não é avaliado corretamente pela faculdade, mantém os professores com condutas repetitivas ao longo de anos.

No que diz respeito à profissionalização, os baixos salários, o desrespeito à coisa pública e a falta de cobrança institucional, entre outros fatores, levam os professores a serem mais médicos que professores e os alunos, embora achem positivo por um lado a multiplicidade de empregos, por outro lado afirmam: *"O ideal é que os professores fossem exclusivos da faculdade, mas nós sabemos que isso para o nosso meio seria utópico porque o governo não dá valor se quer a assistência em saúde e educação básica na população e nossos professores são mal pagos e precisa ter compromisso extra faculdade. O que é compreensível mas há uma perda para os alunos"*.

No caso do ensino médico na UPE os mecanismos de absorção de docentes se-

gue os caminhos tradicionais não exigindo do profissional conhecimentos pedagógicos específicos. A agravante é que não são oferecidas oportunidades de qualificação profissional e as aulas são ministradas ao longo de 20 anos da mesma forma, sem qualquer alteração de conteúdo ou de método.

A perspectiva de mudança, ao por em discussão aspectos amplos do ensino médico, gera inseguranças nos professores que se sentem fragilizados pedagogicamente.

No item *Paradigma x Transformação x Participação* comentamos sobre esse "medo" fundamentado na fragilidade pedagógica, na própria afirmação de um professor que afirma nunca ter sido qualificado para tal. O "comodismo" já citado pode ser fruto da não responsabilização, tão contumaz no serviço público brasileiro. Os baixos salários são apenas um dos condicionantes, não explicando por si só este quadro. A fragilidade nas argumentações e no processo de comunicação da direção com os demais atores são condicionantes importantes:

No que diz respeito à postura perante a sociedade, os professores, na sua maioria, adotam uma prática político-social conservadora, guardando uma relação de distanciamento de classe sem envolvimento nem preocupações com as condições de vida precárias da maioria da sociedade, e esta postura, sem dúvida, representa o maior desafio de mudança no ensino médico da UPE.

Alunos coniventes com a lentidão no processo de mudança

O corpo discente, se faz representar junto à direção da FCM e ICB pelo Diretório Acadêmico. Trataremos separadamente a representação estudantil dos estudantes como um todo já que o DA tem aspirações institucionais distintas dos alunos individualmente. A postura e a carga de informação dos dirigentes do DA é absolutamente di-

ferente da dos alunos. Esta diferenciação se dá por duas razões: em primeiro lugar os dirigentes tem contato com a diretoria da FCM e do ICB e participam dos encontros nacionais, em segundo lugar, os alunos além de não ter esse contato, não recebem informações dos dirigentes do DA, em terceiro lugar a maioria é acomodada e não cobra informações. Um outro fator a ser considerado é a participação do DA no NUDEM. Neste caso, em particular, foi bastante tímida só se intensificando quando das discussões sobre a proposta de mudança.

O DA, é um organismo legalmente constituído e instituído, e traduz o pensamento de uma parte dos alunos. Pelo menos é o que afirma um entrevistado cujo depoimento consta da nossa análise na rubrica *Democracia* : *"Eh, esses grupos pequenos colaboram ativamente, o grande problema é que eles são pretensamente representantes dos outros, mas na realidade não representa a grande massa, e é preciso que eles trabalhem também os estudantes para eles aceitarem o novo processo de reformulação curricular"*.

Considerado um DA atuante pelos dirigentes da FCM e do ICB, conquistou por duas vezes a direção nacional da DENEM (Direção Nacional dos Estudantes de Medicina). Nos parece que a ótica das lideranças estudantis seguiu a orientação dos dirigentes da FCM que queriam mais que as transformações curriculares, um espaço político de projeção nacional. O adiamento das propostas de mudança foi legitimada por essas lideranças estudantis que se mostraram coniventes. É importante registrar que esse adiamento intencional não era do conhecimento sequer de membros do NUDEM.

