



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS
PARA A FORMAÇÃO MÉDICA:
uma análise do Programa Mais Médicos**

DOUTORADO

Maria Claudia Souza Matias

**Florianópolis
2017**

Maria Claudia Souza Matias

**O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS
PARA A FORMAÇÃO MÉDICA:**
uma análise do Programa Mais Médicos

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Verdi

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirelle Finkler

Linha de Pesquisa: Bioética

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Matias, Maria Claudia Souza

O desafio ético-estético-político do SUS para a formação médica : uma análise do Programa Mais Médicos / Maria Claudia Souza Matias ; orientadora, Marta Verdi, coorientadora, Mirelle Finkler, 2017. 190 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Programa Mais Médicos. 3. Educação médica. 4. Formação profissional em saúde. 5. Atenção primária à saúde. I. Verdi, Marta. II. Finkler, Mirelle. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Maria Cláudia Souza Matias

**O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS PARA A
FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA MAIS
MÉDICOS.**


Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 04 de dezembro de 2017.

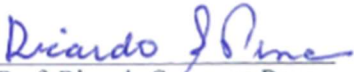


Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
• Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



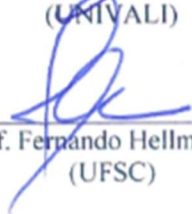
Prof. Marta Inez Machado Verdi,
Dra. (Orientador)



Prof. Ricardo Sparapan Pena,
Dr. (UFF)



Prof. Marco Aurelio Da Ros, Dr.
(UNIVALI)



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
(UFSC)

Ao meu pai (em memória), e a minha
mãe, por serem tão diferentes e
justamente por isso terem feito tanta
diferença na minha vida.

À minha filha Beatriz, pelo tanto que
me inspirou a trocar a necessidade de
respostas pela ânsia de formular boas
perguntas.

AGRADECIMENTOS

Tenho certeza de que se lutássemos só por nós, já teríamos desistido, por desânimo, frouxidão e estafa física, mental e moral. O que nos mantém alertas, de pé e em estado permanente de luta, é o peso de ter consciência de que lutamos por nós e, solidariamente, pelos muitos que ainda não sabem ou não podem lutar, desta e de gerações futuras.

Gilson Carvalho

Aos companheiros de jornada:

A minha querida orientadora, professora Marta Verdi, por todo o apoio e inspiração ao longo desses 9 anos de convívio e produtiva parceria. Marta, você é uma inspiração em muitos sentidos para mim!

À minha co-orientadora, Prof^a. Mirelle Finkler, pela delicadeza e disponibilidade nas orientações. Mirelle, você recheia de afeto e de ética a palavra competência.

Aos queridos membros da banca: Marcão, Ricardo, Fernando, Carlos e Douglas, nem nos meus melhores sonhos eu imaginei que poderia ter pessoas tão significativas para mim nesse momento marcante. Vocês foram presentes ao longo dessa jornada. Que bom encontrá-los no final!

A minha mãe, Edilia Costa de Souza, por ser a pessoa solidária e disponível que me ensinou a sempre buscar o melhor no outro. Minha gratidão eterna pelo apoio a cada ano dessa jornada. Sem você nada disso teria acontecido.

A minha doce e cuidadosa filha Beatriz, minha gratidão e orgulho imenso por ser tua mãe. Fico feliz de ter escrito justamente sobre a profissão que tens desejo de abraçar. Meu amor, te desejo uma caminhada luminosa na saúde!

Ao meu saudoso pai, Pedro Matias, já falecido, que com certeza continua torcendo por mim, de onde estiver. Obrigada por ter me ensinado que trabalhar pode ser um grande prazer!

Ao Fernando, por todo o apoio e carinho nesses 19 meses de convivência. Tua torcida, fé em mim e apoio foram fundamentais para conseguir concluir essa jornada.

Ao meu querido irmão Volnei, presença ética e amorosa mesmo à distância, com quem eternamente vou aprender sobre gentileza e generosidade.

Aos meus queridos amigos do NUPEBISC, companheiros amorosos e solidários ao longo desses 9 anos de caminhada e diálogo entre a Bioética e a saúde coletiva;

Aos amigos do Doutorandos Anônimos, Fernando, Érica, Liane e Ana, nossos papos deram um lindo sentido coletivo ao trabalho de pensar a tese. Obrigado queridos!!!

Aos meus queridos amigos da Política Nacional de Humanização, vocês estão em cada vírgula dessa tese. Obrigada pela experimentação da potência do trabalho coletivo!! Pessoal da Câmara Técnica de Formação e Pesquisa, vocês serão sempre bárbaros!

Aos meus amigos espalhados pelo Brasil, que me ensinaram que um bom encontro não tem quilometragem....

A minha querida amiga Célia, por apostar em mim em tantos momentos diferentes... Nunca vou esquecer que você me apresentou a PNH...

Ao Fabio, por ter mostrado que parceria e amizade são tesouros que a gente pode cuidar de vários modos diferentes. Obrigado pelo constante apoio!

Aos queridos amigos de Blumenau, Miriam, Marcinha, Mari, Marli, Pat, Tati, Silvia, Raquel, Rosa, Ale, Martinus, Patricia, Kellen, vocês fizeram com que fosse possível criar laços de afeto e aprender a gostar dessa cidade. Obrigado pela paciência com a amiga que vive com o pé na estrada...

E por fim, com todo o carinho do mundo, um obrigado a todos os participantes de pesquisa que me receberam com tanta vontade de contribuir. Vocês conseguiram me fazer acreditar que a medicina pode ser “a mais humana das ciências”.

E a todos e todas usuários(as) do SUS, por quem continuaremos lutando, solidariamente!

RESUMO

As recentes iniciativas de mudança da formação médica, propostas a partir do eixo formação do Programa Mais Médicos (PMM) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), têm contribuído para estreitar a relação entre formação e necessidades de saúde da população e do SUS, buscando preparar o futuro profissional para atuar com efetividade junto às situações de saúde mais frequentes. Neste estudo, buscou-se mapear as forças intervenientes no processo de implantação dos novos cursos de medicina, construídos a partir da proposta de ampliação e mudança da formação médica, colocada pelo PMM. Buscou-se observar também os efeitos dessas forças sobre as práticas de formação e sobre os sujeitos que as vivenciam. Adotou-se uma abordagem qualitativa de pesquisa, fundamentada no método cartográfico e o campo de investigação escolhido foi o processo de criação e desenvolvimento de dois novos cursos, nas regiões Sul e Nordeste do país. Utilizando a prática cartográfica e entrevistas com docentes, discentes e técnicos envolvidos no desenvolvimento desses cursos, foram construídas narrativas que permitiram acompanhar os processos e movimentos que vêm buscando aproximar a formação médica dos desafios colocados pelo Sistema Único de Saúde. Os resultados encontrados mostraram que, nas instituições pesquisadas, os movimentos pela mudança dessa formação são atravessados por forças do instituído, aquelas que estabilizam as práticas histórica e socialmente construídas, e forças instituintes, que desestabilizam e trazem mudança aos modos de fazer, de pensar e de produzir subjetividades. Entre as forças do instituído, algumas têm se configurado como expressões do conservadorismo, por sua fixidez e impermeabilidade aos movimentos de mudança. Entre estas, destacam-se a influência do modelo biomédico, as forças relativas ao mercado de trabalho médico e os movimentos políticos em curso no cenário nacional, que vêm polarizando e acirrando posicionamentos políticos entre a população. Também compõem o jogo de forças aqueles movimentos instituintes, que buscam desestabilizar o conservadorismo, como os empreendidos pelo SUS e pelo campo da saúde coletiva, os movimentos organizados de estudantes e docentes pela mudança na formação médica e os movimentos da Medicina de Família e Comunidade de apoiar a construção de uma formação focada em um perfil generalista desse profissional. Algumas dessas estratégias político-pedagógicas criadas e experimentadas nos cursos têm mostrado potência intercessora, trazendo novos sentidos para a compreensão do processo saúde-doença-atenção e

produzindo entre os estudantes, subjetividades protagonistas quanto à própria formação e quanto à disposição de participarem na gestão dos cursos. Em resumo, a configuração do PMM parece operar como dispositivo de interferência na formação médica quando associada a um contexto grupal de construção coletiva e gestão compartilhada do curso e também a práticas e estratégias pedagógicas que coloquem a perspectiva da produção sócio histórica não só para a compreensão do processo saúde-doença-atenção, mas da própria instituição medicina.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Educação Médica. Formação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The Ethical, Aesthetic and Political Challenge of SUS for Medical Training: An Analysis of the Program More Physicians

Recent initiatives to change medical education proposed from the training axis of the More Physicians Program (PMM) and the National Curricular Guidelines (DCN) have contributed to narrow the relationship between training and health needs of the population and SUS, seeking to prepare the professional future to act with the most frequent health situations efficiently. In this study, a qualitative research approach was adopted in which the cartographic method guided the mapping production of intervening forces in the implantation process of new medical courses. It was built from the expansion proposal and medical training change posed by the PMM. It was also sought to observe these forces effects on the training practices and subjects who experienced them. The chosen research field was the creation and development of two new courses, in the South and Northeast regions of the country. By using cartographic practice and interviews with teachers, students, and technicians involved in such courses development, some narratives were built to allow monitoring processes and movements trying to bring medical education closer to the challenges posed by the Unified Health System. The results show that movements to change this training are crossed by instituted forces that stabilize historical and socially constructed practices, and also, establishing powers that destabilize and bring change to the ways of doing, thinking and producing subjectivities. Some instituted forces have been configured as expressions of conservatism by their persistence and impermeability to changing movements. It is possible to highlight the biomedical model influence, forces related to the medical labor market and the ongoing political movements in the national scenario, which have polarized and intensified political positions among the population. The set of forces are also composed of instituting movements that seek to destabilize conservatism such as those undertaken by the SUS and collective health field, actions organized by students and teachers to change the medical training and movements of Family Medicine and Community to support the construction of a practice focused on a generalist profile of the professional. Some of these political-pedagogical strategies created and experienced in the courses have shown intercessory power, bringing new meanings to the health-illness-attention process understanding and producing, between the students, protagonist

subjectivities regarding their training and willingness to participate in the management of courses. In summary, the PMM configuration seems to operate as an interference device in medical training when associated with a group context of collective construction and shared management of the course, and also, with pedagogical practices and strategies that place the perspective of socio-historical production not only to the understanding of health-disease-care process, but also the medical institution.

Keywords: Program More Physicians, Medical Education, Health Professional Training, Primary Health Care, Unique Health System *Sistema*.

RESUMEN

El Desafío Ético, Estético y Político del SUS para la Formación Médica: Un Análisis del Programa Más Médicos

Las recientes iniciativas de cambios en la formación médica propuestas a partir del eje de formación del Programa Más Médicos (PMM) y de las Directrices Curriculares Nacionales (DCN) han contribuido para estrechar la relación entre la formación y las necesidades de salud de la población y del SUS, buscando preparar el futuro profesional para actuar con efectividad junto a las situaciones de salud más frecuentes. En este estudio se realizó un abordaje cualitativo de investigación en que el método cartográfico orientó la producción de un levantamiento de las fuerzas intervinientes en el proceso de implantación de los nuevos cursos de medicina construidos a partir de la propuesta de ampliación y cambio de la formación médica colocada por el PMM. Se buscó observar, también, los efectos de esas fuerzas sobre las prácticas de formación y sobre los sujetos que las vivencian. El campo de investigación elegido fue el proceso de creación y desarrollo de dos nuevos cursos en las regiones Sur y Noreste del país. Utilizando la práctica cartográfica y las entrevistas con docentes, discentes y técnicos envueltos con el desarrollo de esos cursos se construyeron narrativas que permitieron acompañar los procesos y movimientos que han estado tratando de aproximar la formación médica a los desafíos colocados por el Sistema Único de Salud. Los resultados encontrados mostraron que los movimientos por el cambio de esa formación son atravesados por fuerzas de lo instituido, aquellas que estabilizan las prácticas históricas y socialmente construidas, y las fuerzas instituyentes que desestabilizan y traen cambios a los modos de hacer, pensar y producir subjetividades. Entre las fuerzas de lo instituido, algunas se han configurado como expresiones del conservadorismo por su firmeza e impermeabilidad a los movimientos de cambio. Entre ellas se destacan la influencia del modelo biomédico, las fuerzas relativas al mercado de trabajo médico y los movimientos políticos en curso en el escenario nacional que han estado polarizando y provocando posicionamientos políticos entre la población. También, componen el juego de fuerzas aquellos movimientos instituyentes que buscan desestabilizar el conservadorismo, como los emprendidos por el SUS y por el campo de la salud colectiva, los movimientos organizados por estudiantes y docentes para el cambio en la formación médica y los movimientos de la Medicina de Familia y Comunidad para apoyar la

construcción de una formación enfocada en un perfil generalista de ese profesional. Algunas de esas estrategias político-pedagógicas creadas y utilizadas en los cursos han mostrado una potencia intercesora, trayendo nuevos sentidos para la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención y produciendo, entre los estudiantes, subjetividades protagonistas sobre la propia formación y en relación a la disposición de participar en la gestión de los cursos. En resumen, la configuración del PMM parece operar como un dispositivo de interferencia en la formación médica cuando es asociada con un contexto grupal de construcción colectiva y una gestión compartida del curso y, también, con las prácticas y estrategias pedagógicas que coloquen la perspectiva de la producción socio-histórica no solo para la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención sino de la propia institución medicina.

Palabras clave: Programa Más Médicos, Educación Médica, Formación Profesional en Salud, Atención Primaria para la Salud, Sistema Único de Salud Sistema.

*“- É preciso correr muito para ficar
no mesmo lugar.
Se você quer chegar a outro lugar,
corra duas vezes mais.”*
(Lewis Carrol, em *Alice no País das
Maravilhas*)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 MARCO CONTEXTUAL	31
2.1 O contexto histórico da formação médica no país.....	31
2.2 A proposta de mais médicos para o país	39
3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	51
3.1 Referenciais teóricos para a análise das políticas de formação médica no país.....	51
3.2 Formar ou transformar: a pluralidade dos modelos envolvidos na formação médica	52
3.3 A Bioética social e a análise moral dos modelos de formação médica.....	67
4 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	75
4.1 O referencial teórico-metodológico: caminhos para correr “duas vezes mais”.....	75
4.2 Cartografia: um método-dispositivo.....	76
4.3 O campo da pesquisa.....	80
4.4 Colheita de dados	84
4.5 Apresentação e discussão dos resultados	87
4.6 Aspectos éticos.....	87
4.7 Cronograma.....	89
4.8 Orçamento	89
5 MANUSCRITO 1 - SOBRE INSTITUINTES E INSTITUÍDOS NA FORMAÇÃO MÉDICA: uma cartografia dos movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos	91
6 MANUSCRITO 2 – INVENTIVIDADE E INTERCESSÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: uma cartografia das estratégias político-pedagógicas nos novos cursos de medicina	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICE 1 - Eixos Norteadores do Desenvolvimento da Prática Cartográfica e das Entrevistas	165
APÊNDICE 2 – Termo de Autorização para Realização de Pesquisa	166
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	168
APÊNDICE 4 - Manuscrito “O Programa Mais Médicos no Contexto das Estratégias de Mudança da Formação Médica no País: reflexões e perspectivas”	172

APRESENTAÇÃO

*“Quando acordei hoje de manhã,
eu sabia quem eu era,
mas acho que já mudei muitas vezes desde
então.”*

(Alice no País das Maravilhas)

Pensar o tema da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um instigante modo de conectar as diversas e complexas necessidades e carências que rondam o Sistema. A sustentabilidade da política pública de saúde tem-se articulado ao debate sobre as insuficiências de um modo de formar que dá sinais de exaustão, confrontando-se com desafios cada vez mais complexos, colocados pelo cotidiano dos serviços, pela gestão do Sistema e pela sociedade.

É verdade que hoje os cursos da área da saúde já não são tão distantes da discussão sobre o SUS. Sim, é verdade. Mas, a despeito das estratégias empreendidas para aproximar a formação em saúde das necessidades do Sistema, persistem graves lacunas, que têm efeitos não só sobre a prática profissional, mas também junto a fatores que dão sustentabilidade à política pública de saúde no Brasil, como sua defesa incondicional por parte de seus trabalhadores, gestores e usuários. Assim, entre os vários desafios colocados para o SUS, considero central avançar em uma agenda para a formação que seja crítica e prepositivamente comprometida com a defesa e aprimoramento deste Sistema.

A trajetória como trabalhadora da rede pública de saúde e como pesquisadora do campo Saúde Coletiva me levou a um número cada vez maior de ‘perguntas-incômodos’ sobre este tema, impulsionadoras da vontade de conhecer mais, mas também, de contribuir na reflexão e modulação das respostas já produzidas. O encontro com a Política Nacional de Humanização (PNH), através da atuação como consultora desta Política, representou um desvio particularmente afortunado nesta trajetória, tanto pelo encontro com novos referenciais quanto pela possibilidade de dissociar formação, intervenção nas práticas e produção de conhecimento. Desse encontro, nasceram outras perguntas, inspiradoras do texto desenvolvido no mestrado e depois, coletivamente, em outro estudo, avaliativo, sobre a política de formação utilizada pela PNH em seus cursos sobre o Apoio Institucional.

Pela mesma lente da formação ocorreu a aproximação ao atual e polêmico debate gerado pela implementação do Programa Mais Médicos.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM) foi criado para incidir tanto no problema do déficit do provimento de profissionais para os quadros do SUS, quanto na mudança do modelo de formação médica atual, no que tange a sua capacidade de formar profissionais, em sintonia com o modelo de gestão e de atenção à saúde preconizado pelo Sistema. A polarização de corporações profissionais, movimentos sociais, instituições da saúde e de ensino, e de outros segmentos da sociedade quanto às estratégias de provimento aplicadas pelo Programa fez acirrar um complexo e antigo debate: o da insuficiência de vagas e baixa efetividade da formação médica no que tange às necessidades da Atenção Básica (AB). A intensidade desta discussão instigou-nos acerca das lutas e relações de forças em jogo neste campo. Atualizadas frente à proposta de mudança colocada pelo PMM para a formação médica, elas têm sido condicionantes dos rumos do processo iniciado. Sua relevância para a real transformação desta formação levou-nos a mais uma ‘pergunta-incômodo’:

- Quais as forças e movimentos que, nos novos cursos de Medicina de instituições públicas, estão envolvidos na consolidação de um projeto nacional para a formação médica e quais os efeitos gerados por estas correlações sobre o campo da formação e sobre os sujeitos nele envolvidos?

Com essa pergunta não buscamos produzir respostas totalizantes, mas contribuir para o questionamento sobre esta realidade, entendendo que o que nos produz como sujeitos do conhecimento é nossa capacidade permanente de aprimorar as perguntas e possibilidades de respostas, e não nosso apego a certezas absolutas.

O texto da tese está organizado nos seguintes tópicos: marco contextual, marco conceitual, percurso metodológico, cronograma de pesquisa e referências. A fim de aprofundar a compreensão sobre o tema, iniciada na introdução, o **marco contextual** foi organizado de modo a trazer um panorama sobre a história mais recente da formação médica no Brasil, os modelos de ensino que a estruturaram e as ações desenvolvidas no âmbito governamental voltadas à sua transformação e aproximação às necessidades do SUS, incluindo aí as estratégias de implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Pretende-se discutir as iniciativas de mudança da educação médica que tensionam o modelo de formação, aprofundando a discussão sobre a proposta de mudanças na formação médica colocada pelo PMM.

O tema da formação médica é problematizado nesta tese à luz de alguns referenciais teóricos, a nosso ver adequados para a crítica e reflexão das relações de disputa envolvidas neste campo e que têm

influenciado o modelo de formação predominante nos cursos de graduação em medicina do país. Assim, no **marco conceitual** serão estabelecidos pontos de sustentação conceitual para o uso da expressão *formação médica* em vez de *educação médica*, abordando a discussão desde a perspectiva institucionalista, conectando a discussão sobre formação ao debate sobre o modo como as relações de poder atravessam e geram efeitos sobre este campo, constituindo, via dispositivos de poder, modos específicos de objetivar os sujeitos nele envolvidos, ancorados em autores como Foucault e Deleuze, entre outros.

Buscando fundamentar a problematização acerca das insuficiências da formação médica, neste tópico abordou-se o referencial da Bioética voltado ao campo das problemáticas em Saúde Coletiva, tomando autores como Berlinguer e Garrafa para a sustentação teórica da análise da moralidade das políticas públicas de formação que vêm sendo desenvolvidas.

O tópico **percurso metodológico** tratará do método escolhido para viabilizar este estudo, reunindo argumentos acerca da pertinência do método cartográfico para o objeto de pesquisa em questão. A Cartografia se propõe a mapear processos e movimentos de poder a fim de dar visibilidade às linhas de força e relações que compõem um dispositivo. Com isto, o método coloca-se como estratégia de enfrentamento, a partir da análise e desmontagem, dos dispositivos de poder (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Foram detalhados o campo de pesquisa, as fases e técnicas selecionadas para a produção dos dados, os participantes do estudo, as etapas e modos de análise destes dados bem como os aspectos éticos envolvidos e a aprovação no CEP (Comitê de Ética em Pesquisa). O tópico encerra com as considerações éticas sobre a pesquisa. Ao final, são apresentados o **cronograma** e o orçamento do estudo, encerrando com a relação das referências bibliográficas utilizadas.

Após, são apresentados os resultados e discussão por meio de três manuscritos. Na sequência estão os apêndices e as referências da tese.

1 INTRODUÇÃO

“Aonde fica a saída?
 perguntou Alice ao gato que ria.
 - Depende, respondeu o gato.
 - De quê? replicou Alice.
 - Depende de para onde você quer ir...”
 (Alice no País das Maravilhas)

Embora significativos esforços tenham sido empreendidos nas duas últimas décadas para qualificar a formação para o SUS, práticas educacionais fragilizadoras do modelo de atenção e gestão preconizado pelo Sistema ainda estão presentes em grande parte das ações de formação em saúde. A formação médica, na medida em que vem sendo instigada a se adequar às necessidades do Sistema e de seus usuários, tem alavancado este debate, sendo objeto de grande parte das iniciativas governamentais voltadas à mudança no modelo de formação em saúde. E, é tal a centralidade que a profissão ocupa no campo da saúde que suas experiências de mudança tendem a influenciar outros cursos, fazendo com que as alterações na formação médica sejam um bom campo para o estudo do aprimoramento da formação voltada à atuação profissional no SUS. Se entendermos que a formação faz parte do conjunto de ações passíveis de interferir no desenvolvimento da sociedade em bases fundamentadas no bem-estar coletivo, já temos aí uma razão suficiente para afirmar a necessária aproximação entre a formação médica e o contexto de implementação do SUS. Ao utilizarmos o termo *formação para o SUS* compreendemos que se está tratando do conjunto de temas, estratégias e metodologias de ensino capazes de tornar a formação um dos principais sustentáculos da política pública de saúde do país.

Apesar de todos os esforços empreendidos por grupos vinculados à profissão, como os fóruns de discussão e reflexão promovidos pela Associação Brasileira de Educação Médica e as ações empreendidas pelas políticas governamentais, estes reverberaram bem aquém do esperado, demonstrando a complexidade da mudança desse modelo de formação. Avaliações realizadas nos anos de 1996 a 2003 por entidades e instâncias como a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) explicitaram sérios problemas quanto à efetividade da formação médica. Baixa qualificação do trabalho docente e de investigação, carga horária excessiva, pouca produção de conhecimento científico, dissociação entre

teoria e prática e ciclo básico e clínico, desumanização e descontextualização da prática, incorporação indiscriminada de tecnologias e perpetuação de currículos arcaicos estão entre os principais problemas apontados naqueles anos (PAGLIOSA, DA ROS, 2008; FEUERWERKER, 2002).

As análises sobre as razões que culminaram neste quadro são muitas, entre estas, a adoção do modelo biomédico de formação pela maioria das universidades brasileiras é apontada como causa central. Tal modelo, inspirador da organização dos cursos de medicina no país no século XX, ainda comparece fortemente no cenário atual da formação no país. Centrado na doença, em sua dimensão individual e biológica, foi consolidado por Abraham Flexner a partir do relatório sobre a qualidade da formação médica nos Estados Unidos e no Canadá publicado em 1910.

O Relatório Flexner colocou diretrizes para o ensino de medicina nos EUA que orientaram, e ainda influenciam a formação médica. Tais diretrizes destacam a desejável inserção da escola de medicina a uma universidade com foco na formação, a partir dos estudos das doenças e não da assistência aos doentes. Essa diferença, que pode parecer mínima, funda a base de uma formação que se organizou em torno do domínio da ciência médica, mas não deu a mesma ênfase ao desenvolvimento da capacidade de cuidar das pessoas adoecidas. Ter domínio da ciência médica, nesse contexto, implicava dissociar a dimensão social desse aprendizado, pois estaria fora do escopo da medicina. O Relatório Flexner fez com que a formação médica se voltasse cada vez mais para aspectos biológicos, para a especialização e para a prática hospitalar. A docência, antes ocupada também por clínicos gerais, passou a ser conduzida cada vez mais por especialistas, contribuindo para que no imaginário dos estudantes esse passasse a ser o perfil de profissional bem-sucedido. O ensino centrado em hospitais afastou os estudantes da maioria das doenças que acomete cotidianamente as pessoas, causando um grave desvio na percepção que os futuros médicos terão sobre o processo saúde-doença atenção. A principal experiência do estudante que foca sua prática em hospitais, se dá sobre uma pequena parte das doenças comuns de saúde. E as doenças comuns, estudadas no ambiente hospitalar, estão fora do contexto onde ocorrem, a comunidade, o que prejudica uma adequada compreensão do problema de saúde (CAPRA, 1982).