A massa de alunos não participa, nem cobra atitudes dos dirigentes. O interesse predominante é a obtenção do diploma para poder exercer a profissão. A análise do tema *Ideologia e Status* nos traz alguma indicação desta afirmação: *"Alunos que co-*

nhecem a proposta, geralmente são a favor. Mas a minoria que conhece, a maioria é completamente leiga e tem até resistência, não ao movimento mas a conhecê-lo, as coisas do DA". A alienação é evidente e em parte devida à origem da classe social : "só entra quem estudou em um bom colégio, quem tem dinheiro, ele já entra sabendo o médico que quer ser, agente forma não se informa e o modelo de médico de sucesso é o médico de hospital privado"

No item de análise *Paradigma x Participação x Transformação* em uma das citações se ventila a despolitização como causa do desinteresse na participação : *"nós temos que falar da educação do Brasil desde o 1º grau, que faz tudo para te "despolitizar" completamente, para te tornar maleável. Então a "galera" não está nem aí".*

O currículo formal pouco interessa já que a maioria das disciplinas é considerada como desnecessária. Desde cedo, a partir do 3º período os alunos procuram hospitais de parentes e/ou amigos e exercitam um currículo paralelo que os faça aprender a especialidade à qual já foi previamente induzido a trilhar. A análise do tema Ética e Ensino Médico contém uma citação neste sentido: *"No terceiro período eles já começam a dar plantões, não têm mais tempo, ficam alienados, o manejo do tempo é uma preocupação muito grande, e todo esse processo exige tempo"* O mercado de trabalho é um dos condicionantes a essa busca incessante por uma especialização precoce.

A busca do status social, da inserção no mercado de trabalho e o poder de consumir, do rótulo de doutor são simbolismos presentes e almejados por todos em maior ou menor grau.

Pelo que nós podemos vislumbrar há uma conjunção de múltiplas instâncias de caráter instituídas que tendem a predominar sobre as instituintes neutralizando, retardando e em alguns casos inviabilizando as tentativas de mudança. Não seria possível estabelecer uma causa ou um determinante até porque acreditamos que a análise insti-

tucional deve ser multidimensional, dialética e complexa assim como é a realidade social.

Nos últimos 24 anos estivemos atuando na saúde pública brasileira nos níveis federal, estadual e municipal. Nos últimos 05 anos estivemos temos desenvolvido atividades de ensino na graduação e pós-graduação (supervisor de residência e monitor de cursos de especialização) e cada vez temos nos preocupado com a repetitividade dos métodos e práticas gerenciais.

A administração pública ainda adota posturas dignas de uma filosofia Taylorista. Os discursos são “modernos”, democratas, falam em participação, porém, no máximo conseguem um processo participativo de gestão. Ministramos aulas de Planejamento Estratégico à luz da teoria situacional de Carlos Matus. Porém a cada dia vemos o quanto estamos distantes da aplicação sistemática do método matusiano nas nossas organizações do setor saúde.

Urge a introdução, na FCM e no ICB, de um processo gerencial descentralizado e flexível que faça dos seus órgãos colegiados fóruns legítimos e atuantes, com poder decisório.

Ainda como recomendações sugerimos que a FCM e o ICB invistam profissionalmente num processo de comunicação interna mobilizando e incentivando professores e alunos a participarem do processo de mudanças iniciado nos últimos 06 meses.

A capacitação profissional dos professores em métodos pedagógicos é outra iniciativa fundamental para permitir que os alunos participem como agentes ativos do processo de geração do conhecimento. Capacitados a pensar pedagogicamente poderão desenvolver propostas locais de transformação com mais aderência às peculiaridades locais substituindo as soluções de fora que geram estranheza e resistência.

Por fim sugerimos a instituição de um monitoramento externo para que o pro-

cesso instituinte não se transforme precocemente num processo instituído e se torne burocratizado antes do tempo.

BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, J. L. **CINAEM - Avaliação e Transformação das Escolas Médicas Brasileiras**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- BARBIER, R. **Pesquisa Ação na instituição educativa**. Zahar, Rio de Janeiro, 1977/85.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica** - Rio de Janeiro; edições Graal, 1982.
- BARROS, E. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996.
- BELTRÃO, A. B. **A Situação dos Profissionais Médicos e seu Mercado de Trabalho no Estado de Pernambuco**, 2000. Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- BOTTOMORE, T. **História da Análise Sociológica**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1978.
- BOUDON, R. **Dicionário Crítico de Sociologia**, Editora Ática, São Paulo, 1987.
- CINAEM. **Projeto CINAEM - III FASE: Transformando a educação médica brasileira**, 1998 (mimeo).
- DONNANGELO, M. G. F – **Medicina e Sociedade : o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975
- ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- FERNANDES, F. **Simmel**, São Paulo, Editora Ática, 1983.
- FOUCAULT, M. **La crises de la Medicina a la crise de la antimedicina**, 1976.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**, 4ª edição, 1994, Editora: Forense Universitária.

FREUND, J. **Sociologia de Max Weber**, Editora Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1987

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo. Perspectiva, 1987.

LEFEBVRE, Henri - **Lógica Formal/Lógica Dialética**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 4. ed. Rio Janeiro, Civilização Brasileira, 1987.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LUZ, M.T. **Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" – Anos 80**. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. Vol I, Número 1, 1991.

MACHADO, M. H. (org). **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**, editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1995, in: Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico

MACHADO, M. H (Coordenadora) . **Os Médicos no Brasil – Um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997

MATOS, A.G. **A Intervenção Sociológica**. Recife, 1999 (mimeo).

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. Editora HUCITEC: São Paulo, 1996.

MERHY, E.E. **Construindo uma cartografia da escola médica e pensando nós críticos para a gestão da mudança**. São Paulo .Unicamp,1999 (mimeo).

MERHY, E.E **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde São Paulo** .Unicamp,1999 (mimeo).

MERHY, E.E **Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica**. São Paulo Unicamp,1999 (mimeo).

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Editora HUCITEC-ABRACO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avançando para a Municipalização Plena da Saúde - O que cabe ao Município**, 1992. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família - Construindo um novo modelo**. Secretaria de Assistência à Saúde, 1996. (mimeo).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorganização dos Serviços de Saúde**, 1998. (mimeo).

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Instituto Piaget. Lisboa, 1995.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. - Natal: EDUFRN - Editora da UFRN, 1999.

NUNES, E.D. **Sobre a Sociologia da Saúde**. Editora HUCITEC. São Paulo, 1999.

ÖELZE, B. , SOUZA, J. **Simmel e a Modernidade**, Editora UNB, Brasília, 1998.

PAGÉS, M. **O poder das organizações**. Atlas, 1987.

PAIM, J. S. **Determinantes da Situação de Saúde no Brasil a partir da República**. in: Saúde Coletiva – Textos Didáticos. Centro Editorial e Didático – UFBA, 1982.

PASSERON, J. **O Raciocínio Sociológico**. Editora Vozes, Petrópolis, 1995.

ROSA, Alice Reis, **Entrevista. Boletim da ABEM**, v. XXIX, nº 1, jan./fev. Rio de Janeiro, (2001).

SCHRAIBER, L. **Educação Médica e Capitalismo**. Hucitec-Abrasco, 1989.

TESTA, M. **Saber em salud: la construcción del conocimiento**. Centro de estudios sanitários y sociales: Buenos Aires, 1994. Pg. 190 (mimeo).

TESTA, M. **Análises de Instituciones Hipercomplejas**. , editora Hucitec, São Paulo, 2002 in: Agir em Saúde: um desafio para o público.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. **Curso Médico da UPE – Proposta para**

Reformulação Curricular. 2001. (mimeo).

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS. **Projeto Político Pedagógico.** 2002. (mimeo).