As recomendações para a formação médica contidas neste relatório fomentaram a aproximação entre a indústria farmacêutica e os grupos responsáveis pelas publicações médicas, fortalecendo a associação entre a corporação médica, o grande capital e as universidades, contribuindo fortemente para impulsionar o movimento de institucionalização da

chamada medicina científica. Entretanto, à medida que este modelo se consolidou, inclusive no Brasil, não incluiu a dimensão social e coletiva do processo saúde-doença, distanciando-se das necessidades da população e da organização do sistema público de saúde. Focado no consumo de equipamentos e medicação, mostrou-se limitado para atender às necessidades da população.

Apesar das iniciativas governamentais associadas à expansão da Atenção Básica terem fomentado experiências contra hegemônicas no campo da formação médica, estas práticas ainda não estão suficientemente consolidadas nas instituições formadoras do país. A formação para a Atenção Básica, que na sua denominação inicial, *primary care*, referia-se aos **cuidados fundamentais** (grifo nosso), foi constituindo-se à sombra do modelo biomédico, perdendo em parte a dimensão de amplitude à qual deveria corresponder (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As razões desta dificuldade podem estar associadas ao fato da formação médica estar sob várias influências: as macroestruturas, as tendências econômicas e políticas, a definição do que é saúde e necessidades de saúde, os modos como se organizam a prática médica, os serviços e as políticas de saúde. As instituições formadoras têm uma autonomia relativa para definir seu modo de funcionar, visto que também respondem aos diferentes projetos político-ideológicos dos grupos sociais inseridos neste campo. São as disputas entre os diferentes grupos, que por sua vez relacionam-se com outras forças sociais, como as entidades corporativas, movimentos sociais, partidos políticos, que definirão se o projeto político-pedagógico da formação em questão será transformador ou reprodutor do modelo hegemônico (ROVERE, 1996). Soma-se a isto o baixo interesse dos docentes pela mudança da formação, atribuído por Pagliosa e Da Ros (2008) como uma das razões da pouca efetividade das iniciativas governamentais voltadas à alteração deste cenário.

(...) aparentemente as forças conservadoras tiveram maior poder e capacidade de (des) articulação que as que buscavam impulsionar as transformações: muito difícil mudar estruturas tão rígidas, romper os acordos baseados no corporativismo, mobilizar professores mais ocupados com as atividades de investigação ou com sua prática profissional que com o processo de formação, impossível superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho sobre o processo de formação profissional (FEUERWERKER, 2002, p. 11).

Para que as iniciativas governamentais empreendidas no início dos anos 2000 tivessem maior êxito, seria necessário que também os docentes fossem formados de outro modo, pois apesar das mudanças curriculares empreendidas, o modo de formar continuou majoritariamente fundamentado no modelo biomédico. O baixo interesse dos docentes é reflexo, entre outros, de um contexto onde o complexo médico-industrial exerce grande influência sobre o mercado de trabalho e sobre a prática médica. Ao conformar um modelo de atuação médica ideal para a reprodução deste mesmo complexo, disputa os sentidos desta formação e da própria prática profissional, tornando quase sempre insuficientes os incentivos à qualificação e dedicação docente. Os docentes reproduzem uma prática fragmentadora também no contexto da organização dos cursos de medicina que, ao separar os conhecimentos pela divisão das especialidades, separa também os sujeitos da possibilidade de uma prática coletiva (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A organização dos cursos no que tange ao provimento de profissionais também tem representado um sério desafio. Forma-se um quantitativo de médicos aquém da demanda nacional, pois, apesar do grande número de faculdades, as vagas estão mal distribuídas, há número insuficiente de alunos nos cursos e as residências médicas não atendem à maioria da demanda por especialistas no país. O tema do provimento não se separa do debate acerca do modelo de formação e do perfil do profissional egresso da graduação e residência que irá atuar no SUS. Apesar de haver real insuficiência de médicos no país, originada tanto da omissão governamental quanto do papel que a corporação médica e os agentes de mercado na saúde têm assumido no campo da formação e da prática médica, esta é apenas uma parte da questão (DA ROS, 2013; FEURWERKER, 2013).

De quantos médicos precisamos? Depende do modelo de atenção, dos arranjos tecnológicos do trabalho, da aposta ou não na produção de redes vivas, de espaços de encontro e diálogo entre trabalhadores etc. Mas, muito além do número, é preciso discutir *quais* médicos precisamos. Não apenas se serão generalistas ou especialistas. Está em questão a base da formação: orientada ao biológico ou às necessidades dos usuários, centrada em procedimentos ou na produção do cuidado, produzida para subordinar/ enquadrar/ controlar ou para ampliar possibilidades de produção da vida? Essas definições são importantes para os médicos

(e trabalhadores da saúde em geral), independentemente da especialidade e local de trabalho (FEUERWERKER, 2013, p. 930).

Para a autora, a escassez de profissionais na urgência e emergência, nos CAPS, nos ambulatórios de especialidades, nas UTIs e na Atenção Básica, principalmente em localidades distantes dos grandes centros urbanos ou muito pobres, justifica inclusive a abertura de vagas de trabalho para profissionais de outros países. Porém, ela alerta que a ampliação de vagas de graduação se explica desde que opere em outra lógica, descentralizando a oferta de vagas e dirigindo-as àqueles que historicamente têm pouco ou quase nenhum acesso a esta formação: oriundos de bairros populares, das comunidades de trabalhadores rurais, indígenas e quilombolas, pois a política de cotas para o ingresso no ensino superior não daria conta desta inclusão, havendo a necessidade de regionalizar a oferta e o provimento de vagas tanto na graduação quanto nos posto de trabalho.

As tentativas de mudanças curriculares induzidas pelas iniciativas governamentais procuraram incidir na superação do modelo biológico para o modelo social, na horizontalização da relação professor-aluno e médico-paciente, bem como, no cenário das práticas, ampliando a inserção do aluno na comunidade e reduzindo o lugar do hospital na formação. Mas a transição do modelo de formação biomédico para o da medicina social ainda está longe de terminar. Entre os obstáculos à mudança do modelo de formação profissional está o dissenso quanto ao papel social do médico, o processo de acumulação capitalista, a deficiente organização do trabalho e da atenção à saúde (pública e privada), as dificuldades nas relações médico-paciente e a indefinição do papel da universidade.

O setor Educação neste período, desarticulado do processo de reorganização do setor Saúde, enfrentou sérios desafios para formar profissionais

(...) capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes. (FEUERWERKER, 2002, p. 12).

O modo como se articulam Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS) está na base da contradição quanto à ordenação da formação de recursos humanos para o SUS. Constitucionalmente esta responsabilidade fica sob o encargo do SUS, no entanto, junto às Instituições de Ensino Superior (IES), é o MEC a instância federal que tem tido autonomia para orientar as ações. A superação de tal contradição inspirou a elaboração da mais recente iniciativa governamental de alteração da formação médica. A reestruturação e a ampliação da formação médica proposta pelo PMM é a primeira iniciativa na qual o Ministério da Saúde assume posição protagonista em relação ao Ministério da Educação e Cultura (BRASIL, 2013). Juntos, os dois Ministérios assumiram compartilhadamente a responsabilidade de dar materialidade às demandas pela reforma da formação médica no território nacional. Os movimentos envolvendo sua implementação são campo estratégico para compreender o contexto das lutas e disputas que envolvem tal reforma no país. Repercute ainda nesse contexto a crise política deflagrada principalmente a partir de 2013 e que levou à alternância dos grupos políticos à frente do governo federal. O consequente acirramento dos distintos posicionamentos políticos entre a população foi expresso nas mobilizações que tomaram as ruas e, por extensão também nos corredores e salas das instituições de ensino.

Este estudo busca analisar, então, as forças que atualmente tensionam a formação médica a ser adotada no país e que se atualizam no processo de implementação das mudanças que o PMM coloca para os cursos de Medicina, alterando o cenário desta formação.

Com este estudo, almeja-se responder às seguintes perguntas de pesquisa:

Como as forças que disputam um projeto nacional para a formação médica no país se atualizam no processo de ampliação e reestruturação da formação médica proposta pelo PMM? Quais os efeitos dessas forças para a formação médica?

Nossas hipóteses iniciais são as seguintes:

- a) O PMM, ao propor mudanças para a formação médica, como ampliar a inserção do médico em formação nas unidades da Atenção Básica e sua atuação nas políticas públicas de saúde, bem como, na organização do Sistema, aproxima-a do modelo da medicina social e de modelos de formação mais progressistas e transformadores, como o construtivista e a formação-intervenção. Com isso, tensiona o modelo atual e, ao fazê-lo, acirra as forças que disputam um projeto nacional para esta formação, trazendo desafios substantivos aos novos cursos,

mas também dando visibilidade às forças conservadoras presentes no campo. Esta explicitação pode desestabilizar os movimentos que sustentam o conservadorismo, promovendo ações de resistência via agenciamento de sujeitos e grupos em torno da produção de novas estratégias de mudança da formação.

O objetivo geral deste estudo é, então, o de realizar uma cartografia das forças e movimentos que atravessam o processo de mudança da formação médica proposto pelo Programa Mais Médicos para os novos cursos de Medicina, compreendendo os efeitos desse processo de mudança, tanto para o campo da formação e quanto para os sujeitos envolvidos. Para isso, pretende-se caracterizar a estratégia formulada pelo PMM para mudança do modelo de formação junto aos cursos de medicina; descrever os movimentos, processos e atores envolvidos na implementação das propostas junto aos novos cursos e analisar a relação entre as forças envolvidas nesse processo, localizando movimentos intercessores do modelo de formação médica e aqueles que agem para a manutenção do instituído. O estudo justifica-se em função da necessidade de acompanhar e analisar como os novos cursos de medicina estão implementando a mudança da formação médica proposta pelo PMM.

O percurso metodológico escolhido para construção deste projeto é o da cartografia que, associando-se à perspectiva da pesquisa implicada, trata a subjetividade desde a perspectiva do paradigma ético-estético-político e singulariza as experiências humanas, em um compromisso social e político com a realidade investigada (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

O campo de pesquisa escolhido para o estudo são os processos de implementação dos novos cursos públicos de medicina nos Estados de Pernambuco e Santa Catarina.

A tese defendida aqui é de que as mudanças propostas pelo Programa - ampliadoras da reflexão ético-estético-política -, podem apresentar uma dimensão de 'dispositivo', ou seja, podem promover interferências no campo da formação que desestabilizam os modos de formar já instituídos. Entretanto, postulamos que tais dimensões são moduladas por forças já existentes no campo, como aquelas relativas às exigências do mercado de trabalho no setor privado, ao paradigma científico e ao modelo biomédico, entre outras, e que essas operariam como fatores desaceleradores, ou obstrutores, do processo de transição paradigmática da formação.

Nosso marco conceitual é conformado pela concepção institucionalista, que compreende a formação enquanto instituição, ou

seja, no sentido de que representa práticas sociais historicamente produzidas produtoras de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação (HECKERT; NEVES, 2007). A noção de instituição aqui é a de processos, movimentos que se sustentam por forças dialéticas: de um lado as forças que a impelem para a mudança, *o instituinte*, e de outro, as forças conservadoras, *o instituído*, que empurram a instituição para formas mais rígidas, estáveis e duradouras (LOURAU, 1975). Nossa proposta é analisar estas forças a partir da visibilização dos dispositivos de poder, tomando o PMM em sua dimensão de dispositivo, entendendo-o como um conjunto de elementos de ordem discursiva e não discursiva que produz interferências no campo da formação médica.

A análise dos efeitos destas diferentes forças sobre a política de formação para o SUS foi realizada à luz da Bioética Social, no contexto da Saúde Coletiva, como referencial que pode contribuir para um olhar crítico acerca da moralidade que sustenta os modelos de formação médica em disputa no país. Esta abordagem teórica centra seu campo de análise nas questões bioéticas, que atravessam o processo de viver das sociedades. Focando-se em temas como o das desigualdades, como fator de produção de doenças, a saúde, como direito coletivo e dever do Estado, e o respeito ao pluralismo cultural e moral, a Bioética Social (SCHRAMM; ARREGUY, 2005). Dessa forma, tem sido apontada como referencial adequado à análise crítica acerca da moralidade das políticas públicas na área da saúde, bem como, para a tomada de decisão eticamente justificada.

Entendemos que, além de possível, o diálogo entre os diferentes marcos conceituais é necessário para ampliar o alcance da compreensão acerca do objeto estudado. A discussão sobre a mudança na formação médica envolve aspectos e debates relacionados a temas como poder, desigualdades em saúde e a presença da ética e da política na formação em saúde. O modo como compreendemos a dinâmica dos jogos de poder que interferem no campo da formação e os efeitos desses jogos para a saúde coletiva requer um referencial que dê conta de analisar a mudança desde a perspectiva da produção de outros modos de subjetivação, sem perder de vista que são necessários referenciais éticos para pensar de quais modos de subjetivação se fala quando relacionamos a formação médica às necessidades de saúde de toda a população.

Como disse o gato para Alice, na história de Lewis Carrol, a saída depende para onde se deseja ir...

2 MARCO CONTEXTUAL

2.1 O contexto histórico da formação médica no país

Para entender o contexto histórico da formação médica no país, é preciso olhar para as forças e movimentos que, desde outros países, foram determinantes para sua orientação. A importação de modelos externos de formação médica, principalmente o modelo científico, é um dos movimentos que mais fortemente tem condicionado o modelo de formação predominante no país. Esse modelo tem suas origens relacionadas ao trabalho desenvolvido por Abraham Flexner, educador norte-americano que em 1910, a pedido da Carnegie Foundation, elaborou e publicou um relatório sobre a qualidade da formação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Até então, as escolas médicas não exigiam concessão estatal para o exercício da medicina, atuando a partir de abordagens terapêuticas não padronizadas ou fundamentadas teoricamente. A partir de uma avaliação que abrangeu 155 escolas médicas dos EUA e Canadá, Flexner concluiu que, apenas 31 das 155 escolas avaliadas poderiam ser consideradas adequadas. Embora haja visível fragilidade metodológica no estudo flexneriano - sem validação de critérios, sem instrumento padronizado, com um único especialista visitando 155 cursos em exíguos seis meses -, o impacto deste relatório é de grande magnitude: tornou-se a principal referência para a acreditação de escolas médicas nestes dois países durante a primeira metade do século XX, levando-as em sua maioria a converterem-se ao modelo biomédico. As premissas flexnerianas, para as escolas médicas é que estivessem situadas em universidades, com programas educacionais de base científica, laboratórios e instalações adequadas e rigoroso controle de admissão. Entretanto, à medida que o modelo de formação flexneriana se consolidou, com metade do currículo focado na aprendizagem em laboratórios e a outra metade no hospital, não incluiu a dimensão social e coletiva do processo saúde-doença, distanciando-se das necessidades da população e da organização dos sistemas de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Somente a partir da década de 1960 é deflagrado um movimento mundial de crítica ao modelo biomédico, capitaneado por instituições da saúde e governos em vários países, e que veio a deflagrar a reforma da formação médica e do setor saúde nos anos 80. No Brasil, este processo foi liderado pela sociedade civil organizada, através de modelos e estratégias variadas. Nas décadas de 1960-70, já havia aumentado

consideravelmente o número de universidades no país, principalmente as privadas, mas, devido a uma baixa capacidade regulatória do Estado, esta ampliação concentrou-se nos grandes centros urbanos, não considerando as necessidades da população e dos serviços (PAGLIOSA, DA ROS, 2008; FEUERWERKER, 1998).

Foram muitas as questões conceituais que interferiram negativamente nas iniciativas de mudança da formação médica ensejadas entre as décadas de 1960 e 1980. Entre elas, a dificuldade de transformar as informações acerca das insuficiências e problemas da prática médica e da organização dos serviços de saúde em propostas curriculares efetivas. Outra questão referiu-se à confusão gerada no debate acerca do médico a ser formado na graduação e a formação do médico generalista: a relevância da crítica acerca da fragmentação do ensino, produzida pela introdução de especialidades na graduação, ficou obscurecida por uma discussão que no fundo tinha como tema a função social do médico. Confiar excessivamente no poder da organização dos serviços de saúde e da prática assistencial de interferir nas escolas médicas foi outro erro de estratégia do período. A realidade mostrou que é necessário agir sobre o processo de formação em todas as oportunidades, tanto na educação quanto na prática médica, pois os profissionais formados são sujeitos estratégicos para a mudança da formação. A supervalorização da mudança do cenário de aprendizagem, com que a imersão na realidade das comunidades foi tomada como agente suficiente de transformação, foi outro problema, junto com a insuficiência das estratégias pedagógicas, que não deu conta de articular as disciplinas básicas e a clínica e nem de diferenciar suficientemente a capacitação para a metodologia científica da capacitação para o raciocínio clínico (SCHRAIBER, 1993; FEUERWERKER, 1998).

Analisando especificamente os problemas nas estratégias de fortalecimento dos movimentos de mudança na formação, destaca-se o encapsulamento de muitas iniciativas, geradas envolvendo apenas grupos afins, compostos por aqueles que já simpatizavam com a proposta de mudança e já estavam mobilizados para a necessidade de mudar. Com certeza é bem mais fácil construir uma proposta de mudança a partir do acionamento de grupos que têm algum consenso quanto ao modelo de formação a ser adotado. No entanto, o que se vê nas instituições e na sociedade de modo geral é que propostas que não se implicaram em agregar os diferentes grupos, fomentando a capacidade de crítica aos antigos modelos, tiveram pouca chance de serem exitosas. Outro fator destacado é que algumas iniciativas partiram de grupos com baixo poder de interferir nos rumos institucionais. As experiências de mudança que

têm mais chance de êxito são em geral, aquelas onde há alta governabilidade institucional para a mudança, envolvendo inclusive a própria direção, o que garantiria minimamente os recursos de poder necessários para operar a mudança. Para a autora, a alternativa a isto seria uma maior ocupação dos núcleos de poder pelos grupos que se ocupam com as mudanças na instituição. Outrossim, a adoção isolada desta estratégia, sem o desenvolvimento de capacidade crítica sobre os modos de formar, pode ampliar a fragmentação das concepções em torno da formação médica, perpetuando disputas desnecessárias. Avançar na construção de um consenso acerca do modelo de formação médica, é, então, tarefa essencial para o fortalecimento do movimento pela mudança. Na análise da autora, estes dois elementos, governabilidade e formação de capacidade crítica, não foram suficientemente considerados nas propostas de mudança elaboradas no passado (FEUERWERKER, 2002).

Na década de 2000, os ministérios da Educação e da Saúde se articularam para a criação de algumas iniciativas voltadas à transformação da formação médica: o Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina/Promed, criado em 2002; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/Pró-Saúde, criado em 2005 e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET-Saúde, criado em 2010. O Promed, lançado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), propunha-se incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos, sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira, ofertando apoio financeiro para a implementação das ações. Incentivando a mudança nos currículos através da adesão às novas Diretrizes Curriculares Nacionais, o Promed alcançou 19 Escolas Médicas (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

Como ampliação do Promed, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde/Pró-Saúde, abarcando também, além da Medicina, os cursos de Enfermagem e Odontologia (CEZAR *et al.*, 2010; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Com o objetivo de articular instituições de formação e o sistema de saúde, estas iniciativas apostaram em estratégias pedagógicas voltadas à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem desde o primeiro período, fortalecendo a orientação das DCN, que colocavam para o SUS o papel de receber os graduandos já nos períodos iniciais do curso. Outra aposta pedagógica referia-se à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA), especificamente a Aprendizagem

Baseada em Problemas (ABP), como modo de colocar o graduando como protagonista de sua formação (COSTA, 2014).

A ordenação das vagas de residência médica a partir das demandas colocadas pelos serviços de saúde é outro antigo desafio colocado pelo SUS para as políticas de formação em saúde no Brasil. Esta formação, *lato sensu* baseada no treinamento em serviço teve grande expansão nas últimas décadas. As mudanças na formação e na prática médica pelo uso intensivo de tecnologia e o predomínio do processo de especialização intensificaram a fragmentação do cuidado. Ao mesmo tempo em que se ampliaram as escolas de Medicina, as atividades práticas na graduação mostraram-se insuficientes para o adequado desenvolvimento das competências necessárias à prática médica, elevando a residência à condição de etapa da formação quase que indispensável ao adequado exercício da profissão. Mas, mesmo sendo uma formação financiada em grande parte com recursos públicos, desenvolvida em serviços públicos e acreditada por um órgão público, até a instituição do PMM, a regulação da necessidade e distribuição de especialistas era caracterizada por uma regulação quase inexistente, com uma aleatória e insuficiente distribuição de vagas.

Os Ministérios da Saúde e da Educação, cientes da escassez de especialistas, em 2009, criaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). Voltado ao apoio à formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS, focou-se na expansão dos Programas de Residência, priorizando as seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Preventiva e Social, Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Geriatria, Cancerologia Clínica, Cirúrgica, Radioterapia, Patologia, Anestesiologia, Medicina Interna, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Traumatologia, Neonatologia, Psiquiatria Infantil e da Adolescência, Cirurgia do Trauma e Medicina de Urgência. Considerando ainda que, a residência é condicionante da fixação do profissional na região onde a realiza, situação que se potencializa junto com a graduação, a partir de 2011, ela começa a ser foco tanto dos gestores do SUS, quanto do Conselho Nacional de Saúde, resultando na ampliação do Pró-Residência e na inclusão permanente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) na Comissão Nacional de Residência Médica, passando a participar da formulação de políticas na área (BRASIL, 2015).

Em 2011, a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), articula-se às políticas criadas pelo governo federal para responder aos déficits de provimento e dificuldades de fixação de médicos em várias regiões. O Programa visava tanto estimular o aprimoramento para a atuação na Atenção Básica de profissionais graduados, quanto prover profissionais em áreas de difícil acesso ou maior vulnerabilidade. A oferta era de trabalho supervisionado na Atenção Básica, juntamente com especialização *lato sensu* em Atenção Básica, com acompanhamento de Instituição de Ensino Superior, além de um percentual de 10% na pontuação para o processo seletivo da residência médica. A ação recebeu destaque por promover espaços de compartilhamento e problematização da realidade, movimentos necessários para a construção de uma relação mais horizontal entre médicos e demais profissionais da saúde. Ao trabalhar com o conceito de cuidado de modo ampliado em situações de escassez de médicos, o Provab oportunizou discussão sobre a atuação interprofissional e sobre modos de cuidar que fogem do padrão médico-centrado. Também foi avaliada como positiva a experiência proporcionada às universidades envolvidas, pois, ao acompanharem pedagogicamente estes profissionais recém-formados podiam identificar as insuficiências da graduação (BRASIL, 2015).

No entanto, o Provab mostrou ter baixa procura, suas vagas eram em geral nos grandes centros ou no litoral, contando com supervisão insuficiente e não demonstrando capacidade para fixar os médicos nos postos de trabalho. Uma das críticas ao Programa referiu-se ao fato de buscar a valorização dos profissionais da Atenção Básica, utilizando como principal atrativo o acréscimo na nota para ingresso na residência, o que foi visto como um incentivo para que os mesmos deixassem a Atenção Básica (FEUERWERKER, 2013). No entanto, pode-se olhar esta situação passagem dos especialistas pela Atenção Básica por outro ângulo: como uma oportunidade para os profissionais ingressantes em residências médicas de terem formação e experiência prévia neste nível de atenção, o que, conseqüentemente, aproxima-os do funcionamento do próprio SUS.

Essas iniciativas governamentais ajudaram a reposicionar o lugar da residência médica na formação de especialistas e também contribuíram para problematizar as insuficiências da regulação das vagas de residência e da própria graduação em medicina. Permanecem para a formação médica os impasses acerca do lugar da subjetividade, dos afetos, das emoções e da coletividade, em função da tendência reducionista e biologicista, amplificada pelo complexo médico-industrial, que ainda

atravessa as ciências da saúde. A maioria dos profissionais relata despreparo e desmotivação para enfrentar a fixação em localidades do interior e os desafios da tecnologia leve, que caracteriza a atuação na Atenção Básica. Essa situação reflete uma formação ainda valorizadora do trabalho nos grandes centros, da especialização em tecnologias duras, dos altos salários, do consultório privado, do hospital e da especialidade de ponta (COSTA, 2014).

Outros desafios localizam-se nos próprios cursos de Medicina, que têm focalizado predominantemente conteúdos biológicos, em detrimento do desenvolvimento de habilidades psicomotoras, afetivas e cognitivas, como modo de atender às exigências de um mercado que funciona na lógica do capitalismo tardio e das sociedades de controle. Em geral, os docentes destes cursos foram formados a partir do modelo disciplinar e cartesiano, e apresentam lacunas em sua formação ético-político-pedagógica, tais como, a dificuldade de articular os saberes de modo interdisciplinar.

Se entendermos a formação como prática comprometida com a cidadania e a justiça social, conceberíamos mudanças pedagógicas capazes de produzir novos esquemas de pensamento, coerentes com essa direcionalidade ético-política. As experiências de extensão universitária orientadas pela educação popular, por exemplo, têm fomentado reflexões sobre o cuidar do outro e de si, a aprendizagem mútua e o compromisso político com a realidade. Estes elementos exemplificam outros temas que vêm ampliando o olhar para um modelo reducionista de ensino em saúde, muito marcado ainda pelo autoritarismo e pelo distanciamento da vida (COSTA, 2014).