ANEXOS**Anexo I**

**Número de professores por departamentos e disciplinas da
Faculdade de Ciências Médicas - 2000.**

DEPARTAMEN- TO	DISCIPLINA	Nº PROFESSORES / CARGA HORÁRIA				
		10 h	20 h	30 h	40h	TOTAL
Medicina Cirúrgica	B.T.C.A	---	8	---	2	10
	Abdominal	---	4	---	4	8
	Torácica	---	3	---	2	5
	Mastologia	---	2	---	---	2
	Neuro-Cirurgia	---	1	---	---	1
	Oftalmologia	---	3	---	---	3
	Otorrinolaringo-	---	4	1	---	5
	Ortopedia / Trau-	1	4	---	---	5
	Urologia	---	1	---	5	6
	SUB-TOTAL	1	30	1	13	45
Medicina Clínica	Clínica Médica	---	2	---	5	7
	Anatomia Patoló-	---	1	---	8	9
	Cancerologia	---	---	---	2	2
	Cardiologia	---	1	---	5	6
	Endocrinologia	1	2	---	1	4
	Dermatologia	---	2	---	4	6
	D. Infecciosas e	---	2	---	5	7

DEPARTAMENTO	DISCIPLINA					
		10 h	20 h	30 h	40h	TOTAL
Medicina Clínica (Continuação)	Hematologia	---	1	---	4	5
	Gastroenterologia	---	5	---	3	8
	Nefrologia	---	3	1	---	4
	Neurologia	2	3	---	3	8
	Pneumologia	---	5	---	1	6
	Propedêutica	---	3	---	2	5
	Psiquiatria	1	2	---	5	8
	Terapêutica	---	4	---	1	5
	SUB-TOTAL	4	36	1	49	90
Medicina Infantil	Pediatria	---	3	---	7	10
	Puericultura	---	5	---	11	16
	Toginecologia	---	4	1	12	17
	SUB-TOTAL	---	12	1	30	43
Medicina Social	Medicina Preventiva I	---	5	---	5	10
	Medicina Preventiva II	---	3	---	3	6
	Deontologia	---	1	---	---	1
	Medicina Legal	---	---	---	2	2
	SUB-TOTAL	---	9	---	10	19
	TOTAL GERAL	5	87	3	102	197

Fonte: Coordenação de Graduação da FCM.

Anexo II

Nº DE ALUNOS MATRICULADOS NA FCM POR PERÍODO em 1999.

PERÍODO	SEMESTRE		TOTAL
	1º	2º	
5º	66	81	147
6º	82	65	147
7º	73	87	160
8º	78	78	156
9º	80	67	147
10º	71	77	148
11º	70	74	144
12º	74	72	146
Total	594	601	1.195

Fonte: Coordenação de Graduação da FCM

Anexo III

Quantitativo de alunos matriculados, por curso e período, no ICB/UPE,

2º Semestre/99

CURSO	PERÍODO	Nº DE ALUNOS
Medicina	1º	80
	2º	97
	3º	66
	4º	75
SUB-TOTAL 1		318
Odontologia	1º	55
	2º	54
	3º	52
SUB-TOTAL 2		161
Enfermagem	1º	65
	2º	64
	3º	55
SUB-TOTAL 3		184
Educação Física	1º	50
	Alunos Especiais	06
SUBT-TOTAL 4		56
TOTAL GERAL		719

Fonte: Secretaria acadêmica do ICB/UPE.

Anexo IV

Demonstrativo do número de professores ICB por Departamento e carga horária 1999.