Segundo Gomes e Rego (2014), os déficits da escolarização prévia, também podem ser considerados como desafio que persiste no processo da formação profissional, por não ter efetivado a formação humanística já prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996. A escolarização prévia, ao deixar de lado a discussão ética e política, produz uma perigosa lacuna quanto à formação e competência moral dos estudantes, prejudicando a proposta da cidadania ativa, capaz de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais típicas das sociedades capitalistas.

A discussão sobre a formação médica nas duas últimas décadas tem focado um perfil profissional mais apto a resolver os problemas de saúde, tanto no nível individual, quanto coletivo. Grande parte dos estudiosos desta formação tem se dedicado a produzir críticas e propostas tanto sobre metodologias quanto conteúdos necessários para uma formação concernente com as demandas atuais da profissão. Nessa elaboração, os rumos apontados têm buscado incluir a discussão sobre as necessidades

de saúde da população e uma necessária aproximação com a realidade dos serviços, embora ainda haja muita disputa em torno de concepções que cercam o tema da formação, como a da função social do médico.

Quanto à aproximação da formação com os serviços e necessidades de saúde da população, passaram a considerar que a ampliação do acesso e a mudança do perfil epidemiológico da população, trouxe um aumento na expectativa desta quanto à oferta de serviços e qualidade da relação médico-paciente, bem como, um reordenamento das ações e estratégias na saúde. O aumento da complexidade acerca das necessidades de saúde interferiu no modo de organizar o trabalho, demandando conhecimentos acerca da multi e da interdisciplinaridade. O próprio conceito ampliado de saúde é expressão da força que a dimensão coletiva e pública do processo de produção de saúde alcançou, demandando em um perfil médico capaz de dialogar com esta ampliação (CEZAR *et al.*, 2010).

Acerca das metodologias, as teorias da aprendizagem têm fortalecido a ideia de que, fatos e conceitos são mais bem aprendidos quando estão em relação direta com o contexto ao qual se referem. Assim, tais situações e contextos precisam compor o ambiente de ensino-aprendizagem, o que tem suscitado a aproximação dos estudantes com a realidade dos serviços. Também tem sido discutido o modo como o conhecimento é abordado nesta formação. Ainda em relação às atitudes que favorecem a aprendizagem, sabe-se que a quantidade gigantesca de conteúdos envolvidos na prática médica e a velocidade com que estes precisam ser atualizados têm fortalecido a necessidade de desenvolver a capacidade de aprender, entendida como ação permanente que se inicia na graduação e prolonga-se ao longo de toda vida profissional. Se somente transmitir conhecimentos não são suficientes para promover o exercício do pensar e estabelecer de relações de ajuda nas quais o pensar, o sentir e o agir sejam experimentados, urge construir alternativas que ampliem os movimentos geradores de conhecimento. Para dar conta destas características da formação, é necessário que os currículos acompanhem os novos cenários e estratégias de ensino-aprendizagem, adotando uma abordagem ampliada e integrada (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

As diretrizes curriculares de 2001 para os Cursos de Graduação em Medicina ocuparam-se com os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, bem como, em definir o perfil do médico egresso. Estas diretrizes foram construídas em um processo que almejava o desenvolvimento da massa crítica acadêmica e da prática de discussão democrática (REGO, 2009). A partir de metodologias ativas de ensino, a proposta era de promover uma formação generalista, crítica, reflexiva e uma postura humanística e ética, voltada para a atenção ao

usuário, através de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde que interferissem no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção. O desenvolvimento curricular deveria dar-se fundamentalmente a partir das necessidades de saúde da população, promovendo a interação entre ensino, serviço e comunidade, preferencialmente nos serviços do SUS. A responsabilidade social e o compromisso com a cidadania, a partir da promoção da saúde integral do ser humano, também conformavam as DCN (BRASIL, 2001).

Feuerwerker (2002) aponta que, na década de 1990, embora a maioria dos médicos formados estivesse inserida no setor público e apenas 28% trabalhassem exclusivamente no setor privado, o cenário ideal da prática médica ainda era o do especialista inserido em consultório privado, com atuação paralela em hospital privado de alto nível tecnológico. A inserção em comunidades de saúde da rede pública e na emergência de pronto-atendimentos e hospitais da periferia ainda era visto com reticências por boa parte da categoria. A imagem da profissão se aproximava da dimensão tecnológica e comercial do trabalho, da prática especializada, da impessoalidade nas relações e da preocupação em defender-se do jogo institucional. Tais práticas demonstravam uma atitude defensiva frente às adversidades do trabalho médico, como a resistência em cumprir a carga horária contratada ou a tendência de oferecer uma atenção clínica diferenciada aos pacientes que pagam melhor. Estas práticas se expandiram, de tal modo, que até dirigentes sindicais defendiam interesses contrários aos interesses da população. As relações hegemônicas de poder, a idealização da prática profissional como sendo de ordem privada e liberal e a defesa acrítica de práticas que ferem a ética estariam embasando um conflito de interesses expresso na resistência da categoria às mudanças na formação. Os profissionais debatiam-se com os desafios da profissão: ser empreendedor e administrar sua carreira, conhecer o mercado, conquistar uma clientela, manter-se ético, crítico e científico frente à exacerbada produção de novidades. Mas as reivindicações por melhor remuneração e condições de trabalho no setor público também estavam associadas a mudanças na postura ética, no ideal profissional e em uma maior aproximação com alguns setores da população e com o próprio SUS (FEURWERKER, 2002).

As marcas desse cenário pouco mudaram. Qualquer movimento de transformação da formação precisa problematizar as atitudes contraditórias da categoria e, a nosso ver, a própria situação dos trabalhadores no SUS no contexto do mercado de trabalho atual. O debate sobre a formação envolve a discussão também sobre fixação de profissionais nos postos de trabalho e sobre a carreira SUS. O modo como

o mercado de trabalho interfere na formação e na prática profissional não pode ser subvalorizado, requerendo ampliação do diálogo, com inclusão de gestores da saúde, sociedades de bioética e a sociedade civil organizada. Na Saúde Coletiva, a prática médica na Gestão, situa-se num contexto de transformação, que vem buscando superar os modos mais tradicionais de conceber os trabalhadores como “recursos” do processo produtivo e os usuários como “objetos” sobre os quais as ações de saúde intervêm.

Essa visão, embora problematizada e refutada na produção discursiva das políticas e projetos da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, por não ser coerente com sua proposta democratizante, ainda se reproduz nos serviços e instituições da saúde e da educação, influenciando a prática profissional. A possibilidade de participar de espaços de discussão sobre conceitos como saúde, produção de saúde, modelos de atenção e de gestão interfere no modo como trabalhadores e gestores irão conceber o lugar dos sujeitos no processo de produção de saúde. Se concebermos que trabalhadores, gestores e usuários devem ser sujeitos ativos e protagonistas do processo de produção de saúde, engendrando lutas cotidianas em defesa de suas necessidades, interesses e pontos de vista, tem-se aí um campo micropolítico a considerar, com saberes e poderes diferentes que interferem no SUS desde os cenários locais, com perspectivas que precisam ser incluídas na produção das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde (FEUERWERKER, 2013).

2.2 A proposta de mais médicos para o país

O PMM nasce num contexto de reivindicações principalmente quanto ao déficit de provimento de profissionais médicos, que se agravou com a expansão dos serviços públicos de saúde no início da década de 2010, em que houve aumento da renda e a diminuição das taxas de desemprego (BRASIL, 2015). Usuários e gestores do SUS passaram a reivindicar ações governamentais que incidissem sobre o problema do déficit de médicos. Sendo assim, em janeiro de 2011, o governo federal coloca como prioridade para a saúde o enfrentamento do déficit de profissionais, promovendo várias atividades no primeiro semestre com o intuito de compreender como outros países lidaram com o assunto e formular propostas a respeito. O diagnóstico elaborado foi discutido em evento que reuniu gestores do SUS, Controle Social, entidades de profissionais de saúde e especialistas, convocando-os à elaboração de políticas de enfrentamento para o problema. No final de 2011, o governo regulamenta a Lei nº 12.202, que possibilita aos médicos recém-formados

abater parte da dívida contraída junto ao Fundo de Financiamento Estudantil (Fies), mediante atuação na Atenção Básica em áreas prioritárias. Também o Provac é instituído neste ano, mas juntas, as duas iniciativas não chegam a impactar suficientemente o Sistema naquilo que este demandava (BRASIL, 2015).

Ainda em 2011, a Atenção Básica à Saúde é elevada ao patamar de prioridade de governo e são traçados pelo Ministério da Saúde desafios prioritários para este nível de atenção, focalizando aquelas condições consideradas essenciais para o seu desenvolvimento. Entre os desafios, foram priorizados temas como o da mudança do modelo de atenção à saúde, o mercado de trabalho predatório, o déficit de provimento de profissionais e o baixo investimento nos trabalhadores; a formação e motivação dos profissionais, a legitimidade da Atenção Básica junto aos usuários e a participação social. Também é de 2011 a Resolução nº 439/MS, que coloca como diretrizes para a Atenção Básica a mobilização de esforços para aumentar os recursos financeiros neste segmento, alçá-lo à condição de principal porta de entrada do SUS e garantir profissionais de saúde para todas as localidades, principalmente aquelas de mais difícil acesso e mais vulneráveis. Ainda em 2011, estes desafios e diretrizes orientaram a proposição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), focada em ações de intervenção junto aos condicionantes da problemática envolvendo a Atenção Básica. Um conjunto de iniciativas buscou dar resposta à PNAB, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Telessaúde Brasil Redes, a reestruturação do Programa Saúde na Escola, o Programa Academia da Saúde e o Provac, permanecendo, no entanto, o nó crítico referente ao provimento de médicos. É neste cenário que, em janeiro de 2013, Prefeitos recém-eleitos de todo o país, reunidos no Encontro Nacional de Prefeitos, declararam a gravidade da situação envolvendo a falta de médicos, principalmente para o interior, periferias e regiões de vulnerabilidade social, reivindicando ao Ministério da Saúde uma ação a este respeito (BRASIL, 2015).

É conhecido que neste ano a distribuição dos profissionais médicos no Brasil, segundo o levantamento do CFM (Conselho Federal de Medicina), chegavam a 1,8 por mil habitantes, média que, associada a uma distribuição desigual nas diferentes regiões do país configura uma realidade preocupante. Para ter-se uma ideia, 22 Estados apresentavam índices inferiores a esta média, culminando na distorção de termos somente 8% do total de médicos em municípios com população inferior a 50 mil habitantes, que representam 90% das cidades do país. No Amapá, Maranhão e Pará, a média de médicos por habitantes não chegava a 1 por

1000 (MEDEIROS, 2013). Para se ter ideia da gravidade da situação, em termos comparativos, o índice de médicos por habitantes em 2013 na Argentina era de 3,2 médicos/1000 habitantes, no Uruguai 3,7 médicos/1000 habitantes, em Portugal 3,9 médicos/1000 habitantes e em Cuba 6,7 médicos/1000 habitantes (BRASIL, 2015).

A insuficiência de vagas na formação médica a cada ano, agrava ainda mais a situação. De 2002 a 2012, chegou a gerar uma demanda reprimida de 50.000 profissionais: dos 143 mil novos postos de trabalho, apenas 93 mil foram preenchidos. Apesar do alto número de escolas médicas, o número de vagas oferecidas é insuficiente e mal distribuído no território, ocasionando um déficit significativo na oferta de profissionais. Este déficit impacta a Atenção Básica de diferentes formas. Além de ser um dos principais condicionantes da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), coloca os municípios em disputa pelos profissionais disponíveis, obrigando-os a propostas salariais não compatíveis com os recursos municipais, o que eventualmente gera atrasos salariais, quebras de contrato e a imposição dos médicos de jornadas reduzidas de trabalho, não compatíveis com as necessidades dos serviços. Este quadro tem suscitado muitas irregularidades e ilegalidades junto aos serviços, além de dificultar o acesso e prejudicar a qualidade da assistência, já que pouco mais da metade dos médicos, completa um ano de atuação no mesmo município. O quadro apontado pela avaliação da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) é de que os cursos de medicina persistem na lógica flexneriana de formação, focando em práticas que sustentam o complexo médico-industrial, apesar de todas as iniciativas governamentais empreendidas para transformar o modelo de formação médica (BRASIL, 2015; DA ROS, 2013).

Como resposta a este cenário adverso, e em um contexto no qual o Ministério da Saúde buscava enfrentar os fatores condicionantes do baixo desenvolvimento da Atenção Básica, em julho de 2013, é instituído o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMM), através da Medida Provisória nº 621/2013. Em outubro deste mesmo ano, o PMM passaria de política de governo à política de Estado, com sua regulamentação através da Lei nº 12.871/2013.

Entre os objetivos que o PMM busca atingir estão:

- a) a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias;
- b) o fortalecimento da prestação de serviços de atenção básica;
- c) o aprimoramento da formação médica no País (ampliando o campo de prática durante a formação);
- d) a ampliação da inserção do médico em formação nas unidades do SUS;

- e) o fortalecimento da política de educação permanente, via integração ensino-serviço;
- f) o fomento da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros;
- g) o aperfeiçoamento para atuação nas políticas públicas de saúde e na organização e no funcionamento do SUS e estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2015).

Tais objetivos estão organizados em três eixos de atuação do Programa:

- a) **Provimento Emergencial de Médicos:** os objetivos deste eixo são colocados pela Lei do Projeto Mais Médicos para o Brasil, que trata da diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias para o Sistema, com o propósito de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, bem como, o fortalecimento da prestação de serviços na AB, via aperfeiçoamento dos médicos *já inseridos* neste nível de atenção, nas regiões consideradas prioritárias para o SUS. Este aperfeiçoamento se daria via oferta de cursos de especialização por instituição pública de educação superior, bem como, por atividades de formação, pesquisa e extensão com componente assistencial, mediante integração formação-serviço. O Projeto orienta sobre o aperfeiçoamento deste profissional, de modo que tenha maior experiência no campo de prática e maior inserção nas unidades de atendimento do SUS. Define a integração formação-serviço, como estratégia de fortalecimento da política de educação permanente, fomentando a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras.
- b) **Ampliação e Melhoria da Infraestrutura:** constituído por iniciativas como o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, que visa ampliar o número de novas UBS e melhorar a estrutura das já existentes. Também compõem este eixo ações como a informatização das UBS, a criação de um novo sistema de informação para a Atenção Básica (SISAB) e a estratégia eSUS;
- c) **Formação para o SUS:** o objetivo deste eixo é o de *“realizar uma expansão orientada do ensino médico, assegurando sua interiorização pelo Brasil afora”* (BRASIL, 2015, p. 10). Com medidas estruturantes de médio e longo prazo, uma destas medidas refere-se à reordenação da oferta de cursos de

medicina e vagas para residência médica, com priorização das regiões de saúde com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Assim, a criação de cursos de medicina públicos e privados se daria a partir de critérios vinculados à necessidade social.

A ampliação de vagas para a graduação e para a residência é uma das estratégias para avançar de 1,8 médicos/1000 habitantes para 2,7 médicos/1000 habitantes, até 2026, subordinando a expansão de vagas à necessidade social no âmbito público e privado, e orientando a criação destas vagas por critérios como a descentralização e a interiorização das faculdades, com vistas a equalizar a proporção de vagas em todas as regiões. Apesar de não existir um parâmetro validado internacionalmente para o cálculo do número de médico por habitante, há a recomendação de se analisar as características do país, como o modelo assistencial adotado, por exemplo. A meta de 2,7 médicos/1000 habitantes utilizados para o PMM, inspirou-se no contexto de distribuição destes profissionais no Reino Unido, país que, a exemplo do Brasil, também conta com um sistema de saúde público universal orientado pela Atenção Básica. A partir desta análise, deve-se estimar o dimensionamento de médicos. Seguindo este parâmetro, em 2013 o déficit de profissionais já chegava a 168.424 médicos (BRASIL, 2015).

Devido a esta realidade, a abertura de novos cursos ganhou caráter de processo público e a participação das instituições está condicionada ao atendimento de critérios padronizados, como a comprovando rede de serviços de saúde disponível, a adequação do porte populacional, a localização em região prioritária, a proporção da oferta de vagas e de médicos na região e a distância mínima em relação a outros cursos. Atendidos os critérios de participação no processo público, as instituições são avaliadas entre si em relação ao grau de adequação do projeto político-pedagógico às novas DCN; à pontuação que obtiveram nas avaliações do MEC; à infraestrutura e saúde financeira da instituição; ao plano de implantação do curso; à contrapartida oferecida ao SUS local; à proposta de integração ensino-serviço e à adesão a programas como o Programa Universidade para todos (Prouni) e o Financiamento Estudantil (FIES), (BRASIL, 2015).

A Lei nº 12.871/2013, criou também o Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), a fim de contratualizar entre gestores do SUS e instituições de ensino as condições para uma adequada formação dos profissionais, entre elas, a cooperação, cogestão e

corresponsabilização entre instituições de educação e saúde e a articulação entre modelo de atenção e modelo de formação.

Em relação aos parâmetros para a formação médica, o PMM aposta: na ampliação da prática e da inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS ainda durante o curso, no fortalecimento da integração formação-serviço, com supervisão acadêmica realizada pelas instituições de educação superior e na troca de conhecimentos e experiências entre profissionais brasileiros e médicos formados em outros países (QUADRO 1). No PMM, a produção de conhecimento sobre o SUS, aparece articulada a esta perspectiva de formação, por meio de pesquisas aplicadas.

Quadro 1 - Parâmetros propostos pelo PMM para a graduação em medicina.

Primeiro ciclo

- Carga horária não inferior a sete mil e duzentas horas (em observância das diretrizes curriculares nacionais);
- Permanece obrigatoriedade do estágio curricular de treinamento em serviço supervisionado, em regime de internato, disciplinado em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais;
- Os aprovados neste ciclo receberão permissão para o exercício profissional da medicina, válida exclusivamente para as atividades do segundo ciclo de formação, via certificado expedido pela correspondente instituição de educação superior;
- A expedição pelos Conselhos Regionais de Medicina da permissão de exercício profissional se dará mediante inscrição no segundo ciclo de formação.

Segundo ciclo

- Duração mínima de dois anos (conforme regulamentação do Conselho Nacional de Educação – CNE);
- Envolve o treinamento em serviço, exclusivamente na atenção básica à saúde no âmbito do SUS;
- Realizado sob supervisão técnica de médicos, detentores de título de pós-graduação, sem prejuízo da necessária supervisão acadêmica a cargo da instituição de educação superior à qual o estudante de medicina esteja vinculado;
- Durante sua realização é assegurada a percepção de bolsa custeada pelo Ministério da Saúde, em valor estabelecido em ato do Ministro de Estado da Saúde.

Fonte: BRASIL, Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013.

Estes novos parâmetros estão vigentes para os ingressantes nos cursos de medicina a partir de 1º de janeiro de 2015, de todas as escolas médicas, tanto públicas, quanto privadas, e estão alinhados às novas DCN, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas via Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, que devem ser seguidas pelos cursos já existentes e pelos que estão em implantação.

A ênfase das DCN recai no protagonismo do aluno em seu processo de formação, seguindo a mesma orientação das diretrizes de 2001, na integração ensino-pesquisa-extensão, buscando aproximar-se das tecnologias de informação e comunicação. Dá continuidade também à ideia de formação vinculada às necessidades de saúde da população e do sistema de saúde, reforçando uma abordagem integral do cuidado e priorizando-a em detrimento da atenção focada na doença. Exorta à construção de projetos terapêuticos que incluam o sujeito e o contexto de vida que o cerca, e corresponsabilizem-no pela produção e gestão do seu cuidado. Pontua o preparo para a ação efetiva junto às situações de saúde mais frequentes e a capacidade de trabalhar em equipe multiprofissional e a atuar em serviços e redes do SUS.

Outras mudanças colocadas pelas DCN, referem-se à determinação de que, no mínimo 30% do internato (dois anos) aconteçam na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS, buscando aproximar prática e teoria e o desenvolvimento de habilidades e atitudes em contextos reais, e não mais em laboratórios ou serviços, que pouco dizem das necessidades de saúde da população. As DCN preveem uma avaliação de progresso para graduandos do 2º, 4º e 6º ano. O perfil do médico egresso inclui:

(...) formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p.1).

A integração entre atenção e cuidado à saúde, educação e gestão preconizada nas DCN, expressa um modelo de formação que considera as instituições de saúde como organizações voltadas à atenção, à formação, à educação permanente, e que têm como modo de gestão práticas que incluem a decisão coletiva e a participação.

A ampliação do número de médicos especialistas também foi considerada pelo PMM fundamental para o fortalecimento do SUS, mas o cálculo e distribuição das vagas nas diferentes especialidades devem acontecer orientados pelas necessidades do Sistema. O PMM propõe que esta orientação se baseie nos dados do Cadastro Nacional de Especialistas, que traz informações sobre os especialistas do país: quem são, quais especialidades exercem, como se formaram, onde estão e atuam. Outra estratégia do Programa é a de garantir maior pontuação no processo seletivo para a residência para os médicos brasileiros que atuarem no PMM (BRASIL, 2015).

Outro objetivo ainda contemplado neste eixo é o do aprimoramento da formação. Este aprimoramento inclui o aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica, em regiões prioritárias do SUS, mediante integração ensino-serviço, inclusive por meio de intercâmbio internacional. É relevante destacar um dentre estes objetivos que, embora também associado à ideia de aprimoramento profissional, dá, a nosso ver, um tom inovador quanto à perspectiva de formação em questão: o do

aperfeiçoamento médico para “*a atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e funcionamento do SUS*” (Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013). Ao lado dos demais objetivos, vinculados ao aprimoramento profissional para a atuação na *atenção à saúde*, este objetivo merece destaque por enfatizar uma perspectiva - e expectativa - do Ministério para com os profissionais de saúde: a de que ampliem sua capacidade de interferência nas *práticas de gestão* do Sistema. A formação assume, a nosso ver, nesse contexto, um lugar estratégico para a sustentabilidade e qualificação das políticas públicas de saúde.

O PMM enfrenta a tarefa de consolidar a articulação interministerial nas ações de formação para a Saúde, envolvendo os Ministérios da Saúde, Educação, Planejamento, Orçamento e Gestão e a Casa Civil da Presidência da República. Tal articulação está prevista no decreto nº 8.040, também de 8 de julho de 2013, que define o arranjo de gestão do Programa, sob encargo de um Comitê Gestor e de um Grupo Executivo. O Comitê Gestor é a instância deliberativa, com função de fixar metas e orientar a formulação, a implementação, o monitoramento e a avaliação do Programa, sendo composto pelas instâncias acima citadas e coordenado pelo titular do Ministério da Saúde. O Grupo Executivo, vinculado ao Comitê Gestor, é responsável por assegurar, monitorar e avaliar a execução das ações, a partir das orientações do Comitê Gestor. Sua composição se dá pela participação de representantes do Ministério da Saúde, que também o coordena, do Ministério da Educação, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e da Casa Civil da Presidência da República.

Até 2017, avalia-se que a totalidade da demanda por médicos oriundos das Prefeituras – mais de 18 mil – foi atendida, abrangendo 63 milhões de usuários, em 4.058 Municípios. A expectativa é de que, até 2018, este número chegue a 70 milhões de usuários. As equipes dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena, da população ribeirinha da Amazônia, do Semiárido, de comunidades rurais, quilombolas, assentamentos, periferia e morros das grandes cidades, que historicamente sofriam pela carência deste profissional, passaram a contar com a presença de médicos. Outros números do PMM mostram que o perfil dos médicos que ocupam as vagas abertas pelo Programa tem mudado. Se inicialmente 85% das vagas abertas foram ocupadas por profissionais estrangeiros, em 2015 todas as vagas novas foram preenchidas por médicos brasileiros. Em relação às vagas para formação médica, um dos resultados aferidos até 2015 mostrava que, pela primeira vez, o interior do Brasil está à frente das capitais em número de vagas (BRASIL, 2015).

Garrafa, em 2003, já alertava sobre esta necessidade de uma ‘contrapartida social’ do graduando em saúde que cursou universidade pública, afirmando a necessidade de discutir este *serviço obrigatório* na rede *pública* de saúde logo após formar-se, como modo de devolver parte do investimento feito pelo país, de exercitar conhecimentos e de conhecer melhor a rede de saúde. É junto à política de formação que se encontra a maior possibilidade de interferência sobre os problemas de provimento e qualificação para atuação no SUS.

(...) seguramente, só a vinda de médicos do exterior também não irá resolver o provimento dos médicos. É mais uma medida paliativa. É preciso mexer com ideologia, com trabalho em equipe, com os outros profissionais. E, sobretudo, alterar a política formativa, aliando a perspectiva de emprego para os formados, conforme a necessidade do povo – em quantidade e qualidade boa (DA ROS, 2013, p. 932).

Um dos maiores desafios para a mudança na política de formação é colocá-la como produto do diálogo, com os impasses históricos que envolvem o trabalho do médico. O PMM emerge em um cenário político que se altera no decorrer de sua implementação. A mudança política no cenário nacional em curso nos últimos dois anos, envolvendo a alternância dos grupos políticos que estão à frente do Programa, tem trazido novos influxos ao processo de mudança na formação médica. A necessidade governamental de dialogar com vários segmentos sociais, a fim de alcançar um pacto de governabilidade, poderá retirar do PMM boa parte de sua potência instituinte. Exemplo disso foi a notícia veiculada pela mídia em vários sites (Portal G1, Portal Uol, Folha, Estadão, Revista Fórum) que anunciava um decreto governamental suspendendo a abertura de novos cursos de medicina no país por um período de cinco anos. A razão oficial seria responder às reivindicações categoria que vê na abertura de novas faculdades uma ameaça à qualidade do ensino médico no país. Parte da mídia interpretou a notícia como uma medida que, contrariando o interesse da população, serviria para atender à forte pressão de entidades de classe, preocupadas com o expressivo aumento das vagas em graduações da área nos últimos anos, sobretudo depois da Lei do Mais Médicos.

Outro exemplo são as diferenças salariais históricas entre médicos e demais profissionais da saúde. A carga horária do curso de medicina,

enquanto investimento de tempo de formação é argumento de uso corrente para justificar a diferença salarial entre o médico e demais profissionais. Assim, permanece como um dos muitos desafios para a política pública de formação em saúde ampliar a inserção do graduando em medicina na Atenção Básica, sem que os dois anos do segundo ciclo se convertam em novo argumento a corroborar as já tão acentuadas assimetrias entre as profissões da saúde.

Outro desafio que vem se interpondo, refere-se às mudanças no cenário político nacional em curso nos últimos dois anos. A necessidade governamental de realizar alianças políticas com vários segmentos sociais - muitos deles fortes expressões do conservadorismo -, a fim de alcançar um pacto de governabilidade, pode trazer novos influxos aos rumos do processo de mudança na formação médica, arrefecendo a inicial potência instituinte do PMM. Observa-se que, o instituído responde às tentativas de transformação do status quo, na mesma medida da potência instituinte das propostas em curso. Trata-se de um jogo de forças que se dá entre o modelo médico hegemônico e também com as *instituições* que nele fundamentam suas práticas, incluindo aí a instituição medicina.

3 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 Referenciais teóricos para a análise das políticas de formação médica no país

Ao pensar o tema da formação médica e nele destacar as forças que disputam o modelo de formação médica no país, debruçamo-nos sobre teorias e conceitos já relacionados à discussão em pesquisas e publicações precedentes. Nesse capítulo, discutiremos conceitos e premissas que auxiliarão a conformar o aporte teórico necessário para o aprofundamento da compreensão acerca do problema de pesquisa, possibilitando o adequado desenvolvimento das etapas subsequentes do estudo.

Viu-se até aqui que os autores avaliam boa parte das experiências de formação focadas ainda em uma dimensão tecnicista, um modo específico de pensar a produção de saúde, que se ancora em modelos de gestão e de atenção em saúde, incompatíveis com a produção discursiva do SUS. A despeito da discussão sobre o modelo de gestão e de atenção colocado pelo SUS, junto aos cursos de graduação e residências profissionais, as estratégias desenvolvidas até o momento ainda não deram conta de fazer incidir um novo pensar e um novo fazer neste campo. Acreditamos que parte dos desafios se deva a questões macroestruturais, que envolvem o mercado de trabalho e a prática profissional, por exemplo. Mas há também uma disputa que se dá no âmbito daquilo que se entende e almeja para a formação. Nesse sentido, podemos identificar que os diferentes modelos de formação expressos nesta disputa sustentam modelos, arranjos já conformados por metodologias, conteúdos e práticas que se articulam no contexto educacional com o objetivo de desencadear determinado processo formativo. Nos capítulos seguintes, gostaríamos de discutir os modelos de formação médica em curso no país e os modelos de formação que os sustentam, bem como, as lacunas originadas neste processo e que demandam pensarmos novos arranjos, valores e caminhos para a formação.

3.2 Formar ou transformar: a pluralidade dos modelos envolvidos na formação médica

O dicionário Aurélio da Língua Portuguesa apresenta sua etimologia ligada ao vocábulo latino *formatione*, significando formar, construir, constituir, e aludindo àquilo que se encontra em processo de interação e de transformação. Em Freire (1998), tem-se um sentido para formação associado ao fazer permanente, uma alusão à dimensão processual da interligação de vários conhecimentos (livros, aulas, conversas, observações, internet, entre outros) e de um trabalho de teor pessoal. Nessa acepção, a formação se daria como efeito desta interação entre o sujeito e o mundo, um ‘formar-se a si próprio’. As novas abordagens em formação têm enfatizado esta dimensão pessoal, advinda da maturação interna e da experiência, colocando o ‘formar’ e o ‘formar-se’ como aspectos indissociados de um mesmo processo, no qual o percurso realizado pelo sujeito merece destaque. Para este trabalho pessoal que envolve o ‘formar-se’ é necessário que os problemas abordados estejam relacionados aos modelos e objetivos da formação, bem como, conteúdos, experiências, interações sujeito-meio, estímulos, juntamente com um plano de apoio durante o processo, mantendo relação com uma dimensão ideológica-cultural. Neste tipo de formação, estariam presentes componentes teleológicos (âmbito das finalidades) e axiológicos (âmbito dos valores) que extrapolariam os aspectos técnico-instrumentais envolvidos (NÓVOA, 1997).

No entanto, na formação profissional, este componente mais ‘pessoal’, não se dá de modo autônomo e sim em uma *interformação*. A participação do sujeito envolveria dimensões epistemológicas, ideológicas e culturais, em situações que viabilizam a reflexão e a tomada de consciência das limitações sociais, culturais e ideológicas da profissão em questão, o que abarcaria a construção de certo *projeto*, pessoal e coletivo, acerca da profissão (GARCIA, 1997).

Já o termo educar, origina-se também no latim, *educare, educere*, e é composto pela união do prefixo *ex* (fora) e *ducere* (conduzir ou levar). Seu significado literal é o de conduzir para fora ou direcionar para fora. Assim, educação, em sua origem, teria o significado de “direcionar para fora” e era empregado com o sentido de disciplinar ou preparar uma pessoa para o mundo, para viver em sociedade, sendo a ação de conduzir para fora da casa dos pais, para fora de si mesma, mostrando as diferenças que iria encontrar no mundo. A centralidade da ação educativa estaria nesta dimensão interacional entre os sujeitos e em sua relação com o mundo. Conceitualmente, educação também é associada à vivência de

hábitos, valores e costumes, através das situações presenciadas e das experiências vividas, incluindo aí os conhecimentos necessários para o exercício de uma função. Lembrando que na educação profissional o sentido técnico em geral tem destaque, tem-se, nesta acepção, uma associação do termo a um processo contínuo de desenvolvimento de capacidades, que podem ser de ordem física, intelectual e moral, que visam integrar o educando à sociedade ou a um grupo. A partir destas conceituações, é possível perceber o caráter polissêmico do termo educação e que seu sentido permanece em disputa: tem-se desde perspectivas que a colocam como ontologicamente política, como a Freireana que a indissocia do processo de transformação do mundo, até concepções como a de René Hubert (1976), filósofo e teórico pedagógico, que a associa a um conjunto de ações e de influências que se exercem voluntariamente entre os sujeitos, tendo tais ações um propósito definido, relacionado ao exercício da função nos contextos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade em que o sujeito está integrado.

Analisando a etimologia dos dois termos, encontra-se em comum, o sentido de constituição de algo novo, abarcando aí uma dimensão processual e construcional. Mas o termo formação aparece como constituído das dimensões teleológica (âmbito das finalidades) e axiológica (âmbito dos valores), diferença que abre novas pistas para esta discussão. Afinal, que está em jogo quando se busca precisar estes conceitos?

Segundo Heckert (2007), os modos como se compreende e se intervém no campo da formação/educação, ainda está marcadamente atravessado por uma acepção transmissionista, calcada na ideia de acúmulo de conceitos e informações como sinônimo de consistência. Essa acepção, ainda hegemônica, ancora-se na noção de emissores e receptores do conhecimento, mesmo nos casos em que é dado a estes o status de sujeitos ativos do conhecimento. Este entendimento vem atravessado pelo referencial comportamentalista-cognitivo, na qual saberes e experiências dos sujeitos são relegados, redundando em práticas dissociadas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais.

Focaliza-se a mudança de atitudes, partindo da premissa que os sujeitos são entes pré existentes, abstratos, homogêneos, seguindo a tradição filosófica ocidental que supervaloriza o sujeito do racionalismo cartesiano, em uma afirmação do projeto pedagógico iluminista. Essa noção alimenta uma compreensão totalizante de subjetividade, colada à ideia de 'essência', de 'natureza humana', e o conhecimento desta 'natureza' forneceria os meios para promover o aperfeiçoamento moral. As práticas de formação engendradas a partir desta noção costumam

acontecer de modo prescritivo e voltadas à mudança de comportamento, sem protagonismo dos sujeitos. A linguagem, as estratégias de disciplinamento e o acolhimento, se dão de modo a reduzir as tensões e desestabilizações produzidas no encontro dos diferentes. Os sujeitos são vistos isoladamente, ganhando relevo as noções dicotômicas, fundamentadas na lógica binária: aprende/não aprende, capaz/incapaz, lento/acelerado. As tentativas de compreensão do que se passa com os sujeitos assumem caráter classificatório e os elementos que poderiam gerar produção de sentido para o que acontece se transformam em queixas e culpabilização do outro (ROCHA; AGUIAR, 2010).

Uma perspectiva de formação que se ancora em uma ideia de sujeito como alguém passivo, dócil, está revestida de uma perspectiva moralizadora, que se pautará em ações prescritivas de saberes, reforçando assimetrias de poder, de modo somatório. Não promove a reflexão e a interferência com os sujeitos, reforçando relações de tutela, a serviços da manutenção de certas formas de existência. Assim, fundamentando-se em métodos que dissociam teoria/prática, estudo/intervenção, sujeito/objeto, constituem-se processos de formação desvinculados da experiência concreta, calcados em modos de fazer apaziguadores e homogeneizadores, refêns da compreensão de que a conformidade e a unanimidade são condições para o entendimento e o desdobramento de ações. Dissociando técnica, ética e política, estes modos de formar não priorizam a intervenção nos problemas identificados nos serviços de saúde.

Talvez o maior desafio para a superação desse modelo concentre-se no enfrentamento da lacuna ético-estético-política existente hoje na formação. O paradigma ético-estético-político, proposto por Guattari (1992), para contrapor o paradigma científico, tem inspirado modos de formar em que as práticas se caracterizam pela potência em gerar novos modos de subjetivação. Tais modos de formar não se restringem à discussão de problemas e troca de experiências, mas enfatizam a experimentação articulada à constituição de um campo problemático, por meio do manejo de dispositivos, um plano de questionamentos, que permita explorar as várias possibilidades de percurso e de interferência na realidade.

A dimensão ética desta formação não é dada obviamente por uma produção moral, do senso de dever, mas pela construção de uma escuta-experiência e pela transformação que esta nos provoca, possibilitando outros modos de ser conectados com a afirmação da vida como multiplicidade e abertura. A dimensão estética conforma-se na invenção de percursos, modos de fazer, produzindo novas formas de subjetivação e

realidades, em um compromisso com o movimento contínuo, com o fluxo criativo, que é a marca do pensamento que interroga a realidade e propõe-se a transformá-la. A vida é entendida como “obra de arte”, aberta para a reinvenção do ser, do estar e do sentir.

A dimensão política coloca-se pela perspectiva de que, os modos de organizar o mundo em que se quer viver podem - *e devem* - ser resultado de nossa escolha e, segundo Rolnik (1993), está focada na luta contra as forças que obstruem, em nós, as possibilidades do devir. Ela prevê a constituição de um “campo de intervenção”, para o qual os sujeitos devem se voltar, a fim de problematizar e criticar a realidade, permitindo a intensificação do encontro entre sujeitos.

Este paradigma sustenta propostas de formação que buscam propor a reflexão sobre o agir e o sobre o modo como nos implicamos com as instituições em questão - como meio de se encontrar outras possibilidades de resistir a certas políticas do desejo que buscam conformá-lo, adestrá-lo a um modo específico de viver, roubando-nos a possibilidade do devir, da abertura à multiplicidade. Essa abertura corresponderia à dimensão ética do paradigma. A dimensão estética seria dada pelo fomento à invenção de modos de fazer, de práticas que considerem as múltiplas forças em jogo. E a dimensão política adviria da problematização e crítica da realidade indissociada de uma perspectiva de intervenção, que intensificasse o encontro entre sujeitos.

Compreender a formação como instituição permite dar visibilidade a dimensões essenciais para transformá-la, com assinalamento de possibilidades de interferir na realidade a partir de movimentos que permitam desestabilizar os instituídos.

A noção de instituição aqui é a de processos, movimentos que se sustentam por forças dialéticas: de um lado as forças que a impelem para a mudança, o instituinte, e de outro, as forças conservadoras, o instituído, que empurram a instituição para formas mais rígidas, estáveis e duradouras (LOURAU, 1975). Formação nessa acepção é entendida como processo que se dá sempre no encontro com o outro, produzindo subjetividade, deslocamentos do que já estava instituído, implicando jogos de forças e relações de poder.

As instituições são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidades de comportamentos. Alguns autores

sustentam que leis, normas e costumes são objetificações de valores. As leis, em geral, estão escritas; as normas e os códigos também. Mas uma instituição não necessita de tal formalização por escrito: as sociedades ágrafas também têm códigos, só que eles são transmitidos verbal ou praticamente, não figurando em nenhum documento. O que essas lógicas significam? Significam a regulação de uma atividade humana, caracterizam uma atividade humana e se pronunciam valorativamente com respeito a ela, esclarecendo o que deve ser, o que está prescrito, e o que não deve ser, isto é, o que está proscrito, assim como o que é indiferente (BAREMBLITT, 2002, p. 24-25).

Essa formação seria atravessada por modos de produção de saberes e fazeres pautados na experiência cotidiana concreta, nos quais a produção de sujeitos se faz no encontro entre forças e processos. Esta noção difere diametralmente da formação associada à reprodução da lógica do ‘especialismo’, na qual determinados saberes e fazeres são invalidados com a finalidade de legitimar a tutela do outro, e assim, poderemos afirmar o que é melhor ou pior para ele, potencializando assim, hierarquizações, pois define quem sabe e quem não sabe.

Dependendo dos fins a que serve a formação, ela pode ser usada como modo de problematizar o mundo em que se vive ou como estratégia de reprodução do mesmo. Se for prática problematizadora, do mundo e dos modos de subjetivação, têm potência de interferir sobre as práticas já instituídas, agindo como dispositivo de intervenção, pois é mecanismo de análise e interrogação constante acerca do instituído, do já ‘formatado’. Quando Foucault (1979) diz que o saber foi feito para cortar, falava desta dimensão de luta que envolve o conceito, oposta à ideia de conhecimento como algo *a priori*, pré-existente e disponível para ser acessado. O conhecimento aqui é ferramenta, meio de se produzir outros sentidos para a realidade, sentidos que incluam os efeitos de relações de poder e saber, que atravessam também aos sujeitos constituindo-os como tal (FOUCAULT, 1983).

Aberta ao campo da criação, a formação inspirada no paradigma ético-estético-político, denominada de formação-intervenção, rechaça a análise da realidade a partir de visões dicotômicas, que separam o saber do fazer, o formar do intervir, a teoria da prática, dando ao conhecimento uma dimensão intervencionista, segundo a qual “todo conhecer é um

fazer”. A formação é tomada em suas diferentes potências, tanto como possibilidade de compartilhamento e problematização da experiência, quanto em seus efeitos disruptivos, encorajando pensamento e corpo a vivenciar seus limites e ultrapassá-los. Se compreendermos formação como ação não prescritiva de regras absolutas ou proibições definitivas, ela tem potência para produzir movimentos e fazeres afirmadores da vida, contagiar e perturbar processos instituídos, agindo assim, como força de intervenção. Uma formação assim pensada e experimentada teria força de produção de um novo fazer ético, estético e político (HECKERT; NEVES, 2007; BARROS, 2006; FUGANTI, 1990).

Pensar a formação médica como instituição (HECKERT; NEVES, 2007), é indissociá-la da ideia de um campo da experiência humana que é produtor de relações de poder. A reprodução de práticas sociais historicamente constituídas definidoras de verdades e modos de subjetivação é sustentada por mecanismos - ou dispositivos - inventados especialmente para agenciar relações de força. Estes dois operadores conceituais – poder e dispositivo - sob a perspectiva foucaultiana do poder, foram desenvolvidos enquanto o filósofo se detinha em historicizar os modos pelos quais os seres humanos se constituem como sujeitos. Ao analisar os modos de objetivação do sujeito, Foucault se implicou fortemente com o tema do poder, observando que as relações de poder, assim como, as relações de produção e de significação, atravessam os sujeitos.

Considerando insuficientes os instrumentais teóricos então disponíveis para a compreensão das relações de poder, o autor se propôs tratá-lo a partir de uma abordagem crítica, histórica e em constante revisão. Localizado não apenas como questão teórica, mas inserido no campo da experiência, a problemática do poder exigiu a produção de uma ‘economia’ das relações de poder, capaz não só de conceituá-lo, mas também de explicar as relações que engendra entre os indivíduos.

A abordagem foucaultiana do poder dá relevo aos meios pelos quais são exercidos o poder e os efeitos disto sobre os indivíduos, assim, o tipo de poder que ele se propõe a analisar é aquele presente nas relações entre os indivíduos ou grupos, e que se expressa em estruturas ou mecanismos que permitem a alguns exercerem poder sobre outros (FOUCAULT, 1995). Não se trata de uma abordagem totalizante ou universalista, mas de analisá-lo sempre em ato, nos agenciamentos que articulam saberes, práticas e instituições, olhando para as condições históricas que interferem na produção destas relações (REVEL, 2005).

Como ponto de partida para a produção desta economia, Foucault lança mão dos fenômenos de resistência ao poder, aquelas experiências

que dão visibilidade a estas relações conseguindo localizá-lo, e a seus métodos. Estas resistências às estratégias de sustentação do poder resultam em tipos especiais de luta, que guardam entre si algumas características comuns. Em geral, são resistências que, buscando enfrentar o autoritarismo, emergem simultaneamente em mais de um lugar, reagindo criticamente aos efeitos das experiências de poder que estão próximas aos indivíduos. Outras características destas resistências são o fato de defenderem o direito a ser diferente e a ter laços de vida comunitária, denunciando regimes de saber que colocam o conhecimento a serviço das relações de poder e da homogeneização das individualidades. São lutas que têm como alvo, as técnicas de poder cotidianas que categorizam o indivíduo, que lhe impõem uma lei de verdade a ele e o sujeitam a outro por meio de controles e dependência.

Foucault (1995) localizou três diferentes focos destas lutas: contra a dominação étnica, social ou religiosa; contra a exploração que separa os indivíduos daquilo que produzem e contra a sujeição e submissão da subjetividade. Esta última forma de luta tem-se tornado particularmente presente na sociedade, fato que Foucault associa à adoção, pelo Estado moderno, de uma antiga técnica de poder, que Foucault chamou de poder pastoral. Dentro da Igreja, este poder é auferido a certos indivíduos em virtude de possuírem qualidades religiosas distintas, outorgando-lhes uma posição diferenciada em relação aos demais, que lhes dá o direito de conduzi-los, guiá-los moral e espiritualmente. Junto ao Estado, o exercício deste poder é realizado de modo bastante estratégico: em troca da submissão a certo tipo de individualização, o Estado promete aos indivíduos proteção e segurança (em relação à saúde e ameaças à vida, ao bem-estar, a possuir suficiente riqueza, entre outros).

A ‘condução’ dos indivíduos assume um duplo significado: tanto o de liderá-los quanto de guiar suas condutas para que fiquem dentro de um campo específico de reações. Esta condução se dá num sentido de governo sobre o outro, que pode ir desde formas legitimadas de sujeição política ou econômica até ações calculadas para agir sobre as possibilidades de ação. Os agentes do poder pastoral exercido pelo Estado não são mais os sacerdotes, mas indivíduos ligados a aparelhos ou instituições públicas (polícia, sociedades de bem-estar filantropas, família, medicina, psiquiatria, educação, entre outras).

Para que opere deste modo, o exercício do poder só pode se dar entre sujeitos livres, sendo a liberdade sua pré-condição de existência, o que vale dizer que é a possibilidade de resistência que lhe garante o *status* de poder, sem ela o poder se transforma em imposição física. Isto permite que o poder possa chegar mesmo a ser desejado, o que demonstra a

amplitude de suas estratégias no que tange à capacidade de modular as subjetividades. Aqui se localiza um problema de dimensões política, ética, social e filosófica: o poder exercido pelo Estado, impõe certo tipo de individualidade, certo disciplinamento, interferindo na escolha das formas de subjetividade que se deseja adotar. Como as relações de poder compõem a trama social, de tal modo, que o viver em sociedade implica necessariamente a ação de uns sobre os outros, é tarefa política das mais relevantes analisá-las e a seus efeitos sobre os indivíduos (FOUCAULT, 1995).

É essencial ter claro que o poder abordado por Foucault, não faz os indivíduos renunciarem à liberdade ou consentirem em transferir seus direitos, mas se dá em ato, através de ações que irão interferir nas escolhas de conduta. Este poder não se fundamenta na violência ou na obtenção de consentimento, podendo até manipular ou seduzir e, no limite, constringer ou proibir, mas seu modo de atuar não é necessariamente jurídico ou de guerra. Isto só é possível porque não age diretamente sobre o outro, sendo antes um exercício de governo, de direção da conduta do outro, do que um enfrentamento entre adversários. “(...) governar, neste sentido, é estruturar o possível campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244). Nessa perspectiva, não há contradição entre poder e liberdade, ao contrário, ambos se mostram indissociáveis, visto que é no interior das próprias relações de poder que os fenômenos de resistência e luta por liberdade são produzidos (REVEL, 2005).

Tal análise deve considerar os elementos que permitem e definem como estas relações se darão, guiando as análises sobre relações de poder. Foucault (1995), distingue cinco elementos condicionantes destas relações: a) o sistema que legitima as diferenças entre os sujeitos; b) os tipos de instrumentos pelos quais o poder se exerce (sistemas de vigilância, regras, etc.); c) os objetivos daqueles que agem sobre a ação dos outros; d) o grau de racionalização ou o grau de refinamento tecnológico envolvido na definição do campo de possibilidades de conduta que se deseja produzir e e) as formas institucionais utilizadas. Em relação às formas institucionais, estas podem atravessar e se apoiarem nas estruturas jurídicas, na autonomia funcional, nas estruturas hierárquicas bem definidas, como as encontradas em instituições formadoras e no exército, nos hábitos ou fenômenos de moda como os que atravessam a instituição familiar, em dispositivos específicos com regras próprias. Podem ainda assumir a forma de sistemas complexos, como o Estado que funciona como instância geral de organização e distribuição das relações de poder que, embora não derivem dele necessariamente, encontram em seus múltiplos aparelhos de controle o substrato para sua

governamentalização, processo pelo qual tais relações são constituídas, racionalizadas e centralizadas a partir de uma institucionalização sustentada pelo Estado.

Deleuze (2005) chama a atenção para a desconstrução que Foucault faz acerca do poder. Não se trata de algo que uma classe possui porque a conquistou, um tipo de propriedade, mas do efeito de conjunto de posições estratégicas assumidas pelos que exercem o poder, lançando mão de manobras, técnicas, táticas e funcionamentos. Na analítica do poder construída por Foucault, o poder não é homogêneo, unívoco, mas dá origem a uma miríade de pontos de enfrentamento, de lutas que o instabilizam, onde as relações de força podem se alterar transitória e dinamicamente. Tampouco o Estado é ponto estável ou autônomo nesta trama por onde o poder circula, sendo efeito de uma vasta gama de engrenagens e atravessado por forças múltiplas derivadas de uma sociedade que usa a tecnologia disciplinar para fazer com que todas as espécies de instituições e aparelhos converjam a um tipo específico de aplicação.

Mas, se desde Platão o pensamento ocidental afirmava uma relação conflituosa entre saber e poder, Foucault desconstrói esta ideia demonstrando como o poder político se articula com o saber em cada momento histórico, sustentando efeitos de verdade e fazendo destas verdades lugares de poder. Apesar do lugar estratégico que o aparelho de Estado ocupa em relação aos fenômenos de governamentalização, circunscrever a análise das relações de poder a esta instância não dá conta de visibilizar a capilaridade destas relações no tecido social e as variadas formas de subjetivação que produzem. O conceito de dispositivo nasce exatamente da análise das técnicas, estratégias e formas de assujeitamento envolvidas nas relações de poder. Compondo o campo das estratégias de poder, os dispositivos de que fala Foucault, servem à interferência racional e organizada sobre as relações de força, conferindo-lhes direcionalidade ou qualquer outro atributo necessário ao jogo do poder. Como a produção de verdade é inerente a este jogo, os dispositivos sempre envolvem relações de saber, tanto no sentido de produzi-las, quanto de serem produzidos por estas (FOUCAULT, 1979). Acerca das possíveis formas assumidas pelos dispositivos, Foucault dirá que são:

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em

suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos. [e entre estes] Existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes, [cuja finalidade] é responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (FOUCAULT, 1979, p. 244).

O dispositivo muitas vezes apoia-se nas instituições, mas delas se distingue. Trata-se de estratégias agenciadoras de relações de força, que por sua vez, sustentam tipos de saber e são sustentadas por eles (FOUCAULT, 1979). Acerca dos dispositivos, Deleuze (1990, p. 155) apresenta-os como multilinearidade:

(...) é uma espécie de novelo ou meada, um conjunto multilinear. É composto por linhas de natureza diferente e essas linhas do dispositivo não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam uma das outras. Cada está quebrada e submetida a variações de direção (bifurcada, enforquilhada), submetida a derivações. Os objetos visíveis, as enunciações formuláveis, as forças em exercício, os sujeitos numa determinada posição, são como que vetores ou tensores. Dessa maneira, as três grandes instâncias que Foucault distingue sucessivamente (Saber, Poder e Subjetividade) não possuem, de modo definitivo, contornos definitivos; são antes cadeias de variáveis relacionadas entre si.