DEPARTAMENTO	DISCIPLINA	Nº PROFESSORES				
		10 h	20 h	30 h	40h	TOTAL
Ciências Morfológicas	Anatomia Humana	-	2	-	1	3
	Histologi-	-	1	-	5	6
	Anatomia Geral	-	1	-	1	2
	Anatomia Cab.	-	-	-	4	4
	Sub-Total	-	4	-	11	15
Biologia	Citologi-	-	-	-	3	3
	Genética/Biologia	-	1	1	1	3
	Genética	-	-	-	1	1
	Citologia	-	1	-	-	1
	Sub-Total	-	2	1	5	8
Ciências Fisiológicas	Fisiologia	-	2	-	3	5
	Bioquímica	-	1	-	5	6
	Farmacologia	-	2	-	3	5
	Biofísica	-	-	-	1	1
	À disposição	-	-	-	-	2
	Sub-Total	-	5	-	12	17
Patologia	Parasitologia	-	2	-	6	8
	Microbiologia	-	1	-	4	5
	Bio-estatística	-	-	-	3	
	PPG ¹⁶	-	-	-	5	5
	Sub-Total	-	3	-	18	21
	Total		14	01	46	61

Fonte: Instituto de Ciências Biológicas da UPE.

¹⁶ Programa de pós-graduação.

ANEXO V

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

QUESTÕES APLICADAS A INFORMANTES QUALIFICADOS

- 1 – Como você vê o processo de mudança do ensino médico que está na nossa agenda há pelo menos 30 anos, e o processo de avaliação da CINAEM nos últimos 10 anos ?
- 2 – Como você se vê nesse processo ?
- 3 – Como você o processo na nossa Faculdade ?
- 4 – Qual a sua trajetória, os seus fazeres e saberes? Um pouco da sua história.

QUESTÕES APLICADAS A PROFESSORES E ALUNOS DA FCM E ICB

- 1 – Você conhece algum movimento organizado para melhoria do Ensino Médico na FCM/ICB ?
 - 1.1 – Qual é esse movimento ?
 - 1.2 – Como é que esse movimento atua ?
 - 1.3 – Qual o grau de profundidade das mudanças efetuadas por esse movimento ?
- 2 – Você conhece o CINAEM ?
 - 2.1 – Sabe qual a proposta de processo/conteúdo ?
 - 2.2 – Você concorda ou discorda desse movimento ?
 - 2.3 – Você tem alguma participação nesse movimento ?
- 3 – Você conhece o NUDEM ?
 - 3.1 – Sabe qual a proposta de processo/conteúdo ?
 - 3.2 – Você concorda ou discorda desse núcleo ?
 - 3.3 – Você tem alguma participação nesse núcleo ?
- 4 – Qual a participação, o interesse ou a resistência a esses movimentos por parte dos: professores da FCM e do ICB, alunos da FCM e do ICB, e porque ?

- 5 – Quais as instâncias (Diretoria, Departamentos, Coordenações, Disciplinas, DA, etc.) que mais estão trabalhando para o aperfeiçoamento do ensino na FCM e no ICB ?
- 6 – Qual o nível de autonomia e de controle da FCM/ICB sobre o que os professores fazem nas suas disciplinas ?
- 7 – Em que os instrumentos de avaliação do ensino, por exemplo: seminários, provas escritas e orais ou monografias, que vem sendo adotados, tem contribuído para o aperfeiçoamento do ensino médico ?
- 8 – Outras atividades profissionais dos professores, por exemplo: consultórios, plantões, outras atividades externas, tem contribuído positiva ou negativamente para o desenvolvimento do ensino médico na FCM e ICB ? e como ?
- 9 – Quais os instrumentos utilizados regularmente para avaliação do desempenho dos professores, na FCM/ICB ?
- 10 – Quem é que tem efetivamente poder (alunos, professores, coordenações, conselhos, DA, grupos informais) para realizar ou impedir o processo de mudança na FCM/ICB ?
- 11 – Quem não tem esse poder de realizar ou impedir o processo de mudança na FCM/ICB ?
- 12 – Qual é a imagem da qualidade da FCM/ICB no setor saúde ?
- 13 – Na sua percepção, qual a ênfase principal do ensino médico na FCM/ICB: a saúde, a doença, a economia ou a tecnologia do sistema de saúde ?