Segundo Deleuze (1990), as linhas de força de um dispositivo promovem o movimento, passando por todos os lugares do dispositivo, sendo a “dimensão do poder”. Há também linhas de visibilidade, de enunciação, de subjetivação, de ruptura que mesclam e modulam. Com esta variabilidade, a noção de dispositivo recusa a ideia de todo, de verdade universal, de sujeito como categoria a priori. Há apenas processos que singularizam, objetificam e produzem subjetivação, e que são imanentes à multiplicidade de cada dispositivo, denso portanto diferentes

em cada um. A produção de subjetividade desliza dos poderes e dos saberes de um para estar sob poderes e saberes de outro.

Práticas discursivas e não-discursivas estão articuladas no dispositivo, agenciando instâncias de poder e de saber e funcionando como um aparelho, um mecanismo que produz e organiza as subjetividades (DREYFUS; RABINOW, 1995). Para que um dispositivo de poder opere e se mantenha de modo efetivo é necessária a constituição de estratégias capazes de enfrentar as resistências e insubmissões inerentes às relações de poder, que implicam estratégias de confrontação ou de luta em potencial contra estes mecanismos. O confronto entre estas forças antagonicas tem seu término quando se instituem mecanismos estáveis através dos quais a condução das ações do outro se torna possível.

Nas relações de confrontação, constituir uma relação de poder é o objetivo. Não é possível haver relações de poder sem que existam também esses pontos de insubordinação, mas as intensificações de poder para sujeitar o insubordinado podem ou se transformar em vitória sobre ele ou torná-lo um adversário. Cada estratégia de confrontação almeja converter-se em relação de poder e cada relação de poder volta-se facilmente à ideia de transformar-se em estratégia vencedora, caso encontre confrontação. A dinâmica das relações de poder é instável, está constantemente sujeita a se tornar confronto, e vice-versa: relações de adversidade podem tornar-se alvo de mecanismos de poder.

Como o tema do poder é abordado metodologicamente sob a luz de seus mecanismos de dominação, a noção de dispositivo é formulada para dar visibilidade a tais mecanismos. De natureza múltipla, heterogênea, inicialmente estes mecanismos são localizados sob a expressão "dispositivos de poder". Ao longo de seu trabalho, à medida que se dedica ao estudo da natureza e das funções estratégicas dos dispositivos, Foucault irá tornar estas expressões cada vez mais específicas, passando a denominar os dispositivos conforme o contexto: dispositivos de saber, dispositivos de sexualidade, dispositivos disciplinares etc. (REVEL, 2005).

Ao utilizar o termo poder, Foucault não intencionava significar o poder enquanto categoria universal, composta por instituições e aparelhos constituídos para assujeitar os cidadãos em um Estado, nem tampouco, como conjunto de regras voltadas a um modo de sujeição oposto ao da violência. Também afastou a ideia de poder como sistema de dominação exercida por um grupo, junto aos demais membros de uma sociedade e que derivaria até atravessá-la como um todo. Elementos como a soberania do Estado, a lei ou a dominação como unidade são formas terminais, efeitos do poder. Ele deve ser compreendido primeiramente como:

[...] a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as alojam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 1988, p. 88-89).

A condição de possibilidade do poder, o ponto de vista que permite tornar seu exercício inteligível até em seus efeitos mais periféricos e consegue empregar seus mecanismos como chave de inteligibilidade do campo social, deve ser buscada no suporte móvel das correlações de força que, devido a sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, sempre localizados e instáveis. O poder se produz a cada instante em toda relação entre um ponto e outro. Aquilo que o poder tem de auto reprodutor advém do efeito de conjunto destas mobilidades todas, em um encadeamento que se apoia em cada uma delas. Não é uma instituição, nem uma estrutura, nem certa potência de que todos são dotados. Para Foucault (1988), é uma situação estratégica complexa numa dada sociedade. O autor elabora um conjunto de pressuposições acerca do poder:

- a) que se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis que imanam de outros processos e relações (econômicos, de conhecimento, sexuais, etc.), sendo efeito das desigualdades e desequilíbrios produzidos ali;
- b) que não se origina da oposição dominadores/dominados: múltiplas correlações de forças se formam e atuam nos aparelhos de produção - família, grupos restritos, instituições, condicionando efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social, formando uma linha de força geral que afeta as forças locais, gerando convergências e alinhamentos;
- c) que há intencionalidades e objetivos no exercício do poder, mas não há uma origem única para estas relações. Mesmo que sua racionalidade esteja explicitada no nível local, ela é condicionada e sustentada por forças de outros locais, formando dispositivos de conjunto;

- d) que as resistências ao poder nunca se localizam exteriormente a ele. Funcionam antes como pontos de apoio para seu exercício. Sua existência é condicionada à emergência destas relações de resistência. Assim como, não existe poder absoluto não há resistência absoluta: as lutas que expressam enfrentamento são múltiplas, móveis e transitórias, e em geral, não produzem rupturas radicais. As resistências permeiam o corpo social e os indivíduos, do mesmo modo que, as relações de poder atravessam aparelhos e instituições. As revoluções são possíveis quando há uma integração estratégica desses pontos de resistência, a exemplo da integração que o Estado obtém, através do papel que as instituições exercem sobre as relações de poder.

A partir dessas premissas, Foucault sugere que é mais efetivo ocupar-se de analisar o poder sob a perspectiva de seus objetivos, táticas, efeitos globais e instáveis de dominação, do que tentar explicá-lo pela ótica de uma relação de soberania absoluta do Estado, tal é o efeito da transição de modos de expressão de força, que nas civilizações ocidentais passaram da guerra ao poder político. Assim, em vez de perguntar-se como o Estado ou outros grupos têm imposto certas verdades acerca da formação médica, é mais pertinente questionar a qual dominação global serve a produção de verdades sobre esta prática.

Compreendendo-se a ‘formação médica’ como instituição atravessada por diferentes dispositivos, sustentados por forças que articulam elementos e práticas de saber e poder, de ordem heterogênea, discursiva e não discursiva. Deduz-se que tais dispositivos produzam efeitos de subjetividade nos sujeitos que dela participam. Esses efeitos de subjetividade interferem e contribuem na conformam das *políticas* de formação médica vigentes no país. Falar de *políticas* assim, no plural, decorre da análise da existência de diferentes orientações e modos de fazer que se sobrepõem no campo, num mosaico histórico revelador das disputas e interesses em curso. Estas políticas recebem a interferência da política governamental aplicada a esta formação, mas não se resumem a ela. Absorvem outras forças de interferência significativas, como as originárias nas relações de mercado e do próprio sistema econômico vigente.

A este respeito, Feuerwerker (2002), afirma haver uma relação direta entre as relações de poder estabelecidas dentro das escolas médicas - entre departamentos, professores e alunos - e destas com a sociedade, e a superação do paradigma positivista na produção do conhecimento. Sem a transformação destas relações de poder, não seria possível alterar o

processo de construção do saber médico e a concepção do processo saúde-doença. Tem-se então a democratização da instituição ‘formação médica’, como processo resultante da interferência de sujeitos que visam alterar os poderes instituídos, utilizando-se para isto da construção de espaços e dispositivos de compartilhamento de poder. Esta transformação inicia com a construção da proposta de mudança institucional entendendo, então, que esta precisaria ser conduzida coletivamente, fomentando a participação dos sujeitos e grupos implicados com o processo formativo: professores, alunos, áreas e departamentos (CAMPOS, 2000).

Mas cabe refletir sobre os modos de se acionar tais movimentos de mudança, visto que, a princípio, o quadro que se encontra nestas instituições é o de uma histórica concentração de poderes em alguns grupos. A chave para esta questão, segundo Feuerwerker (2002), estaria em fomentar processo de reflexão crítica que incluíssem todos os sujeitos implicados na mudança, aportando novos conhecimentos sobre as práticas de formação e ampliando assim a capacidade de interferência e o protagonismo destes sujeitos. Isto fomentaria uma horizontalização das relações entre dirigentes e dirigidos, diminuindo as distâncias hierárquicas entre os diferentes sujeitos e ampliando a circulação de poder.

Este entendimento aproxima-nos do pressuposto foucaultiano de que, não há relação de poder sem um campo de saber correspondente e nem um saber que prescindia e não constitua relações de poder. O poder produz saber, sendo que, esta premissa implica pensar o poder como relação, algo que não se situa em instância determinada (FOUCAULT, 1971). Tal movimento não é possível com processos construídos de modo prescritivo, por um único grupo e por imposição da substituição de um modelo por outro. Pode-se trabalhar com a ideia de diretrizes, conceitos fundantes ou princípios, mas a exemplo do que muitas políticas de saúde já descobriram, as políticas de formação precisam incorporar a singularidade de cada local. A produção local de uma política de formação se engendra na prática pedagógica cotidiana, não acontecendo por passe de mágica a partir da mera elaboração de projetos pensados isoladamente. A retomada da ideia de constituir na formação um campo de experimentação mais abrangente, que amplie o debate para muito além da discussão clínica, aqui ganha relevo, pois é na prática clínica concreta, nos cenários reais da prática profissional, que o projeto de transformação realmente ganhará a densidade necessária para a mudança do modelo de formação. E se este modelo se entende como proposta ampliada à tradicional proposta de formação médica, é preciso fortalecer espaços

curriculares de inclusão destes novos temas, práticas e relações, oportunizando a experimentação das mesmas.

As estratégias para operar esta mudança, além de se constituir de modo participativo precisam considerar o jogo de forças e poderes que circundam a instituição formação médica. Para além das forças que circulam entre grupos, sujeitos e áreas de uma instituição de ensino, têm-se outras, de caráter mais abrangente, e se atualizam nos poderes locais.

Uma mudança de amplitude nacional precisaria operar nestes dois eixos, produzindo estratégias que permitissem influenciar o jogo político, de modo a favorecer os movimentos pela mudança. Mapear as forças contrárias, entender suas raízes e o modo como se reproduzem dentro das instituições, nos parece processo fundamental para qualquer iniciativa deste porte.

Gerar composição e comum entre grupos heterogêneos, que operam com modos de pensar divergentes, não é tarefa fácil. Sujeitos que operam em um modo de pensar autoritário, muito provavelmente rechaçarão iniciativas que ameacem os dispositivos de reprodução do autoritarismo e da concentração de poder nas instituições. O que se vê em iniciativas de transformação institucional sustentadas apenas por novas normatizações ou pela implementação de processos gestados de modo privatizado é o acirramento de movimentos e forças antagônicas, que buscam sabotar a mudança.

Processos profundos de transformação na formação são complexos, envolvem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais, envolvem o enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados, hegemônicos, envolvem a construção de alternativas que não estão dadas. São processos que implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e que estão sob risco o tempo todo. (FEUERWERKER, 2002, p. 13).

A mera sujeição de um conjunto de interesses a outro conjunto, ou de um grupo a outro grupo, não garante a sustentabilidade e estabilidade necessária para consolidar este tipo de mudança. Porque se trata de uma transformação que não é apenas técnica, mas que tem alta voltagem de transformação ética, estética e política, e estas só se sustentam a partir de coletivos com perspectivas afinadas sobre temas como o poder e o lugar do sujeito nas relações. Nesse sentido, entende-se que a localização e compreensão das diferentes forças, interesses e intencionalidades do

campo da formação médica pode ganhar nova intensidade quando se aproxima da análise que a Bioética Social vem fazendo acerca das políticas públicas de saúde.

3.3 A Bioética social e a análise moral dos modelos de formação médica

A Bioética Social reúne um conjunto de correntes bioéticas que têm se ocupado não só da priorização de temas voltados às grandes questões sociais, mas também da reflexão acerca dos modos pelos quais têm sido conduzidas estas e outras análises, sempre pautando a centralidade de se avançar na consolidação de um olhar social para a realidade. A Bioética Social contribui para pensarmos as situações que, exatamente por serem cotidianas, e sendo assim, muito mais frequentes, nos exigem um posicionamento ancorado em critérios que se norteiam por dimensões éticas, e que por consequência nos impele a considerarmos também a dimensão política nestas análises e reflexões (BERLINGUER, 1996; 2004). Garrafa (2005) a esse respeito, sinaliza a necessidade de que a Bioética esteja comprometida com a realidade concreta dos países periféricos, especialmente da América Latina, e epistemologicamente fundamentada em preocupações como a de não universalizar as diferentes situações, tomando o cuidado de sempre contextualizar os problemas desde sua especificidade cultural, religiosa, política, etc. Também o respeito ao pluralismo moral, a multi e a intertransdisciplinaridade, seu comprometimento com respostas concretas aos conflitos que se apresentam, entre outros, estariam entre os referenciais epistemológicos necessários à bioética.

Para Vidal (2010), a Bioética Social se organiza a partir da premissa de que os principais problemas éticos enfrentados pela consciência moral estão relacionados a fenômenos como a pobreza, a guerra, a violência, a fome e a exclusão social de uma parcela significativa da humanidade.

A produção de condições de luta por modos de vida melhores e mais dignos está intimamente ligada ao direito à Saúde e ao direito à Educação, e ambos à conquista da cidadania. A conquista destes direitos tem tornado imperativo pensar a formação profissional voltada não apenas ao desenvolvimento de competência técnica, mas também, à ação compromissada com as necessidades colocadas pelo cotidiano. A produção de conhecimentos a partir da experiência concreta é expressão do pacto ético-político com a transformação da realidade. Mas, a população brasileira sofre ainda as consequências do estado de exceção

institucionalizado que teve início em 1964, no qual o cerceamento dos direitos da cidadania impactou fortemente o ensino no país, sendo a formação acadêmica uma das mais atingidas pela opressão e autoritarismo do período (REGO, 2013).

Se a consolidação da ação democrática depende da reafirmação do Estado democrático de Direito, é necessário combater a herança deixada pelo projeto autoritário encerrado na década de 1980, mas que ainda reverbera nas mensagens excludentes e demofóbicas veiculadas nos meios de comunicação e, a nosso ver, também nas redes virtuais. Uma das respostas a este projeto autoritário tem sido desenvolvida pela mudança na discussão ética empreendida pela sociedade nas últimas décadas. Se as questões éticas antes eram abordadas como uma questão privada, de foro íntimo, ou se ocupavam principalmente dos códigos de ética profissionais, os grandes escândalos políticos ocorridos principalmente nas décadas de 1970 e 1980 induziram uma popularização deste debate. A participação direta nas discussões sobre saúde pública e o bem-estar futuro das comunidades foi incorporada ao rol de reivindicações por maior participação social, transferindo ao debate ético uma identidade pública (REGO, 2013).

Nesse campo, a acirrada mercantilização e medicalização da vida é um dos principais desafios da luta pelo direito à saúde e vem alimentando verdadeiros paradoxos morais. A saúde ora é associada ao debate sobre as profundas desigualdades sociais e sobre a escassez de recursos na saúde, ora é colocada como bem de consumo, ficando à mercê da especulação de corporações empresariais e industriais. Assim, o que se coloca em questão para a Bioética é a produção de referenciais que possam contribuir com a tarefa de desnaturalizar paradoxos, apontando a insuficiência da reflexão ética acerca das políticas públicas, enfrentando a iniquidade contida em formulações e posicionamentos fundamentados em valores que se afastam da defesa da vida e do bem comum (REGO, 2013; GARRAFA, 2003).

As políticas públicas de educação voltadas às profissões da saúde têm sido criticadas por não conseguirem formar a contento profissionais que entendam, se interessem e defendam o SUS enquanto política pública que entende a saúde como direito. Os recém-formados, oriundos em sua maioria de instituições com déficits na qualidade do ensino e currículos inadequados, ainda estariam despreparados para lidar adequadamente com a situação sanitária brasileira, uma vez que, pouco instrumentalizados para a análise e enfrentamento dos problemas relacionados à universalização e melhoria da atenção à saúde dos mais necessitados. A fragilidade da articulação entre as políticas de saúde e de

educação é um dos problemas que vem minando a sustentabilidade de ambas, pois desestrutura a capacidade do Estado de produzir uma efetiva resposta às crises que se sucedem nos dois setores. A formação de profissionais de saúde capazes de contribuir para a crítica da realidade sanitária e, por consequência, sua transformação poderia ser uma poderosa estratégia para o fortalecimento de ambas as políticas (GARRAFA, 2003).

Ainda do ponto de vista da análise moral das políticas de educação para a saúde, é relevante olhar para o grau de comprometimento das universidades com o SUS. Uma participação mais direta da universidade, com responsabilização pela gestão e atenção de serviços e regiões de saúde, é apontada por Garrafa (2003), como estratégia de aproximação da formação à realidade do SUS. Essa aproximação é necessária se quisermos evitar utopias tecnocráticas, aquelas que, segundo o autor, gera projetos e programas formulados e desenvolvidos apenas por especialistas, dentro de gabinetes ou laboratórios acadêmicos, sem interlocução com a sociedade. Esses programas e projetos sanitários devem ter na participação social seu parâmetro ético, visto ser legítima balizadora dos interesses da sociedade.

A responsabilidade com relação à saúde do povo brasileiro vai muito além da limitada capacidade e das restritas fronteiras das profissões do setor, exigindo para sua viabilização a corresponsabilização direta da própria sociedade uma vez que se trata de um direito e de um patrimônio dela mesma e pelos quais – sem paternalismos – ninguém mais do que ela deve lutar. (...) a existência de mecanismos de controle social das políticas públicas brasileiras é indispensável para que se analise a questão à luz da bioética. A sociedade coletivamente considerada é o sujeito inequívoco de todo esse processo (GARRAFA, 2003, p. 56).

Apesar de a Constituição Brasileira colocar como missão para a Educação, o “pleno desenvolvimento da pessoa e seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1988, p.123), as instituições de ensino brasileiras têm lidado com a tarefa de modo limitado, talvez por não possuir suficiente clareza de como realizá-la. A formação em Saúde vem produzindo um *ethos* de autorreferência que a limita no diálogo com outras áreas do

conhecimento. A abertura para o diferente requer um entendimento do outro, não como alguém a ser derrotado ou convencido, mas com quem se deve produzir um comum, uma composição que permita o fortalecimento do espaço social democrático. A dimensão ética da formação, em grande número de faculdades de medicina, é intencionalmente implementada apenas a partir de aulas e disciplinas, em uma compreensão reducionista de que a ética é algo externo ao indivíduo, passível de ser aprendida pelo exemplo. O desenvolvimento moral resulta de um processo de interação do indivíduo com seu contexto, logo, é plenamente possível fomentá-lo no âmbito do processo de formação, a partir de experiências integradoras das dimensões técnica, ética e política. Porém, a ampliação do uso da teoria construtivista para o ensino e o aprendizado de conhecimentos técnicos não atingiu a mesma amplitude para a construção da capacidade de realizar juízos e julgamentos morais, sendo sua utilização neste tema ainda bastante restrita. Do mesmo modo, a discussão política e a prática democrática são aprendizagens que precisam retornar ao espaço da universidade, de modo indissociado da formação técnica, entendendo que ética e política deveriam ser o arcabouço que nortearia a prática técnico-científica (REGO, 2003; 2009).

Viver numa democracia requer que pratiquemos essa democracia, que exercitemos nossa capacidade de lidar com as diferenças, que exercitemos nossa capacidade de dialogar, de ouvir o outro, não como quem o tolera, mas como aquele que reconhece o direito de o outro ser e pensar de acordo com suas convicções. Esta prática pode e deve ser estimulada pela universidade. Não devemos temer o debate, mas promovê-lo. A universidade precisa tomar para si a tarefa de promover, de fato, a formação democrática (REGO, p.164, 2009).

A Bioética reconhece que saúde e doença estão inseridas no campo universal da experiência e da reflexão, situações que articulam valores e interesses legítimos ligados à saúde e ao exercício da autonomia, ao direito à segurança, à proteção, à informação e à educação. A complexidade deste campo onde se dá o processo saúde doença torna-se maior à medida que costumes e princípios diversificam-se enormemente, trazendo o tema do pluralismo moral para a prática profissional em saúde, onde se entrecruzam a ética da liberdade individual, das necessidades

coletivas e a aplicação dos avanços da ciência e da tecnologia (GARRAFA, 2009).

Em uma sociedade na qual a maioria dos indivíduos é agente moral autônomo, com distintos critérios sobre o que é o bem ou o mal, sobre o que é certo e o que é errado, a relação médica, no sentido da relação interpessoal (ou mesmo com o coletivo), pode ser já, não só, eventualmente conflitiva, mas essencialmente conflitiva. O pluralismo moral é a marca irreversível dos atuais tempos, seja de origem política, religiosa, sexual, racial ou outra qualquer (GARRAFA, 2009, p. 2).

Para além do pluralismo moral, Berlinguer (1993), enfatiza que os progressos científicos não abarcaram toda a humanidade, trazendo o tema do acesso aos serviços de saúde e tecnologias associadas para o centro do debate das políticas públicas de saúde e a necessidade de problematizar as questões morais e científicas que afetam a todos na vida cotidiana. A discussão sobre as mortes prematuras e evitáveis, resultantes da falta de prevenção e tratamento, aponta para a necessidade de levar o debate acerca da moralidade das políticas de saúde também para os espaços de formação.

Giovanni Berlinguer, na década de 1970, já assinalava a relevância de uma educação sanitária que inclui a perspectiva ético-política. Na obra “Medicina e Política”, em que é analisada a formação médica, o autor aborda o tema da consciência sanitária, definindo-a como “a tomada de consciência de que a saúde (...) é um direito da pessoa e um interesse da comunidade”, e frisa: “como este direito é sufocado e descuidado, consciência sanitária é a ação individual e coletiva para alcançar este objetivo” (BERLINGUER, 1987, p. 5). O autor coloca a formação de uma nova consciência sanitária entre os trabalhadores, como premissa para a formação de uma consciência social nova entre os médicos no futuro. Mas já então alertava que estes profissionais poderiam vir a orientar-se por uma atuação puramente terapêutica, reproduzindo práticas conservadoras, em virtude da dificuldade de reconhecimento e valorização do exercício desta profissão como função socialmente ativa.

A reforma universitária e a reforma sanitária na Itália, nos anos 70, conferiram organicidade e continuidade à educação sanitária de massa e à formação médico-social dos trabalhadores sanitários daquele país. Embora a educação sanitária possa ser ação voltada às massas, os especialistas – entendendo os profissionais da saúde como pertencentes a

esta categoria, assumiriam importante função social se fomentassem experiências de formação articuladas aos movimentos organizados dos trabalhadores e dos cidadãos, ou seja, se promovessem experiências que têm em sua base a perspectiva de formação de uma consciência sanitária (BERLINGUER, 1987).

Precisamos proporcionar, no âmbito do processo de formação, oportunidades regulares e de qualidade para que os alunos desenvolvam sua consciência crítica, sua autonomia e sua consciência social. (...) O compromisso com um ensino formativo e crítico-reflexivo tem que se traduzir numa educação libertadora, nos termos de Paulo Freire, e democrática (REGO, 2009, p. 164).

Assim, a construção de uma sociedade igualitária, depende também da ação coletiva de trabalhadores, gestores e usuários da Saúde, em suas lutas por melhores condições de saúde, de trabalho e de vida. No caso do profissional de saúde, uma formação crítico-reflexiva, ética e politizada é determinante para que estes atores conheçam e compreendam a realidade em que se inserem com maior propriedade, tendo a possibilidade de destacar o que é mais relevante e deve ser priorizado no processo de produção de saúde, bem como, o modo como este deve ser realizado, tendo em vista objetivos articulados com a realidade social concreta. Para Berlinguer (1987), a mudança do interesse do médico do plano meramente comercial para o plano cultural e social deve acontecer ainda na formação nas universidades, cumprindo três exigências:

- a) uma preparação de base, biológica e clínica, mais sólida, que evite o rápido envelhecimento dos conhecimentos, bem como, o fomento de uma atitude de estudo e atualização permanentes, sendo o ensino compreendido também como participação em pesquisas, indispensável para que este estímulo aconteça desde o início;
- b) uma orientação para o trabalho colaborativo junto a outros profissionais de saúde, e com os próprios destinatários do seu trabalho, evitando assim, uma atenção médico-centrada e o autêntico exercício do trabalho em equipe e da democracia sanitária;
- c) uma formação social do médico, para além do ensino especializado, com inclusão de todas as disciplinas, integrando o ensino teórico, não só nas práticas internas das instituições formadoras, mas também, fora delas através de visitas,

atividades sociais e políticas, participação de forças culturais e sociais nas atividades didáticas.

Acerca do ensino da *medicina social*, o autor refuta a ideia de localizá-la como tema de uma disciplina isolada, pois não haveria uma *doença social*, mas uma *dimensão social do processo saúde-doença* e explica, com humor:

Que eu saiba, a única doença não social é a febre intermitente que Robinson Crusoe contraiu de 19 de junho a 3 de julho, no primeiro ano de sua estadia na ilha, antes de ter encontrado Sexta-Feira. Depois deste encontro, as doenças de um e de outro assumiram caráter social, porque modificaram relações interpessoais. E assim, em cada ilha ou em terra firme, toda doença tem aspectos sociais na sua origem ou no seu curso (BERLINGUER, 1987, p.181).

A principal discussão acerca da dimensão social do processo saúde-doença, seria justamente a da mudança do *ser social* do médico e no modo como este exerce a profissão. Se ele compreende e participa de uma definição ativa da relação entre medicina e sociedade, pode influenciar eficazmente a organização da saúde, inscrevendo seu objetivo profissional na história da sociedade em que está inserido, por meio da adequação de sua função sanitária às transformações sociais que acompanha. No entanto, Berlinguer (1993), alerta para a relação entre ciência, tecnologia e poder, destacando a preferência das ciências biomédicas e da ação sanitária por tecnologias avançadas, pelo fato de estas estarem mais fortemente associadas com prestígio e lucro, o que levaria a um maior investimento em ações voltadas à reparação que à prevenção.