ANEXO VI- (EXEMPLO)

SUB-TEMAS E GRUPOS DE CONCEITOS

PODER MÉDICO (PM) - ENSINO MÉDICO x MERCADO (EMM) - RESISTÊNCIA À MUDANÇA (RM) - CENTRALIZAÇÃO PODER /AUTORITARISMO (CPA) - OMISSÃO / DESINTERESSE (OMD) - DEMOCRACIA/CIDADANIA (DM) - PARTICIPAÇÃO (PAR) BUROCRACIA/ORGANIZAÇÃO (BUR) - MODERNO/ANTIGO (MODA) - RESPEITO/QUALIDADE PROFISSIONAL (RQP) - STATUS PROFESSOR (SP) - MUDANÇA (MUD) – MÉDICO X PROFESSOR (MP) – INFORMAÇÃO/CONHECIMENTO (COM)

TEMAS	COMPONENTES	FALAS	ENTR.	FALAS	ENTR.
BUR	Autoavaliação			A primeira e segunda fase da CINAEM quando se conseguiu avaliar, o estado das escolas também foi muito importante por que se fez um espelho e viu o defeito da sua escola.	7 § 31
		Então esse processo nacional que foi, digamos assim, iniciado pela ABEM através do seu presidente Prof. Benedictus Philadelphus de Siqueira na época que procurou o CFM e começou a dialogar sobre a necessidade da auto-avaliação das escolas médicas com vistas à transformação. Essa, essa conversa inicial, é foi, digamos assim, o , constituiu o, posso dizer, a pedra fundamental da CINAEM.	2 § 5		
		Esse questionário, ele de alguma maneira foi, encaminhado às diversas faculdades pela CIN AEM sem uma discussão prévia com os atores a serem avaliados, o que foi uma crítica, inclusive da nossa escola porque nós estávamos na época assumindo a diretoria da FCM e como parte do nosso projeto para a comunidade da FCM , como parte das nossas propostas, uma delas era uma autoavaliação do curso,	2 § 10		
				o questionário tinha sido encaminhado às diversas escolas para desencadear o processo de avaliação porque havia um receio dos órgãos representativos da classe médica e das escolas médicas de que o MS começasse uma avaliação externa em cima das faculdades, - AMEACAS DE FORA – p 13	2 § 14
		E é por conta disso, eles se apressaram em iniciar um processo de auto avaliação para mostrar, já temos aqui um processo em andamento,	2 § 15		
		Mas independentemente da questão de nós estarmos já, eh, iniciando um processo de avaliação na escola, como eu mencionei o da nossa auto avaliação que foi a preparação de um documento que aplicado, eh, semestralmente aos alunos na hora da matrícula, eh, como, isso, uma coincidência com esse documento,	2 § 30		
		Então, na realidade, houve uma participação na, na elaboração dessas respostas, houve uma participação que não foi digamos assim muito grande dos grupos,não é,	2 § 31		

ANEXO VII

CONCEITOS, SUB-TEMAS e QUANTIDADE DE CITAÇÕES

<i>SUB-TEMAS</i>	CONCEITOS	CITAÇÕES
<i>PODER MÉDICO (PM)</i>	poder efetivo p/ mudar	21
	não tem poder p/ mudar	4
	articulação	2
	instituição ensino médico	5
	perda / ganho espaço	3
	relação médico paciente impositiva	1
	saber popular x saber científico	1
	jogo de poder	3
	autonomia professor x controle faculdade	22
	TOTAL	62
<i>ENSINO MÉDICO x MERCADO (EMM)</i>	generalista x especialista	7
	mercado trabalho x sistema saúde x formação	9
	modelo profissional x políticas públicas	2
	sistema saúde x formação	3
	TOTAL	21
<i>CENTRALIZAÇÃO PODER / AUTORITARISMO / INFORMAÇÃO / CO- NHECIMENTO / COMUNICAÇÃO (CPA/COM)</i>	desinformação / desconhecimento	15
	conteúdo CINAEM	8
	conteúdo NUDEM,	3
	atitude autoritária	2
	mudança autoritária / burocrática	3
	resposta ameaças de fora,	5
	TOTAL	39