Para entender o processo de dissociação destas diferentes dimensões da vida humana, que têm resultado em ações descomprometidas da reflexão ética e política, Cortina (2008), analisa as concepções que embasaram, ao longo da história, o modo como os homens vêm se associando e que foram centrais para a organização da sociedade. Uma destas concepções é a que coloca o homem como *animal político*, e que teria dado origem às instituições próprias da sociedade política – Estados, governos, sistemas políticos. A fim de superar os conflitos advindos de uma vida em relação baseada em interesses próprios, o homem, pensado como ser político, cria a comunidade política, o nascimento do Estado, depositando, nesta estrutura

artificialmente criada, a expectativa de uma contratualização, que permita aos homens lidarem com o medo de aniquilação pelo conflito. O contrato se mantém pelo individualismo, pela razão calculadora, pela mercantilização da vida em comum, pelo conflito latente e pela coação. Já a compreensão de homem como animal social, teria gerado as instituições características da sociedade civil: a família, as comunidades, as associações voluntárias, o mercado, a tradição moral, a opinião pública.

Outras duas ideias teriam também sido centrais para a organização das relações entre os homens. A primeira é a da sacralidade da vida humana, que algumas religiões associam a sua criação divina e que na tradição moral foi incorporada à ideia de que o homem tem valor absoluto, o que moralmente nos impediria de instrumentalizar os seres humanos, utilizando-os como meios para propósitos de outrem.

A segunda ideia é a de que o homem precisa do outro para ser reconhecido como pessoa, ou seja, que sua humanidade só aparece em relação, trazendo a dimensão relacional do ser humano como valor a ser perseguido. Este reconhecimento mútuo entre os homens de sua identidade humana, teria sido a base não do contrato político, mas da *aliança*, o vínculo formado pelo conhecimento de que só somos humanos e podemos realizar esta humanidade, na medida em que reconhecemos, respeitamos e cuidamos da humanidade do outro. Tal tipo de vinculação entre os homens tem como motor básico o entendimento de que aquilo que afeta o outro, também me afeta, e que se fundamenta na ideia de ‘padecer com’, ou seja, a compaixão. A aliança se manteria por um sentimento pessoalmente assumido de identidade, lealdade, reciprocidade e obrigação.

Cortina (2008) destaca que, nos dois últimos séculos, estas duas histórias sobre a formação do vínculo entre os homens foram contadas de modos distintos. O discurso do contrato tem sido aplicado não só para explicar as instituições políticas, mas tem colonizado a racionalidade que conforma as instituições sociais. Dito de outro modo, as noções de família, de comunidade e de associações civis têm sido ameaçadas pela hegemonia do modo de pensar político e econômico, com sua lógica dos direitos e deveres, dos pactos, dos grupos de interesse. Essa lógica esvazia os sentidos de aliança e reciprocidade dos vínculos, sentidos fundamentais para garantir que os vínculos de confiança sejam também a base das instituições políticas.

Compreende-se a formação como experiência que pode reconectar estas dimensões humanas historicamente alijadas, desde que sejam promotoras de protagonismo e reflexão ética junto aos futuros profissionais da saúde.

4 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

4.1 O referencial teórico-metodológico: caminhos para correr “duas vezes mais”

Como vimos anteriormente, as acirradas disputas que o campo da formação médica tem suscitado, tornaram-no um fértil terreno de investigação: um plano de experiências complexo e controverso o suficiente para atrair o olhar persistente de múltiplos pesquisadores, e com isso, gerar um importante conjunto de conhecimentos e acúmulos sobre o tema. Uma das dimensões do tema que permanece com importantes questões em aberto refere-se às ancoragens paradigmáticas necessárias para o avanço das experiências de formação médica em curso.

Entendemos que os modelos de formação médica resultaram do conjunto de conhecimentos e experiências, mas também, de forças e disputas envolvidas no campo e que a análise destas e de seus efeitos podem apontar novas perspectivas para compreender-se a relação estabelecida entre os sujeitos em formação e a construção do SUS. Mais que interferir, estas forças vêm *definindo* a relação entre saberes e poderes na formação médica, inclusive em sua dimensão técnica, não sendo, portanto, matéria banal ou dispensável de ser investigada. Escutar esses sujeitos e dar visibilidade às expressões de forças, saberes e modelos que se entrecruzam nos processos micropolíticos de organização e discussão desta formação, pode revelar como a indissociação entre saber e poder se constrói neste campo e o afeta.

Ao delimitar o objeto deste estudo, encontramos-nos, então, sob o desafio da escolha de um referencial teórico-metodológico, que tivesse proximidade com o objeto de pesquisa em questão, mantendo coerência tanto com o marco conceitual escolhido quanto com a intencionalidade que move a pesquisa. Sobre tal intencionalidade, faz-se necessária uma breve análise, de como a implicação da pesquisadora com os campos da Saúde Coletiva, da Formação em Saúde e da Bioética Social conformaram a construção do objeto deste estudo, ensejando uma busca por respostas que não se limitassem a reproduzir a histórica dissociação entre técnica e política.

O percurso realizado nos oito anos de atuação como apoiadora institucional junto à Política Nacional de Humanização, oportunizou o acompanhamento da política de formação proposta pela PNH, ancorada no paradigma ético-estético-político. Deparamo-nos, então, com a radicalidade de uma proposta que fazia conversar conceitos de campos

tão distintos, quanto essenciais para a Saúde Coletiva, aplicada ao contexto da formação para o apoio institucional no SUS. No imbricamento destes conceitos, surgiu o desejo de aprofundar o olhar para o tema da formação no SUS a partir de um referencial teórico-metodológico que fosse capaz de captar os jogos de luz e sombra intrínsecos ao processo de enunciação de verdades, gerando novas perspectivas de análise e interferência sobre o campo. No decorrer do estudo, a implicação da pesquisadora com o objeto estudado foi se modulando, de acordo com as inserções profissionais vivenciadas ao longo do doutorado. Durante a colheita de dados, a atuação como apoiadora do MEC para a supervisão acadêmica dos médicos inseridos no PMM, colocou-nos em outro lugar de observação do Programa, vinculado ao eixo provimento. Desde esta posição profissional, foi possível acompanhar os efeitos dos modelos de formação médica, do Brasil e em outros países, que atravessam a atuação dos profissionais do Programa.

Desse modo, mais do que acompanhar a implementação de um programa voltado à mudança da formação médica, a escolha metodológica deste projeto foi movida pela percepção de que era necessário mapear, tornando visíveis, os movimentos deflagrados a partir das ações do PMM nesse campo. A busca por conexões entre a sustentabilidade da política pública de saúde - e mesmo da luta pelo direito à saúde, e estes processos de formação não se faz sem uma aposta metodológica que sustente esta mirada ético-estético-político. Ao ponderar sobre qual método seria sensível, potente e plástico o suficiente para dar conta da tarefa, e do desejo que a move, chegamos ao método cartográfico: um referencial que serve tanto de método quanto de modo de enfrentamento aos dispositivos de poder.

4.2 Cartografia: um método-dispositivo

A implementação dos cursos de medicina a partir das mudanças propostas pelo PMM, apontam para uma dimensão de processualidade inerente a este objeto, lançando-nos no universo dos métodos da abordagem qualitativa em pesquisa. Como todo método qualitativo que busca responder à necessidade de investigar processos e significados não passíveis de ser examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade, intensidade ou frequência (DENZIN; LINCOLN, 2005), a Cartografia mostrou-se como escolha adequada. E, avançando para além deste escopo inicial, ela se constitui a partir de diferentes narrativas, contextos e linhas de força, colocando-se também como estratégia

flexível de análise crítica da realidade a ser estudada.

Para ajudar-nos a explicitar as possibilidades de uso do método Cartográfico, recorreremos à Virginia Kastrup (2008) que, no texto intitulado “*O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção*”, resgata os movimentos históricos de questionamento dos efeitos de intervenção de uma pesquisa sobre indivíduos, grupos e instituições, expondo a relação entre a produção de conhecimento e a produção de realidade. A autora, ao abordar a crítica ao objetivismo radical das ciências naturais, que teria sido responsável por políticas de pesquisa de cunho positivista, provoca uma reflexão: se conhecer nunca é ato neutro, reafirmar a *politicidade* da pesquisa e dos métodos empreendidos para realizá-la significa devolver sua potência como ação humana transformadora do real.

O paradigma funcionalista nas pesquisas das Ciências Humanas e Sociais, muitas vezes, direcionou a investigação para o tema das disfunções - dos participantes, do pesquisador, do método, em uma lógica ainda focalizada na otimização de funcionamentos e recursos (BENEVIDES, 1994). Mas, se a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, negando tal paradigma, afasta-se da investigação sobre funcionamentos e passa a indagar sobre os modos de produção de realidade e como estes respondem às necessidades de sujeitos e coletivos concretos, temos a possibilidade de reconciliar a pesquisa com sua dimensão instituinte. É para esta direção que o método Cartográfico aponta o ponteiro de sua bússola.

Nesta linha de pensamento, tem-se a participação do pesquisador na pesquisa como uma questão candente, colocada primeiramente pela antropologia e que viria a suscitar o desenvolvimento da observação participante. A posição que o pesquisador ocupa no processo de observação da realidade é um aspecto primordial para o desenvolvimento da pesquisa, pois, o ato de investigar envolve a interação com o objeto investigado, fenômeno que sempre afetará a ambos, de um modo ou de outro, produzindo realidades (KASTRUP, 2008). Dito de outro modo, se sempre há uma **intencionalidade** (grifo nosso) ligada ao ato de pesquisar, toda investigação se reveste de uma *dimensão política*, que diz da escolha do pesquisador quanto à posição que a pesquisa assumirá diante do real: engendrando-o ou apenas reproduzindo o que já está instituído.

Desenvolvido inicialmente por Deleuze e Guattari (1995), a partir de indicações de Foucault, a Cartografia utiliza o mapeamento dos processos e movimentos de poder, por meio de diagramas, para explicitar as linhas de força de um dispositivo, tornando possíveis sua análise e desmontagem e dando visibilidade às relações que o compõem.

Enfrentamentos, agenciamentos, jogos de objetivação e subjetivação, práticas de resistência e liberdade presentes no dispositivo serão matéria-prima para a construção de estratégias de resistência as suas formas de objetivação e de subjetivação.

O método, ao acompanhar um processo de produção específico, afasta-se do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas a ser aplicado. Sua construção se dá caso a caso, a partir de pistas que objetivam descrever, discutir e, sobretudo, coletivizar a experiência do cartógrafo. O que está em jogo aqui é uma inversão metodológica: no percurso investigativo que o pesquisador definirá suas metas e materializará o desenho metodológico. Em vez de afirmar antecipadamente uma meta para o percurso, ele avança no percurso e desta experimentação percebe o que se vai co-construindo na relação do pesquisador com o campo e com os participantes da pesquisa. Daí também sua dimensão interventiva. A produção metodológica feita pelo pesquisador se utiliza de seu mais precioso instrumento de pesquisa: seu corpo, que dá passagem às intensidades e aos afetos com os quais sensivelmente conecta-se, atento ao modo como a realidade o afeta (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2010).

Rolnik (2007) coloca que, do mesmo modo que os geógrafos distinguem a elaboração de mapas da cartografia, entendendo esta como “um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que os movimentos de transformação da paisagem” (p. 23), as ‘paisagens’ psicossociais podem tanto ser ‘mapeadas’ quanto cartografadas. Nesta segunda possibilidade, o que interessa é o acompanhamento dos afetos, das mutações da sensibilidade e do desejo que atravessam tais paisagens.

O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade, que ele se propõe fazer prevalecer, na medida do possível, em seu trabalho. O que ele quer é se colocar, sempre que possível, na adjacência das mutações das cartografias, posição que lhe permite acolher o caráter finito e ilimitado do processo de produção da realidade que é o desejo. Para que isso seja possível, ele se utiliza de um “composto híbrido”, feito do seu olho, é claro, mas também, e simultaneamente, de seu corpo vibrátil, pois o que quer é aprender o movimento que surge da tensão fecunda entre fluxo e representação. (...) É que o cartógrafo sabe que não tem jeito: esse desafio

permanente é o próprio motor de criação de sentido (ROLNIK, 2007, p. 66).

Assim, os procedimentos metodológicos do cartógrafo são inventados à medida que trava contato com os diferentes contextos do campo em que se propõe mergulhar, atento aos modos como a macro e micropolítica vão engendrando a realidade observada. Para fazer falar os movimentos do desejo, dando expressão e criando sentidos para a realidade investigada, as referências teóricas e os operadores conceituais do cartógrafo podem ser vários.

A ideia aqui é menos de ocupar-se em desenhar a “grande política” – do Estado, da sociedade, das instituições – mas sim, de localizar as relações capilares de poder, a micropolítica que se engendra a partir da proposta de interferência do PMM na formação médica, tomando-o aqui enquanto dispositivo (FOUCAULT, 1979), por ser campo de forças e relações que articula elementos e práticas de saber e poder, com potência de produzir efeitos de subjetividade.

Foucault assinala que o dispositivo se inscreve em um jogo de poder mas permanentemente associado a configurações de saber que se originam nele e também o condicionam, colocando-o como estratégia de relações de força que irão sustentar certos saberes que por sua vez o sustentarão (FOUCAULT, 1979). Dar visibilidade a estas diferentes linhas – desemaranhar o novelo – é a função do cartógrafo que, por meio do trabalho de terreno, instala-se sobre as linhas do dispositivo (DELEUZE, 1990). A análise dos dispositivos permite visibilizar as relações de poder de um determinado campo da experiência. A consequência deste pensamento delimita um procedimento investigativo, focado nas produções, discursos e representações advindas de uma lógica circunstancial de poder e de saber (FOUCAULT, 1971).

A atual discussão sobre os efeitos de intervenção de uma pesquisa vem focalizando a inseparabilidade entre o processo de produção de conhecimento e a transformação do objeto investigado. O compromisso firmado com a Cartografia é o de buscar a produção de outras realidades e novas formas de verdade, “disponíveis ao registro do acompanhamento das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado”, recusando-se à apenas reproduzir o preexistente (FONSECA; KIRST, 2003, p. 92).

A cientificidade abordada aqui é aquela que busca incluir a complexidade, que se aproxima dos vários planos de análise e jogos de forças que compõem a realidade. A partir da análise da implicação do pesquisador com a situação de pesquisa, busca-se questionar a

polarização sujeito-objeto, relativizando as posições dos participantes do estudo, deixando claro o lugar que o pesquisador vai ocupando ao longo do processo investigativo. A medida que pesquisador e interferências da pesquisa entram em conexão com o universo pesquisado, este se transforma, implicando o pesquisador com o campo tanto na transformação de si, quanto do objeto e de seu contexto. Daí a dimensão interventiva da cartografia (PAULON; ROMAGNOLI, 2010; LOURAU, 2004).

Sabemos que a experimentação de um dispositivo pode apresentar limitações e entendemos que o rigor científico deste projeto, se assentará em grande medida no olhar atento aos problemas e desafios da proposta efetivada pelo PMM. A esse respeito, esperamos que os referenciais teóricos escolhidos para a análise do objeto iluminem o processo, auxiliando-nos a proceder - não com imparcialidade, por acreditarmos na impossibilidade subjetiva deste lugar do pesquisador, mas com atenção e cuidado ao apontar parâmetros para a análise da eticidade das políticas de formação em curso no país.

4.3 O campo da pesquisa

Minayo (2007), ao falar sobre o trabalho de campo, coloca-o como tarefa que busca, tanto aproximar-se da realidade pesquisada, quanto interagir com os “atores” destes espaços, a fim de construir conhecimento empírico sobre o tema. O critério de definição dos locais para realização do estudo buscou coordenar tantas razões de ordem prático-operacional quanto de abrangência da colheita de dados. Entendendo que a observação de processos em distintas fases de implementação enriqueceria consideravelmente a pesquisa, optamos por definir como participantes os docentes, gestores, técnicos e discentes ligados aos grupos envolvidos na gestão de dois cursos de Medicina de duas instituições distintas: da UFSC, previstos inicialmente para o Campus Araranguá e para o Campus Curitibanos, na que na época de escolha dos campos estavam em fase de planejamento, e da Universidade Federal de Pernambuco, no Campus Agreste, em Caruaru, em andamento desde 2014.

Em virtude dos momentos e situação político-institucional distintos em que se encontravam os cursos de Curitibanos e Araranguá, optamos pelo acompanhamento do processo somente em Araranguá.

O critério para inclusão dos participantes foi sua atuação ou envolvimento direto junto aos grupos responsáveis pelo processo de implementação ou gestão dos cursos de medicina pesquisados e que vêm

trabalhando na inclusão das orientações do Programa Mais Médicos nesses processos.

Abordar um campo de pesquisa desde a perspectiva cartográfica significa deixar-se convocar por um *ethos* da pesquisa, em que o campo é um lugar a se habitar. A relação estabelecida com ele não é utilitária ou fria, mas se aproxima daquela que estabelecemos quando *con-vivemos* em um lugar, afetando e nos deixando afetar por tudo que ali acontece. Tomaremos emprestada aqui a ideia de oikos, como uma imagem que pode ilustrar o sentido que o campo de pesquisa assume neste estudo cartográfico. Na Grécia antiga, oikos era a unidade social de convívio e de produção que comportava uma família organizada de acordo com regras locais (FLORENZANO, 2001). Eventualmente, algum demiurgo, um viajante, especialista em alguma tarefa - feitiçaria, adivinhação, curandeirismo, etc. - chegava ao oikos e ali ficava um tempo, conforme a necessidade apresentada pelo grupo e conforme aquilo que ele podia ofertar.: uma unidade, ou unidades, onde diferentes sujeitos, ocupando diferentes posições, compartilham de um comum e convivem sob certas regras que gravitam em torno deste comum, e por onde o pesquisador pode ‘passar’, ser um demiurgo e ali habitar por um tempo, numa relação de receptividade ao sensível que ali emerge, em um regime de troca e de afetação mútuas.

Para isso, a aproximação ao campo foi antecedida por prévia pactuação com os responsáveis nas instituições envolvidas. Em Santa Catarina, o curso de Araranguá está em fase de estruturação e sua implantação é discutida na Comissão de Ensino Local.

Já em Pernambuco, o curso de medicina está em andamento desde março de 2014 e localiza-se no campus Agreste, no Município de Caruaru.

O curso de Araranguá foi previsto para ser implantado no segundo semestre de 2016, no entanto, devido a questões de estrutura física, o início foi adiado para 2017 e depois para 2018. A estrutura física do curso previu salas de aula, biblioteca, laboratórios, salas para docentes, auditórios, ampliação de moradia, ampliação do restaurante universitário, acervo bibliográfico, entre outros, com um valor estimado de R\$ 70 milhões. Além de pendências na estrutura física, a Comissão de Ensino da UFSC, está em tratativas com a Secretaria de Estado da Saúde para as adequações junto à rede de saúde pública do Município e região.

Para 2016, foram previstas a abertura de 30 vagas e outras 30 em 2017. Em relação aos docentes, das 880 vagas que os ministérios do Planejamento e da Educação anunciaram para os cursos de Medicina, que abriram ou expandiram desde a criação do programa Mais Médicos,

quarenta estão reservadas para os dois novos cursos da UFSC, 20 vagas para cada um, e contratação via concurso público.

A estruturação dos cursos e a adequação das redes públicas de saúde dos municípios está sendo realizada por comissões que realizam a gestão do processo pedagógico e de infraestrutura, composta por especialistas na área que vem trabalhando a partir de quatro focos principais para a organização destes cursos: projeto pedagógico, infraestrutura, relação com a rede de saúde local e corpo docente.

O projeto pedagógico dos dois cursos segue em estreita consonância aos objetivos do Programa, com sua base pedagógica centrada na Estratégia Saúde da Família, voltando-se a uma formação que prioriza a atuação em Saúde Pública, em resposta à histórica orientação dos cursos de medicina para a atuação no setor privado. A ideia é que a formação contribua para qualificar os projetos da rede pública nestas regiões e amplie a assistência à saúde. Também é verbalizada pelos atores envolvidos no processo a expectativa de formar profissionais que desejem atuar no interior do Estado, que tenham real interesse pelos problemas de saúde da região, pelo SUS, pela comunidade e que foquem seu processo de especialização em áreas como a Medicina de Família e Comunidade, a Urgência e Emergência, Clínica Médica, Pediatria e a Ginecologia. Essas são algumas das expectativas dos membros da Comissão de Ensino, em depoimentos à imprensa local.

O curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste (CAA), em Caruaru foi implantado em 2014 já com uma oferta inicial de 80 vagas para o primeiro semestre, divididas em 60 vagas para livre concorrência e 20 para alunos contemplados pelo sistema de cotas. Seu projeto Pedagógico está organizado em módulos anuais de ensino, tendo como diretrizes aquelas previstas na DCN para a formação médica: aprendizado por competências, integração das práticas profissionais, uso de métodos centrados no aluno, metodologia de aprendizagem ativa, humanização do atendimento e inserção na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo com uma estrutura semelhante à de outros cursos, a aposta da experiência de Caruaru é que o protagonismo do estudante em seu processo de formação seja a melhor estratégia para alcançar os objetivos do curso. A organização de grupos tutoriais com até oito estudantes e um tutor dá concretude a esta estratégia, colocando para o cada grupo uma dinâmica própria de estudos, no qual os problemas clínicos e sociais do contexto de aprendizagem norteiam os objetivos do grupo em uma abordagem interdisciplinar.

Como preconizado nas DCN, a vivência de situações reais já no início do curso é uma tônica desse processo de formação. O contato com

a comunidade e com os usuários se dá via serviços de saúde que funcionam como rede de saúde-escola: unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) e serviços hospitalares do SUS do município e região. Na previsão inicial de docentes para o Curso 50% eram médicos de Família e Comunidade. Como nos cursos de SC, a expectativa era de que a interiorização do ensino de Medicina permitisse que os médicos ali formados se inserissem fortemente nas regiões carentes do Estado. A residência comporia, junto com a graduação, o conjunto de estratégias de fixação dos profissionais na região.

A gestão do curso de Caruaru tem procurado desenvolver novas estratégias pedagógicas que possibilitem instrumentalizar os estudantes para uma real aproximação com a comunidade. A construção desses repertórios se daria partir de vivências que englobam novas racionalidades no cuidado e na promoção da saúde, estimulando a experiência de alteridade e da reflexão crítica para com as relações envolvidas na produção do processo saúde-doença. Um exemplo disto é o projeto do Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão (Labshex), com início em maio de 2016 e premiado na edição desse mesmo ano no InovaSUS, Região Nordeste, modalidade Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

O projeto se desenvolve a partir de três eixos, voltados à qualificação das intervenções de educação em saúde nas comunidades, à educação da sensível nas graduações em saúde, especialmente nas escolas médicas e à integração entre artistas, estudantes e comunidade local, numa troca de experiências e processos criativos. Destinado a docentes e estudantes do Curso, o projeto inclui também artistas locais e comunidade. Docentes do Curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste estão envolvidos diretamente na ação, respondendo por atividades como oficinas que articulam cinema e saúde, corpo, movimento e artes visuais e reflexões a partir do enfoque da medicina centrada na pessoa.

Considerando que o marco conceitual da pesquisa se ancora na concepção institucionalista, a metodologia da análise de dados buscará a visibilização das relações de forças que produzem realidade no campo pesquisado. De outro modo, buscará desnaturalizar as dinâmicas relacionais que produzem as práticas sociais produtoras de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação acerca da instituição formação médica (HECKERT; NEVES, 2007). A noção de instituição aqui é a de processos, movimentos que se sustentam por forças dialéticas: de um lado as forças que a impelem para a mudança, o instituinte e de outro, as forças conservadoras, o instituído, que empurram a instituição para formas mais

rígidas, estáveis e duradouras (LOURAU, 1975). Nossa proposta é de analisar tanto as forças que desestabilizam os instituídos quanto as que o reforçam, a partir da visibilização dos dispositivos de poder presentes no campo, entendendo a proposta do Programa Mais Médicos como dispositivo: um conjunto de elementos de ordem discursiva e não discursiva com potência para produzir interferências no campo da formação médica. A metodologia de análise de dados consistiu, então, na detecção, por parte do pesquisador, daquelas manifestações que sinalizavam não conformidade com o instituído (BARROS; BARROS DE BARROS, 2015). Também foram foco da análise os efeitos da posição assumida pelo pesquisador no campo, ou seja, a implicação deste no cenário observado, o lugar que ele ocupa e de que modo este lugar impacta as cenas observadas (PAULON, 2005). À medida que pesquisador e interferências da pesquisa entram em conexão com o universo pesquisado, este se transforma, implicando o pesquisador com o campo tanto na transformação de si, quanto do objeto e de seu contexto.

Sabemos que, a experimentação de um dispositivo pode apresentar limitações e entendemos que o rigor científico desta pesquisa se assentou em grande medida no olhar atento aos problemas e desafios da proposta efetivada pelo PMM. A este respeito, apostamos nos referenciais teóricos escolhidos para trouxessem parâmetros de análise da eticidade das políticas de formação em curso no país.

4.4 Colheita de dados

O método Cartográfico, mais do que levantar informações do campo, aposta na dimensão de produção de realidade que uma pesquisa engendra, a partir das interferências que a presença do pesquisador produz, tanto no campo quanto em si mesmo. O uso da expressão “colheita de dados”, em vez do habitual “coleta de dados”, tem a intenção de diferenciar a ação de levantar informações já prontas daquilo que, para a Cartografia, sempre tem dimensão de produção, tendo em conta que o contato do pesquisador com o campo produz interferências, tanto no pesquisador quanto no objeto pesquisado.

Ocorre que, do ponto de vista dos recentes estudos acerca da cognição numa perspectiva construtivista, não há coleta de dados, mas, desde o início, uma produção dos dados da pesquisa. A formulação paradoxal de uma "produção dos dados" visa ressaltar que há uma real produção,

mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual (KASTRUP, 2008, p. 33).

Para a colheita de dados foram utilizadas a prática cartográfica e entrevista individual. Anteriormente à colheita de dados, houve aproximação com os campos pesquisados através da leitura de documentos que propiciaram uma melhor contextualização acerca da proposta dos cursos de medicina participantes do estudo. Essa etapa envolveu fontes primárias de dados, como documentos oficiais dos cursos, projetos político-pedagógicos dos cursos, planos de aula, ementas de disciplinas, atas e memórias de encontros e reuniões, entre outros. Os documentos utilizados foram produzidos entre os anos de 2013 a 2017.

A prática cartográfica aconteceu junto aos grupos à frente da gestão dos referidos cursos. Em Santa Catarina, a gestão do curso de Araranguá é realizada via comissão de ensino, sediada no Campus UFSC de Araranguá. Em Pernambuco essa função é do colegiado do Curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste da Universidade Federal de Pernambuco, no qual tem assento também os estudantes.

As entrevistas com os participantes da pesquisa foram realizadas paralelamente à prática cartográfica, com a finalidade de aprofundar temas ou questões que exigiram maior refinamento dos dados. Para a prática cartográfica e para as entrevistas foram utilizados eixos norteadores, construídos a partir do desenho inicial do estudo (APÊNDICE 1).

As entrevistas e a prática cartográfica foram registradas em gravação de áudio, após consentimento dos participantes.

Nas diferentes etapas da pesquisa foi utilizado o diário de campo, como técnica de registro que, na Cartografia, registra os movimentos, intensidades, forças e fluxos observados no processo, sendo meio de intervenção, de inclusão dos participantes envolvidos e análise do que se produz nos terrenos pesquisados, compondo marcas importantes do que ali se passou (AZEVEDO; CARVALHO, 2009). As observações do diário de campo foram utilizadas para compor as análises dos achados da pesquisa, sendo cotejados ao longo das diferentes narrativas, servindo como instrumento e fonte de reflexão sobre o processo de pesquisa como um todo.

Para a realização do levantamento de informações sobre o campo pesquisado e para a colheita de dados foi feito contato prévio com as instituições envolvidas, solicitando autorização para acesso a documentos. A partir deste contato, foram identificados os participantes que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, acima referidos.

Os dados obtidos em todas as etapas do estudo foram tratados qualitativamente.

Considerando que, o marco conceitual da pesquisa ancora-se na concepção institucionalista, a metodologia da análise de dados buscou, a partir das narrativas produzidas via colheita de dados, a visibilização das relações de forças que produzem realidade no campo pesquisado. Dito de outro modo, a análise focalizou a desnaturalização das dinâmicas relacionais que engendram práticas sociais produtoras de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação acerca da instituição formação médica (HECKERT; NEVES, 2007). Nossa proposta foi de analisar estas forças a partir da visibilização dos dispositivos de poder, tomando o PMM em sua dimensão de dispositivo, entendendo-o como um conjunto de elementos de ordem discursiva e não discursiva que produz interferências no campo da formação médica. A metodologia de análise de dados consistiu, então, na detecção, por parte do pesquisador, daquelas manifestações que sinalizam não conformidade com o instituído (BARROS; BARROS DE BARROS, 2015).

Também foram foco da análise os efeitos da posição assumida pelo pesquisador no campo, ou seja, a implicação deste no cenário observado, o lugar que ele ocupa e de que modo, este lugar impacta as cenas observadas (PAULON, 2005).

Os procedimentos adotados durante todo o desenvolvimento da pesquisa e de sua respectiva colheita de dados ofereceram os riscos habituais relacionados à participação em estudos que envolvam entrevista e observação relativa à prática cartográfica, referentes em geral a cansaço, constrangimento pela gravação de áudio ou pelo fato de estar sendo observado. Também envolveu os riscos relacionados a acidentais quebras de sigilo ou aborrecimentos derivados de possíveis mudanças na visão de mundo relacionadas à formação em medicina. Ainda que, os pesquisadores se comprometam com o sigilo, fazendo tudo ao seu alcance para mantê-lo, como a adoção de codinomes em qualquer relato escrito divulgado em relatório ou publicação, a perda de anonimato é um risco inerente a qualquer pesquisa. Caso aconteça algum dos riscos previstos, os pesquisadores se responsabilizam pela reparação de quaisquer danos aos participantes do estudo, conforme item IV.3. c da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Como possíveis benefícios diretos aos participantes do estudo, destacamos a possibilidade de refletir acerca dos distintos modelos de formação envolvidos no processo de planejamento e desenvolvimento de um curso. Como benefícios mais amplos, voltados à sociedade, identificamos possíveis contribuições para o aprimoramento da formação

médica e da política pública de formação no âmbito da saúde. Outro efeito esperado pelo projeto que aqui se apresenta é a análise crítica do processo de implementação do PMM, no que tange às propostas para a formação de novos profissionais, com consequente geração de subsídios para a gestão dos desafios e dificuldades envolvidos no Programa.

4.5 Apresentação e discussão dos resultados

Conforme o regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, organizamos os resultados do estudo em forma de três manuscritos. No primeiro, a partir de revisão de literatura, são analisados os movimentos históricos de mudança empreendidos no país, que deram concretude a algumas das propostas construídas pelos grupos mudancistas da formação médica.

O segundo apresenta uma análise dos instituídos e dos instituintes que se sobressaem no campo da formação, olhando para os efeitos dessas forças nos cursos e nos sujeitos.

O terceiro apresenta as estratégias político-pedagógicas como expressões intercessoras nesses cursos, trazendo para a formação uma dimensão de inventividade e experimentação.

O primeiro artigo foi submetido a um periódico e aguarda avaliação. Os demais serão formatados e submetidos de acordo com as normas dos periódicos selecionados para publicação.

4.6 Aspectos éticos

No decorrer do desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os preceitos éticos, com relação aos participantes do estudo, instituição e resultados encontrados, observando as orientações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa foi apresentado às instituições selecionadas para a pesquisa, para autorização (APÊNDICE 2 e 3) do acesso aos participantes e documentos pesquisados. O projeto também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, instituição proponente à qual a pesquisadora responsável, Prof^a Dr^a Marta Verdi, está vinculada. Após o parecer substanciado favorável número 1960198, do Comitê de Ética, foram convidados os participantes de pesquisa, sendo sua adesão voluntária. Foi assegurado o

direito de se retirarem da pesquisa em qualquer etapa do estudo, bastando entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo.

O estudo foi apresentado aos participantes que aceitaram integrar a pesquisa, os quais foram orientados quanto aos seus objetivos e procedimentos, sendo, a seguir, convidados a assinar termo de consentimento livre e esclarecido/TCLE (APÊNDICE 3). O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma de posse do participante e a outra arquivada junto ao pesquisador responsável, em confidência estrita.

O caráter confidencial das informações foi garantido através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores. O sigilo das identidades foi preservado e mantido através da adoção de um código para cada participante, evitando assim, uma possível identificação dos participantes do estudo. Os participantes não tiveram nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa.

Após o término do estudo, as informações levantadas foram arquivadas e serão armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão incineradas. Os pesquisadores responsáveis comprometem-se com a divulgação dos resultados, por meio de publicações e com o retorno dos mesmos a todos os participantes do estudo.

Entendemos que atender aos aspectos legais previstos na resolução Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde é dever de toda produção científica que envolva pesquisa com seres humanos. Para além desses aspectos, está a dimensão ética envolvida nos estudos da saúde coletiva. No presente trabalho, buscamos atender a essa premissa a partir da escolha do marco teórico-metodológico e do referencial de análise dos dados, reafirmando, além da dimensão ética, a dimensão estética e política dos estudos da saúde.

4.7 Cronograma das etapas do estudo

Etapas	Período	
Elaboração do Projeto	01/08/2013	01/10/2015
Qualificação e adequação do projeto	01/11/2015	30/09/2016
Submissão do projeto ao Comitê de Ética	01/11/2016	30/12/2016
Prática cartográfica junto aos grupos; Entrevistas Individuais	10/01/2017	30/03/2017
Organização das informações para produção dos diagramas que compõem a cartografia	03/04/2017	30/07/2017
Produção das análises e elaboração dos artigos e texto final da tese	01/08/2017	15/11/2017
Defesa da tese		04/12/2017

4.8 Orçamento

Itens de dispêndio	Valor total
Materiais (impressões e outros)	600,00
Deslocamento Navegantes-Caruaru -Navegantes	1.200,00
04 deslocamentos Blumenau-Araranguá	800,00
Diárias	700,00
Total	3.300,00

As despesas foram arcadas pela pesquisadora doutoranda.

5 MANUSCRITO 1 - SOBRE INSTITUINTES E INSTITUÍDOS NA FORMAÇÃO MÉDICA: uma cartografia dos movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos

Maria Claudia Souza Matias
Marta Verdi
Mirelle Finkler

Resumo

As recentes iniciativas de mudança da formação médica, propostas a partir do eixo formação do Programa Mais Médicos (PMM) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) têm contribuído para estreitar a relação entre formação e necessidades de saúde da população e do SUS, buscando preparar o futuro profissional para atuar com efetividade junto às situações de saúde mais frequentes. Nesse estudo, adotou-se uma abordagem qualitativa de pesquisa, em que o método cartográfico orientou a produção de um mapeamento das forças intervenientes no processo de implantação dos novos cursos de medicina, construídos a partir da proposta de ampliação e mudança da formação médica, colocada pelo PMM. Buscou-se observar também, os efeitos dessas forças sobre as práticas de formação e sobre os sujeitos que as vivenciam. O campo de investigação escolhido foi o processo de criação e desenvolvimento de dois novos cursos, nas regiões Sul e Nordeste do país. Utilizando a prática cartográfica junto aos grupos pesquisados e entrevistas com os participantes – 15 docentes, 03 discentes e 02 técnicos envolvidos no desenvolvimento desses cursos –, foram construídas narrativas que permitiram acompanhar os processos e movimentos que vêm buscando aproximar a formação médica dos desafios colocados pelo SUS. Os resultados encontrados mostraram que, os movimentos pela mudança dessa formação são atravessados por forças do instituído, aquelas que estabilizam as práticas histórica e socialmente construídas, e forças instituintes, que desestabilizam e trazem mudança aos modos de fazer, de pensar e de produzir subjetividades. Entre as forças do instituído, algumas têm se configurado como expressões do conservadorismo, por sua fixidez e impermeabilidade aos movimentos de mudança. Entre estas, destacam-se a influência do modelo biomédico, as forças relativas ao mercado de trabalho médico e os movimentos políticos em curso no cenário nacional, que vêm polarizando e acirrando posicionamentos políticos entre a população. Também compõem o jogo de forças aqueles movimentos instituintes, que buscam desestabilizar o conservadorismo, como os

empreendidos pelo SUS e pelo campo da saúde coletiva, os movimentos organizados de estudantes e docentes pela mudança na formação médica e os movimentos da Medicina de Família e Comunidade de apoiar a construção de uma formação focada em um perfil generalista desse profissional. Em resumo, a configuração do PMM parece operar como dispositivo de interferência na formação médica quando associada a um contexto grupal de construção coletiva e gestão compartilhada do curso e também a práticas e estratégias pedagógicas que coloquem a perspectiva da produção sócio-histórica não só para a compreensão do processo saúde-doença-atenção, mas da própria instituição médica.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Educação Médica. Formação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Abstract

About Instituted Forces and Establishing Powers in Medical Education: Cartography of Movements Triggered by the Program More Physicians Recent initiatives to change medical education proposed from the formation axis of More Physicians Program (PMM) and the National Curricular Guidelines (DCN) have contributed to narrow the relationship between training and health needs of the population and SUS, seeking to prepare the professional future to act efficiently with the most frequent health situations. This study adopted a qualitative research approach in which the cartographic method guided the mapping production of intervening forces in the implantation process of new medical courses built from the proposal of expansion and change of medical training posed by the PMM. Also, it was sought to observe these forces effects on the training practices and subjects who experience them. The chosen field of research was creation and development of two new courses, in the South and Northeast regions of the country. Using cartographic practice among the researched groups and interviews with the participants: 15 teachers, three students and two technicians involved in the courses' development, some narratives were built to follow processes and movements that are seeking to bring medical education closer to the challenges posed by Unique Health System. The results showed that movements to change such training are crossed by instituted forces that stabilize the historical and socially constructed practices, and also, establishing powers that destabilize and bring change to the ways of doing, thinking and producing

subjectivities. Some instituted forces have been configured as expressions of conservatism by their persistence and impermeability to the movements of change. Among them, it is possible to highlight the biomedical model influence, forces related to the medical labor market and ongoing political movements in the national scenario, which have polarized and intensified political positions in the population. Thus, the instituted movements make up the set of forces that seek to destabilize conservatism such as those undertaken by SUS, the field of collective health, organized actions of students and teachers for the change in medical training and movements of Family Medicine and Community to support the construction of a practice focused on a generalist profile of such professional. In summary, PMM configuration seems to operate as an interference device in medical training when associated with a group context of collective construction and shared management of the course, and also, with pedagogical practices and strategies that place the socio-historical production perspective not only for understanding the health-disease-care process, but also the medical institution.

Keywords: More Doctors Program, Medical Education, Health Professional Training, Primary Health Care, Unique Health System Sistema.

Introdução

Que eu saiba, a única doença “não social” é a febre intermitente que Robinson Crusóe contraiu de 19 de junho a 3 de julho, no primeiro ano de sua estadia na ilha, antes de ter encontrado Sexta-feira. Depois deste encontro, as doenças de um e de outro assumiram caráter social, porque modificaram relações interpessoais. E assim, em cada ilha ou terra firme, toda doença tem aspectos sociais na sua origem ou no seu curso (BERLINGUER, 1987, p.181).

A epígrafe acima citada resume o ponto de vista do autor¹ sobre a indissociação entre medicina e política, colocando em análise a discrepância entre a demanda de ensino médico-social e a oferta das universidades no contexto italiano dos anos 70. Berlinguer atribuía essa

¹ Giovanni Berlinguer, médico, bioeticista e sanitarista italiano, escreveu a mais de quatro décadas o livro Medicina e Política.

discrepância a fenômenos complexos, como o atraso da organização sanitária, o modelo médico baseado no exercício individual e puramente terapêutico e a escassa importância da pesquisa científica e social.

Quarenta anos depois, encontramos no Brasil um cenário em que o modelo assistencial interdisciplinar e centrado no cuidado integral proposto pelo sistema de saúde está sob o encargo de trabalhadores e gestores, em sua grande maioria, oriundos de experiências de formação calcadas em uma visão biologicista, individualizante e fragmentada do processo saúde-doença-atenção. O que se passou nessas quatro décadas?

As estratégias empreendidas no Brasil nas últimas décadas para aproximar a formação médica das necessidades do Sistema Único de Saúde têm revelado um ponto em comum: esse é um campo em que múltiplas forças têm disputado o sentido que essa formação assumirá, convocando à análise das estratégias de mudança da formação médica e da própria relação entre a medicina e o sistema público de saúde.

Quando o Programa Mais Médicos (PMM) foi sancionado, em 2013, o cenário da formação médica ainda se debatia com antigos e persistentes desafios: o lugar da subjetividade, dos afetos, das emoções e da coletividade permanecia sem a centralidade necessária, carente de estratégias efetivas (COSTA, 2014). A tendência reducionista e biologicista dessa formação, amplificada pelo complexo médico-industrial que atravessa as ciências da saúde, era e segue sendo alvo de importantes críticas, e as muitas tentativas de incidir sobre ela não reverberavam a contento. A formação humanística, prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, e que deveria acontecer na escolarização prévia à graduação, não tem se efetivado a contento, deixando uma pesada herança quanto à competência moral e ao exercício político de uma cidadania crítica e ativa, necessárias ao enfrentamento das desigualdades e injustiças sociais típicas das sociedades capitalistas (GOMES; REGO, 2014).

Por outro lado, a insuficiência de vagas nas instituições de ensino tem recaído sobre os gestores municipais da saúde, como um fardo que se reflete na falta de médicos nos serviços públicos, principalmente nas localidades de difícil acesso ou de vulnerabilidade social. A formação de especialistas, fortemente influenciada pelo mercado, deixa a rede pública com um déficit contínuo em determinadas especialidades. Incidir sobre essa realidade, significa romper com várias lógicas organizadoras da formação, ou dizendo mais claramente, implica entrar em uma disputa acirrada com grupos, interesses e com os saberes por eles produzidos (BRASIL, 2015).

Apesar de o PMM ter nascido como resposta às reivindicações relacionadas a aspectos de provimento de profissionais nos serviços públicos de saúde, é inegável que sua estruturação condensa vários esforços e estratégias que o Ministério da Saúde já vinha gestando para a Atenção Básica (AB), como resposta a um desenvolvimento aquém do esperado. Assim, além de incidir sobre o quantitativo de profissionais disponíveis para atuar na ESF em regiões prioritárias, o Programa voltou-se à qualificação e aprimoramento dos serviços, por meio tanto da sua estrutura física, quanto da prática médica, investindo fortemente na educação permanente dos profissionais contratados pelo PMM e na reorganização da formação profissional. Essa reorganização precisou ser sustentada de modo articulado entre os Ministérios da Saúde e da Educação, interferindo, entre outros, nos critérios para abertura de cursos de graduação e de residência.

Nesse sentido, o eixo voltado ao aprimoramento da formação médica do PMM é uma das ações governamentais mais relevantes nessa década, deslocando, a centralidade do hospital e especialidades médicas para a rede pública de saúde com primazia para o cenário das práticas de educação no trabalho. A formação proposta pelo Programa busca incidir sobre o modelo tradicional que sustenta o saber e a prática médica, e as relações deles derivadas, avançando do modelo biológico para o social, buscando, diminuir as assimetrias do poder nas relações entre professor-aluno e médico-paciente, entre tantos outros aspectos. Destarte, apostou-se na transformação de uma atuação individual e individualizante para uma prática que considere a dimensão coletiva do processo saúde-doença-atenção, inserida na comunidade. No entanto, tais mudanças deflagraram fortes reações junto à corporação médica, dando visibilidade ao jogo de forças e interesses envolvidos no problema da insuficiência de médicos e da inadequação da formação para o SUS. Essas forças intervenientes no processo de implantação dos novos cursos de medicina são o objeto do presente artigo.

O campo de investigação escolhido foi o processo de construção dos novos cursos de medicina, que incorporaram em seu planejamento e desenvolvimento as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN), de 2014, bem como, as orientações do PMM. O objetivo do estudo foi analisar quais forças se engendram nos novos cursos de medicina, e quais os efeitos dessas forças junto à formação médica e aos sujeitos e grupos envolvidos nesses processos. Buscou-se, assim, responder se o PMM se configura de fato como um *dispositivo* no campo da formação médica. Ou seja, se a partir de seus elementos discursivos e não discursivos produz interferências nos modos

de subjetivação, reorganizando o conhecimento e a relação entre os diferentes sujeitos. Nessa perspectiva, não se trata aqui de analisar as forças contrapondo-as a um horizonte desejável, idealizado e predefinido de formação, mas sim, colocar atenção aos acontecimentos, acompanhando a emergência das novas possibilidades para essa formação, nascidas dos movimentos acionados a partir do PMM.

Método

Para responder ao questionamento de pesquisa, elegeu-se o referencial teórico-metodológico da pesquisa cartográfica, uma abordagem qualitativa que permite acompanhar a dimensão de processualidade inerente ao objeto de pesquisa, tomando em conta também, a análise dos efeitos gerados pela investigação nos sujeitos, grupos e instituições envolvidas (PAULON; ROMAGNOLI, 2010; LOURAU, 2004).

Para a escolha do campo deste estudo, considerou-se a relevância de acompanhar processos em fases e regiões diferentes do país, a fim de incluir as diferenças regionais e aquelas relativas aos estágios de desenvolvimento desses cursos. Foram selecionados para o campo dois novos cursos de Medicina, um na região Sul e outro, na região Nordeste, um deles em processo de planejamento e o outro já em andamento. Após a definição do campo, o estudo foi submetido e aprovado no parecer número 1960198 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo acatado as orientações para pesquisa com seres humanos contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Foram participantes do estudo 15 docentes e 02 técnicos, integrantes de grupos à frente da condução e apoio aos cursos, além de 03 discentes, apontados nas entrevistas como informantes estratégicos para o estudo. As diferentes técnicas de colheita dos dados - prática cartográfica e entrevistas- auxiliaram-nos a olhar para as forças desde suas expressões mais imediatas e visíveis até seus desdobramentos e efeitos de rebatimento².

Na análise dos resultados, pretendeu-se dar visibilidade às forças do instituído e aos movimentos instituintes presentes no campo, desenhando um diagrama dessas forças e localizando os modos pelos

² Para maior aprofundamento na metodologia de pesquisa sugerimos a consulta ao texto original da tese de doutoramento intitulada “O desafio ético-estético-político da formação médica para o SUS: uma análise do Programa Mais Médicos”.

quais o PMM vem afetando o cenário da formação médica no país. Para lançar um olhar analítico sobre tais forças, adotou-se a perspectiva institucionalista, que compreende a formação enquanto *instituição*, ou seja, como práticas sociais historicamente construídas e que são produtoras de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação. Os processos e movimentos que constituem a *instituição formação* são sustentados por forças dialéticas em permanente tensão, o instituído - forças de manutenção, de conservação - e o instituinte, forças de mudança, de transformação. Se as forças do instituído conferem estabilidade à instituição, o instituinte instala movimentos de mudança e renovação, desacomodando o que já estava estabilizado (LOURAU, 1975; HECKERT; NEVES, 2007).

Analisar a formação médica como prática produtora de realidade e de sujeitos, implica considerar a indissociação entre formar e intervir na realidade, indissociando-a da ideia de um campo da experiência humana que é produtor de relações de poder. A reprodução de práticas sociais historicamente constituídas definidoras de verdades e modos de subjetivação é sustentada por mecanismos - ou dispositivos - inventados especialmente para agenciar relações de força. Estes dois operadores conceituais – poder e dispositivo - desenvolvidos por Foucault para a historicização dos modos pelos quais os seres humanos se constituem como sujeitos, fundamentaram a análise dos resultados (FOUCAULT, 1979;1995).

A análise das forças envolvidas na formação médica, se justifica diante da necessidade de empreender no SUS uma política de formação que sustente a dimensão pública da política de saúde. Buscou-se nos estudos da Bioética Social, uma ancoragem teórica que permitisse mapear a moralidade que está sendo produzida a partir das mudanças na formação. Este referencial oportunizou compreender como as grandes questões sociais - aquelas situações cotidianas que envolvem a luta pelo direito à Saúde e à Educação - mostram-se presentes nas reflexões formuladas nesses cursos, ajudando a analisar os fatores envolvidos na produção de condições de luta por modos de vida melhores e mais dignos (BERLINGUER, 1987, 1996, 1993; 2004; REGO, 2013).

Resultados e discussão

A organização dos dados colhidos no campo de pesquisa e as impressões da pesquisadora registradas em diário de campo possibilitaram a observação de diferentes forças. A fim de dar visibilidade ao modo como essas forças operam e se inter-relacionam no campo

formação médica, elaborou-se representações gráficas das direcionalidades orientadoras dos instituintes e instituídos presentes nos processos formativos (LOURAU, 1975). Buscou-se, assim, localizar os movimentos que dão corpo à instituição *formação médica* visibilizando as forças dialéticas envolvidas no campo. A análise dos dados, buscou detectar tanto as exacerbações do instituído, a que denominamos conservadorismos, quanto os movimentos que o desestabilizaram, expressões de resistência (BARROS; BARROS DE BARROS, 2015).

Poder e conservadorismo na formação médica

Na concepção institucionalista, as instituições se organizam a partir de instituídos e instituintes. Às forças que geram movimento e fundam uma instituição, chamamos de instituintes e, às que funcionam para manter e estabilizar uma instituição, tal como ela é, chamamos de instituídos. Essas não deixam de ser um efeito, um resultado, dos instituintes. Assim, aquilo que se denomina *instituinte* caracteriza-se por ter uma dinâmica, uma processualidade, pois gera movimento nas instituições. O instituído tem uma função estabilizante, que é importante para que a vida social ocorra. Como a realidade é um processo dinâmico, sempre em transformação, os instituídos precisam ser funcionais à vida social, acompanhando os novos estados sociais. Na história, é raro que possamos presenciar o nascimento de uma instituição, sendo mais frequente localizar seus momentos de transformação. Pode-se compreender então que, esses movimentos dialéticos das instituições que compõem a dinâmica de uma sociedade, não sejam a priori, nem bons nem ruins. Antes, são necessários. Acontece que, quando o instituído exacerba sua função estabilizadora, pode transformar-se em conservadorismo, uma resistência extremada aos movimentos instituintes de mudança de uma instituição. Para que o processo de aperfeiçoamento da vida social aconteça a contento, é necessário permeabilidade e fluidez às mudanças que a vida social vai colocando (BAREMBLITT, 2002).