DEMOCRACIA / CIDADANIA / ÉTICA (DM)	atitude antidemocrática	3
	representatividade falsa	1
	insatisfação de todos	1
	avaliação direção democrática	1
	cidadania pressiona mudança inevitável	2
	democratização interna	8
	identificação / integração comunidade	2
	pacto político	2
	permeabilidade à sociedade	2
	tecnologia x humanismo	2
	vontade individual x vontade coletiva	2
	Individualismo = sua especialidade	1
	problemas pessoais = meus problemas	1
	ensino x qualidade x ética	3
	ética profissional médico	1
	TOTAL	32
ORGANIZAÇÃO / BUROCRACIA (BUR)	Avaliações	38
	pressão máquina	2
	mudanças alcançadas	2
	organização(NUDEM)	11
	mudança curricular	1
	reajuste permanente	1
	Desintegração / dissociação disciplinas	4
	concordância conteúdo CINAEM	1
	porque concorda conteúdo CINAEM	5
	concordância conteúdo NUDEM	3
	diretrizes curriculares	4
	participação ABEM	6
	participação CINAEM	2

	relação aluno / disciplina	4
	fragmentação do ensino	1
	gerar conhecimentos = missão universidade	1
	pedagogia x currículo x saberes	10
	metodologias novas = eficiência serviços saúde	1
	modelo segmentado	1
	incompetência pedagógica professor	3
	TOTAL	101
OMISSÃO / DESINTERESSE / RESISTÊNCIA À MUDANÇA/ PARTICIPAÇÃO (OMD/RM/ PAR)	desinteresse em participar	1
	imobilismo omissão	3
	indiferença alunos	1
	indiferença x alianças	3
	envolvimento professores e alunos	40
	participação outros atores	3
	processo de mudança x participação	5
	participação x não participação	4
	TOTAL	60
MODERNO / ANTIGO / CONSERVADORISMO / PARADIGMA (MODA)	currículo antigo	2
	imobilismo curricular e de conteúdo	3
	modelo pedagógico conservador	2
	rotina metodológica e pedagógica	1
	grupos (novos e velhos)	1
	TOTAL	9
RESPEITO / QUALIDADE PROFISSIONAL / STATUS PROFESSOR / IDEOLOGIA	hospital mal administrado	1
	competência profissional	2
	elite / status social	4

(RQP)	Ensino = prestígio / reconhecimento / técnicas fragmentadas	2
	maioria boas notas e diploma	2
	ideologia / classe social	4
	ideologia grupos	11
	ideologia x política	4
	professor médico x não médico	2
	interesse de grupos satisfeitos = pra que mudar	1
	imagem qualidade FCM	19
	qualidade profissional	5
	status / prestígio	1
	TOTAL	58
MUDANÇAS / TRANSFORMAÇÕES (MUD)	necessidade de mudança	6
	professor estímulo à inquietação	1
	mudanças pequenas = grandes	3
	processo contínuo mudança	2
	mudança x compromisso social	3
	procurar transformar	1
	aprendizado gradual estudantes	1
	lentidão nas mudanças	11
	mudança x não mudança= melhor x pior	2
	TOTAL	30
MÉDICO X PROFESSOR (MP)	ensino x consultório	46
	médico x professor	3
	médico distante realidade se proteger	1
	TOTAL	50
CONCEPÇÃO RESTRITA DE SAÚDE / PARADIGMA (CRS)	ênfase ensino médico = doença,	20

ANEXO VIII

TEMAS , CONCEITOS E QUANTIDADE DE CITAÇÕES - 2

TEMAS	CONCEITOS	CITAÇÕES
ENSINO MÉDICO E PODER (PM) (MÉDICO X PROFESSOR (MP))	poder efetivo p/ mudar	21
	não tem poder p/ mudar	4
	articulação	2
	instituição ensino médico	5
	perda / ganho espaço	3
	relação médico paciente impositiva	1
	saber popular x saber científico	1
	jogo de poder	3
	autonomia professor x controle faculdade	22
	ensino x consultório	46
	médico x professor	3
	médico distante realidade se proteger	1
	TOTAL	112
DEMOCRACIA(DM) (CENTRALIZAÇÃO PODER / AUTORITARISMO / INFORMAÇÃO / CONHECIMENTO / COMUNICAÇÃO (CPA/COM))	atitude antidemocrática	3
	representatividade falsa	1
	insatisfação de todos	1
	avaliação direção democrática	1
	cidadania pressiona mudança inevitável	2
	democratização interna	8
	identificação / integração comunidade	2
	pacto político	2
	permeabilidade à sociedade	2
	tecnologia x humanismo	2
	vontade individual x vontade coletiva	2
	Individualismo = sua especialidade	1
	problemas pessoais = meus problemas	1
	ensino x qualidade x ética	3
	ética profissional médico	1
	desinformação / desconhecimento	15

	conteúdo CINAEM	8
	conteúdo NUDEM,	3
	adiamento mudança currículo	3
	atitude autoritária	2
	mudança autoritária / burocrática	3
	resposta ameaças de fora,	5
	TOTAL	71
IDEOLOGIA E STATUS PROFISSIONAL (RESPEITO / QUALIDADE PROFISSIONAL (RQP))	hospital mal administrado	1
	competência profissional	2
	elite / status social	4
	Ensino = prestígio / reconhecimento / técnicas fragmentadas	2
	maioria boas notas e diploma	2
	ideologia / classe social	4
	ideologia grupos	11
	ideologia x política	4
	professor médico x não médico	2
	interesse de grupos satisfeitos =pra que mudar	1
	imagem qualidade FCM	19
	qualidade profissional	5
	status / prestígio	1
	TOTAL	58
ÉTICA E ENSINO MÉDICO (ORGANIZAÇÃO x / BUROCRACIA (BUR) MERCADO (EMM))	Avaliações	38
	pressão máquina	2
	mudanças alcançadas	2
	organização(NUDEM)	11
	mudança curricular	1
	reajuste permanente	1
	desintegração / dissociação disciplinas	4
	concordância conteúdo CINAEM	1
	porque concorda conteúdo CINAEM	5
	concordância conteúdo NUDEM	3

	diretrizes curriculares	4
	participação ABEM	6
	participação CINAEM	2
	relação aluno / disciplina	4
	fragmentação do ensino	1
	gerar conhecimentos = missão universidade	1
	pedagogia x currículo x saberes	10
	metodologias novas = eficiência serviços saúde	1
	modelo segmentado	1
	incompetência pedagógica professor	3
	generalista x especialista	7
	mercado trabalho x sistema saúde x formação	9
	modelo profissional x políticas públicas	2
	sistema saúde x formação	3
	TOTAL	122

PARADIGMA x TRANSFORMAÇÕES x PARTICIPAÇÃO <i>(OMISSÃO / DESINTERESSE / RESISTÊNCIA À MUDANÇA/ (OMD/RM/ PAR) / MUDANÇAS / (MUD) MODERNO / ANTIGO / CONSERVADORISMO / PARADIGMA (MODA) CONCEPÇÃO RESTRITA DE SAÚDE / (CRS))</i>	desinteresse em participar	1
	imobilismo omissão	3
	indiferença alunos	1
	indiferença x alianças	3
	envolvimento professores e alunos	40
	participação outros atores	3
	processo de mudança x participação	5
	participação x não participação	4
	necessidade de mudança	6
	professor estímulo à inquietação	1
	mudanças pequenas = grandes	3
	processo contínuo mudança	2
	mudança x compromisso social	3
	procurar transformar	1
	aprendizado gradual estudantes	1

	lentidão nas mudanças	11
	mudança x não mudança= melhor x pior	2
	currículo antigo	2
	imobilismo curricular e de conteúdo	3
	modelo pedagógico conservador	2
	rotina metodológica e pedagógica	1
	grupos (novos e velhos)	1
	ênfase ensino médico = doença,	20
	TOTAL	119