A partir da análise dos dados, constataram-se um conjunto de instituídos que tensionam o campo, no sentido de travar aquelas mudanças na formação médica que possam alterar a dinâmica das relações de poder, criando obstáculos à produção de novos saberes e novas subjetividades nessa formação. Tais forças tensionam os novos cursos no sentido de manter os modos tradicionais de formar, de organizar o saber médico e de fazer gestão.

Há que se atentar, que algumas dessas forças estão tão “naturalizadas”, não só no campo da formação médica, mas também, na

saúde coletiva, que suas expressões estão capilarizadas por dentro de movimentos potencialmente instituintes, como o próprio PMM. Como exemplo disso, tem-se a primeira e mais abrangente força presente no campo, o modelo biomédico.

Para Camargo Júnior (2005), a Biomedicina se organiza a partir da racionalidade da mecânica clássica: onde o todo de um sistema mecânico é equivalente à soma das partes, propondo-se a produzir discursos, leis e modelos de aplicação universal. Generalizante, mecanicista e analítica, a Biomedicina propõe um sistema explicativo que caracteriza as doenças não como fenômeno vital mas a partir da concepção de lesão celular. Assumindo lugar de centralidade no saber e na prática médica, substitui a medicina como ciência da arte de curar, para uma medicina com status de ciência das doenças. A racionalidade médica ocidental ancora-se, a partir da Biomedicina, na doenças como fenômeno autônomo que se expressa em sintomas resultantes de uma causa (ou causas múltiplas). A definição de saúde, por consequência, passa a ser entendida como a ausência de doenças.

Organizador de verdades e objetos-saberes no campo da formação médica, o modelo biomédico foi uma das forças mais presentes no campo pesquisado, aparecendo de modo difuso, mas intenso, gerando efeitos de rebatimento em outras forças. Base conceitual da medicina científica moderna, o modelo biomédico se constituiu à sombra do paradigma cartesiano, organizando-se em torno de premissas como a uniausalidade, o biologicismo, a fragmentação, o mecanicismo, o nosocentrismo, a recuperação e reabilitação, o tecnicismo e a especialização. As críticas às intervenções biomédicas situam-se, entre outras, quanto a sua limitação na abordagem de necessidades de saúde que acometem populações inteiras, pois, não considera muitas variáveis que interferem no processo saúde-doença-atenção das populações e o singularizam. O fato de fundamentar-se no pensamento cartesiano, que separa mente e corpo, torna o modelo circunscrito a uma visão mecanicista e biologicista, que não inclui as influências não-biológicas no processo saúde-doença-atenção (CAPRA, 1982; CUTOLO, 2006).

Constituindo a estrutura conceitual que fundamenta teoria e prática em saúde, o modelo biomédico gera interferências diretas nos sistemas de assistência à saúde. Mudar a estrutura conceitual da medicina, com inserção de outros elementos que possam auxiliar a superar as limitações desse modelo, é um antigo desafio para a formação médica. Muitas das orientações do PMM, para os novos cursos têm esse intuito, como a busca por reverter a tradicional centralidade do hospital para que outros serviços da rede, sobretudo os da AB, ganhem destaque como cenário de práticas.

Para os participantes do estudo, a reversão da centralidade do hospital como cenário de práticas ainda não se configura como aposta unânime entre os envolvidos na construção desses cursos.

Uma das possíveis explicações para essa desafinação, quanto à compreensão de quais cenários precisam ser priorizados, advém justamente da força com que o modelo biomédico plasma, a compreensão do que seja a medicina e o que sua formação envolve, construindo um regime de verdades acerca da profissão. A medicina, enquanto instituição que reproduz verdades historicamente construídas e conforma subjetividades, é em boa medida, atravessada pelos pressupostos desse modelo. Os modelos de formação médica são resultantes de conhecimentos e experiências historicamente produzidos, condensadores de interesses, forças e disputas. Os saberes que alimentam o jogo de forças que são as relações de poder se organizam como binômio, saber-poder, sem que seja possível dissociá-los.

Nesta acepção, o poder aqui é produtor de saberes, verdades, modos de subjetivação que vão conformando as diferentes realidades e produzindo modulações nos diferentes sujeitos. Mas, o modo como o poder se organiza, as forças que o constituem, nem sempre estão visibilizadas e a estabilização produzida pelas forças do instituído se dá justamente pela “naturalização” destes saberes e verdades historicamente produzidos, ou seja, legitima alguns deles como corretos, normais e, portanto, inquestionáveis. Coloca a realidade sob determinada ordem axiológica, valorativa, que é expressão parcial das moralidades de uma época. O que fica invisibilizado nesse modo como o poder se constitui é que essa *ordem* é de fato uma produção *social* de alguns para todos, que legitima um determinado modo de viver e deslegitima outros. Reduz-se assim, as diferenças à unidade, igualando, homogeneizando as subjetividades, a fim de manter estável um determinado modo de se organizar as relações de poder (FOUCAULT, 1983; 1995).

O que se coloca aqui para reflexão não tem intenção de vilanizar o modelo biomédico, mas sim, reposicionar a perspectiva de análise sobre os desafios para sua relativização na formação médica. O próprio PMM, que propõe estratégias para superar essa excessiva influência é, na opinião de alguns participantes do estudo, ainda excessivamente atravessado por ele, haja vista que enfoca a qualificação e fortalecimento da AB pela ótica do trabalho médico, tanto no provimento quanto na formação. Apesar da inquestionabilidade do déficit no provimento médico no país, a não inclusão das demais categorias profissionais no Programa é interpretada como uma vitória das forças que dentro do SUS advogam a primazia da lógica biomédica para a AB. Assim, a aposta do PMM em fortalecer este

segmento da atenção à saúde, apenas por meio da garantia de “mais médicos” seria, segundo alguns participantes, uma expressão do quanto o processo saúde-doença-atenção na saúde coletiva ainda está centrado na figura do médico, haja vista os déficits de profissionais de outras áreas na AB.

A minha perspectiva é levar profissionais de saúde, aí eu estou incluindo toda a rede interdisciplinar que envolve a atenção à saúde (...). Quando você fala que o problema é para mais médicos, o que você faz? Você pensa em resolubilidade clínica, porque essa é a lógica, a lógica biomédica, mesmo dentro da Atenção Básica... Do – 001

O Mais Médicos reposicionou a agenda do SUS à mercê da categoria (...) Era um debate antigo, dentro atenção primária que em determinados lugares médico faz mais mal do que bem (...) A gente resistiu à investida conservadora da década de 90 e 2000 com medidas como polos de educação permanente, saúde coletiva, trabalho em equipe, interdisciplinaridade (...) Aí o governo diz que saúde se faz *só* com médicos.... Do-002

A pesquisa mostrou que, o modelo biomédico também impacta na consolidação dos atributos preconizados para a AB, pois no processo de organização dos novos cursos, a resolubilidade clínica teria primazia, deixando em segundo plano, a formação voltada para a integralidade, a longitudinalidade e a orientação comunitária, entre outros. Isso dificultaria a transição de um modelo de atenção seletiva para o modelo de atenção ampliada. Quando os novos cursos procuram dar ênfase à formação voltada para a AB e seus atributos, a reação da corporação médica é de desvalorizar essa orientação, pois, desviaria esses futuros médicos do destino de especialistas em outras áreas. Assim, o posicionamento em defesa do modelo biomédico pela corporação médica é um dos modos pelos quais esta busca perpetuar as relações de poder que envolvem a profissão.

(...) o maior empecilho para o funcionamento do curso em si é a quebra de paradigma com os médicos, principalmente da região. (...) É comum a gente escutar relatos de que: “ah, o curso de medicina não funciona, ele só forma médicos para

postinho”. (...) é como se os alunos que vão se formar aqui não pudessem vir a ser especialistas.
Do-003

Ao longo das narrativas, a corporação médica é compreendida como grupo que defende o discurso biomédico como legítimo referencial orientador da formação. Esse regime de verdades conforma uma “identidade” para a profissão, relacionando a medicina a um tipo específico de formação, de atuação e de capacidade técnica. Forjar uma identidade diferenciada em termos de *status* social, pode se configurar como uma das estratégias do poder para a manutenção de um *status*, diferenciado da categoria em relação às demais profissões da saúde. Os novos cursos, ao ampliarem o acesso à formação médica para pessoas de classes sociais menos favorecidas, ao deslocarem o principal cenário de atuação do hospital para o “postinho da periferia” e ao colocarem maior contingente de profissionais no mercado impactando a média salarial, podem representar uma força interveniente junto a essa identidade. No entanto, essa ainda é uma realidade a ser conquistada. Na prática, essa centralidade da figura do médico, em relação às demais profissões aparece até mesmo no modo como discentes e docentes veem a inserção do profissional não médico no corpo docente desses cursos.

A gente é elitista. Não só o médico, como também, a própria escola médica, porque a escola médica, no Brasil, foi fundada para servir a corte (...) não foi criada, porque existiam vários brasileiros que precisavam de saúde (...) a gente também está trabalhando com forças que atuam no Brasil há séculos. (...) E o programa Mais Médicos foi nessa navalha. Do-004

Por não ser médico, às vezes, eu sofro uma certa resistência... até por parte de alguns colegas (docentes), os próprios médicos e até dos alunos. (...). Mas, enfim, faz parte. Do-003

Os centros de produção de saber médico afastaram-se de sua dimensão ética e social, demandando que nos distanciemos desses saberes para recuperar uma "arte da cura" com alguma integralidade. Tesser e Luz (2008), indicam que o reposicionamento da biomedicina precisa acontecer no ambiente de sua prática clínica, redirecionando o SUS e a formação médica para cenários que priorizem a rede básica. Neles haveria potência para acionar a almejada transformação da medicina, desde que,

uma necessária inversão ocorra: em vez dos doentes orbitarem em torno das doenças biomédicas e seus aparatos, colocar a biomedicina verdadeiramente, a serviço desses doentes, com as equipes multiprofissionais de referência produzindo um cuidado personalizado aos usuários.

É nessa direção que o PMM acena ao priorizar a rede pública de saúde como cenário de práticas, na graduação e na residência. No entanto, embora os estudantes reconheçam alguns dos esforços do governo federal junto aos novos cursos, a passagem obrigatória pela AB na residência é um dos pontos mais criticados do PMM, sendo essa estratégia compreendida como desnecessária e autoritária.

(...) ter que passar dois anos na atenção básica para só depois escolher outras áreas de residência acaba sendo uma coisa ditatorial (...). Eu já tive os quatro anos na unidade básica(...) cabe a mim, lá na frente, decidir se quero continuar na atenção básica ou não. Di-001

As iniciativas dos novos cursos de contrapor outras racionalidades à biomedicina têm tido êxitos relativos. Muitos docentes narram os insucessos nas tentativas de abordar os temas clássicos da formação médica, como é o caso da anatomia, a partir de outras lógicas. O que se vê nessas narrativas é a resistência a propostas de formação que rompem com o modelo biomédico. A integração dos saberes, advinda da experimentação, introduz uma lógica de formação diferente da biomédica.

(...) nós (docentes) íamos ensinar a anatomia que nós sabemos. Não aquela que foi nos ensinada, mas a que ficou. (...) os estudantes reagiram e a gente contratou uma professora que é biomédica (...) Então (o modelo biomédico) está sempre presente, com uma força enorme...nas publicações, nos livros-textos, nos modos de explicação. O que a gente faz é abrir certas falhas...(mas) ele é absolutamente hegemônico.” Do-002

A formação baseada na informação tem sido hegemônica no ensino da saúde, dicotomizando teoria e prática e difundindo a ideia de que essa última nada mais é do que a aplicação de uma teoria previamente conhecida (KASTRUP, 2013). Assim, as estratégias de enfrentamento à

hegemonia do modelo biomédico são avaliadas nesses cursos como insuficientes, localizadas como processo histórico que avança, mas muito lentamente, através de inserções pontuais no currículo. Tais inserções ainda não se organizam de modo integral por várias razões, desde a carência de docentes com formação compatível até a falta de alternativas a esse modelo. Segundo os participantes, a saúde ainda precisa do modelo biomédico para explicar vários fenômenos do processo saúde-doença-atenção, o que anuncia algo como uma crise epistemológica na saúde coletiva.

Um dos principais modos de reprodução, e principalmente de legitimação desse modelo, seria sua força explicativa dos fenômenos ligados à saúde coletiva. As tentativas de criação de outros modelos biológicos são vistas como frágeis e isoladas, não dando conta da complexidade do campo da saúde.

Nós fizemos uma busca, há um tempo... filosófica, epistemológica, (...) de outra biologia (...) Mas não tem um trabalho que use a matriz da compreensão biológica de Maturana para entender a epidemia de Zica (...) Quer dizer, nossa maior falta para criticá-lo (ao modelo biomédico) é não ter outra coisa para colocar no lugar. É importante entender isso enquanto um fenômeno não só filosófico, epistemológico, mas social. Do-002

O que se evidencia nessas narrativas é que, apesar das críticas em relação à medicina e aos médicos ser fenômeno de décadas, a base conceitual da medicina ainda é relativamente pouco problematizada. Exemplo disso é a pouca atenção que os diferentes modelos conceituais recebem na formação médica tradicional. Tanto os profissionais, quanto o público, organizam o que sabem acerca da profissão médica e do próprio processo saúde-doença-atenção a partir do modelo biomédico. Incluir outras racionalidades médicas no currículo dos novos cursos é tarefa que exigirá uma transformação do que entendemos, até os dias de hoje por “ciência médica” (CAPRA, 1982).

Embora cada vez mais a complexidade seja aceita como algo inerente aos fenômenos ligados à saúde, há insuficiente consenso acerca da necessidade de superar a análise reducionista proposta pela abordagem biomédica. Se suas limitações fossem reconhecidas, nada impediria que fosse integrada a um sistema ampliado de assistência à saúde, que considerasse a interação de corpo, mente e meio ambiente. Mas, mexer

com isto é mexer com a própria instituição medicina, com as forças que a sustentam tal como ela se configura. Quanto mais organizadas e efetivas são as ações de resistência a essa instituição, mais contundente é sua reação, restando boa parte das forças instituintes nesse campo. Essa análise, feita por um dos participantes do estudo, alerta quanto à enormidade do desafio a ser enfrentado pelas propostas contra hegemônicas para transformar a formação médica.

(...) eu me pergunto: o quanto a gente está conseguindo mexer na formação, o quanto disso tudo produz de resultado? (...) nós não estamos enfrentando os estudantes, nem os médicos da cidade. Nós estamos enfrentando a Medicina. Como ela é no século XXI hoje, entendeu? Quanto mais robusta, coerente e decidida no seu enfrentamento é a opção, maior é a reação da Medicina contra ela. Do-002

Ela (a Medicina) invade tudo. Toma todos os passos, todas as forças e tal. (...) Isso é muito forte nos alunos, né? Os alunos esperam, querem e projetam uma medicina que eles acham que a gente não consegue oferecer. Nós tivemos vários embates, enfrentamentos de concepções e tal. E eu não sei se a gente consegue responder a isso. Do-002

A aprendizagem e reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, incluindo seu caráter histórico-social são fundamentais para que se compreenda a relação entre o biológico e o social e entre o individual e coletivo. A questão chave é destacar que entre a realidade fragmentada e individual e a totalidade social é preciso estabelecer mediações para que não se produza um viés funesto à compreensão do processo saúde-doença-atenção. A dimensão social desse processo só se apresenta com clareza na análise da coletividade, mostrando-se fragmentada ao olhar da medicina clínica e da epidemiologia (LAURELL, 1982).

Ensinar a comparar condições de saúde e fatores sociais a partir de esquemas de causalidade, não qualificará suficientemente um profissional de saúde para compreender a complexidade envolvida no processo. Dito de outro modo, a saúde é fenômeno com forte dimensão humana e social. Seu aspecto biológico e natural, além de ser apenas uma das dimensões a ser considerada, impõe uma lógica que não se aplica à compreensão das

demais dimensões. O processo saúde-doença-atenção se expressa através de fenômenos que não encerram em si a totalidade dos elementos necessários à sua compreensão. A perspectiva da produção social da saúde coloca o desafio da construção de bases científicas para a medicina, que contemplem todas as dimensões envolvidas nos fenômenos da vida e do adoecimento. A formação médica, para além do biológico, precisaria incluir, então, abordagens contextualizadas do ponto de vista histórico, político, ético e cultural (NOGUEIRA, 2010; FLEURY-TEIXEIRA, 2009).

Não poderemos esquecer os ganhos secundários que o modelo biomédico traz para a sociedade, através do que chamamos de medicalização da saúde, quando problemas sociais são colocados como doenças, tendo por alibi diagnósticos médicos (CAPRA, 1982). Entre olhar para isso, ou transferir a responsabilidade pela saúde a profissionais e medicamentos, temos em grande medida optado pelo segundo. Talvez, o debate, nos cursos de medicina, sobre a medicalização da saúde possa dar uma boa pista de como orientar a reflexão sobre os limites do modelo biomédico e a necessidade de transcendê-lo, instigando a proposta de uma atenção à saúde pautada também na análise da produção social da saúde e das doenças.

Outros instituídos que trazem conservadorismo para a formação médica referem-se aos movimentos deflagrados a partir da crise política nacional. Nesse sentido, repercutiram na condução dos cursos analisados, tanto a alternância dos grupos políticos que estavam à frente do governo federal, quanto o acirramento dos posicionamentos entre a população. O que se viu nas narrativas, a exemplo da crise política dos últimos quatro anos é que a mobilização da população se deu de modo a visibilizar e acirrar os conservadorismos, e que, esse fato se refletiu nos cenários da formação médica. Os movimentos conservadores são vistos como forças intervenientes nos cursos, que colocam em cheque os deslocamentos subjetivos almejados com a formação. Nas palavras de um docente, “na minha imagem é como se eu pegasse um copo de vidro e afundasse ele num balde cheio de água. Um transbordamento para dentro”, ou seja, o cenário nacional transbordou para dentro desses cursos, modulando e organizando os diferentes grupos e sujeitos, polarizando posicionamentos e obstaculizando propostas contra hegemônicas.

O êxito aqui em questão é muito relativo. Que êxito a gente teve? Se tivesse um curso mais tímido, menos arrojado em termos de apelo, talvez tivéssemos menos resistências, né? E o que nós

estamos conseguindo de fato, assim, mexer na formação desses homens e dessas mulheres ante a essa conjuntura inteira? Do-002

Tal transbordamento aproxima-se do que Magno (2015), assinala como deslocamento das lutas sociais iniciadas em 2013, saindo dos corredores institucionais e ganhando as ruas. As ruas e por extensão os demais espaços públicos, incluindo as redes sociais, se configuraram como espaço político em disputa por forças progressistas e conservadoras da sociedade. Como temos visto, a direção cultural e política desse embate está sendo definida pelos segmentos sociais e econômicos que têm conseguido alterar a correlação de forças a seu favor.

Assim, nesse contexto, a inovação proposta pelos cursos, geradora tanto de apoio quanto de reatividade entre os estudantes, é colocada em análise pelos participantes do estudo. O quanto é possível inovar em um curso sem gerar resistências que sabotem os objetivos iniciais? Em uma conjuntura na qual o pensamento conservador inunda os espaços de reflexão, é possível propor uma formação que vá na contramão desse conservadorismo? A essas perguntas, soma-se à desesperança decorrente da crise política, como se as forças que impelem à manutenção dos instituídos estivessem ganhando uma dimensão intransponível. Passos (2013) a esse respeito, lança um conveniente alerta:

Vivemos tempos confusos em que muitos já acreditam que não há diferença entre esquerda e direita, em que parece que a política perdeu seu sentido público, significando apenas corrupção e interesses pessoais, significando apenas o espetáculo das mídias de massa. (...) Ouvimos o discurso retrógrado dos que querem nos fazer crer, por exemplo, que sempre estiveram equivocados o movimento pela saúde pública como direito de todos e dever do Estado ou aquele que defende a desinstitucionalização da loucura. O projeto que anima tais críticas é claro: aproveitar-se do momento em que as alianças políticas se recompõem sob a luz fria do espetáculo para ressuscitar práticas conservadoras (p. 213-214).

Assim, os modos conservadores e totalizantes de compreender a realidade que circulam na sociedade têm interferido nos rumos do processo de ensino-aprendizagem empreendido nesses cursos,

modulando nos sujeitos, atitudes pouco receptivas a reflexões que problematizem os processos de banalização da vida. O exercício da vida política é colocado em análise: sob os efeitos da conjuntura nacional, geram efeitos de um modo ou de outro sobre a formação ético-política desses estudantes.

Esses dias um aluno levanta e diz assim: “nós temos de convir, há vidas que valem mais do que outras”. Esta é uma ética, a ética do zumbi. A ética das vidas descartáveis. Do-002

Alguns autores têm estudado o papel da universidade e chegado à conclusão, que uma das consequências da revolução vivida por essa instituição durante o iluminismo teria sido uma mudança orgânica de sua função de educação intelectual para uma educação de cunho científico. A educação intelectual estaria associada a um desenvolvimento integral do ser humano, incluindo aí, a capacidade de análise e de crítica, a formação da personalidade e a formação para a reflexão ética. Para além, de uma educação científica instrucional, voltada ao exercício profissional, a educação intelectual abarcaria também a formação filosófica e humanística. A demarcação feita aqui distingue os processos voltados a um sentido instrutivo daqueles que reiteram o lugar do pensamento e da vontade, onde a análise moral da realidade e de si próprio compõem o objetivo educacional. A concepção que a sociedade tem da universidade é que definiria sua função social, traduzindo uma maior ou menor inclusão da formação humanística à formação profissional (ESTEBAN, ROMÁN, apud FINKLER, 2016). Segundo Gomes e Rego (2014), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, colocava a tarefa da formação humanística para a escolarização prévia à educação universitária, mas tal objetivo não se efetivou nesse período da formação, deixando tal lacuna, no caso da saúde, para a formação universitária e para a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços.

O que se percebe em estudos referentes à formação sobre humanização da saúde ofertada pelo Ministério da Saúde a trabalhadores e gestores do SUS, é que essa formação persiste como desafio ao qual a saúde vem tentando responder (VERDI, FINKLER, MATIAS, 2015). A universidade, ao deixar de lado a discussão ética e política como dimensão fundamental da formação em saúde, negligenciou uma parte da formação essencial à atuação nessa área. A indissociação entre produção de sujeitos, produção de saúde e produção social não irá aparecer em processos formativos ancorados apenas em conhecimentos técnico-científicos. A

formação, enquanto estratégia produtora de agenciamentos essenciais à mudança das práticas em saúde só se efetiva quando a perspectiva ético-política a transversaliza, pois, aí produz o encontro de forças instituintes, essenciais à criação de novos modos de fazer e de novos sujeitos (MATIAS; VERDI e FINKLER, 2016).

Nesse cenário, as narrativas mostram uma posição ambígua das universidades em relação à abertura dos novos cursos, atravessada por forças do instituído que desaceleraram os movimentos pela mudança da formação médica. A reação de docentes médicos, inseridos nos cursos antigos, que expressaram oposição a algumas das propostas do PMM, de alteração da formação por dentro dos movimentos de criação dos novos cursos. A ênfase na AB, a inserção de médicos do PMM no corpo docente e a associação do curso ao Programa foram alguns desses pontos. Em alguns contextos, a resistência à ênfase na AB, expressou-se através de uma frágil problematização da pouca estruturação da rede básica.

(...) hoje quer se montar o curso a qualquer preço...
 (...) Eu consigo montar um curso de medicina sem hospital, agora sem atenção básica eu não consigo
 (...) É uma questão paradigmática de novo (...)
 Como é que eu posso entrar num discurso “a saúde é complexa, exige um olhar plural” se eu não tenho NASF? Do-001

Pode parecer paradoxal que justo as organizações envolvidas com a formação, e por isso, mesmo formalmente compromissadas com o aprimoramento dessa atividade, sejam muitas vezes, as que mais se aliam com os movimentos de manutenção dos modos de formar. No entanto, se retomamos o conceito de instituição como sinônimo das práticas sociais historicamente construídas e produtoras de saberes e de subjetividades, entendemos que a academia reflete tanto as forças que plasmam o projeto hegemônico de sociedade a cada período histórico, quanto as forças de resistência a esse mesmo projeto. No caso brasileiro, o projeto atual de sociedade está enormemente atravessado pelo conservadorismo. Observou-se nesse estudo, que os cursos de medicina de campi diferentes, mas dentro da mesma universidade, podem ser pensados e planejados a partir de visões de mundo e de sociedade completamente distintas. Por essa razão, muitas vezes, o projeto político pedagógico fala de uma realidade idealizada, escrita para atender à lei, mas o projeto real, assim como, acontece com o currículo oculto e o real, refletem essa discrepância.

Os médicos da gestão daqui e os médicos da gestão do campus da capital têm formações completamente diferentes (...) essa divergência de formação médica e de formação política acaba trazendo empecilhos no que diz respeito à colaboração em projetos de pesquisa, de extensão, ou até mesmo a colaboração dos mesmos profissionais.” Do-003

No vácuo de uma formação universitária que deixa de lado a dimensão humanística da educação – justamente o que poderia trazer a reflexão ético-política para o cotidiano do currículo vivido – enfrentamos importantes dificuldades em analisar nossa realidade. Marcada por uma acepção transmissionista, calcada na ideia de acúmulo de conceitos e informações como sinônimo de consistência, a formação tradicional tem relegado saberes e experiências dos sujeitos, dando margem a práticas dissociadas dos contextos sociais, geopolíticos e culturais (HECKERT, 2007; GOMES; REGO, 2014).

Nessa disputa de forças, as articulações locais com as instâncias federais foram decisivas para a continuidade do processo de criação desses cursos. Os apoios políticos externos à universidade - via governo federal ou via políticos da região – foram agenciados por iniciativa de segmentos das sociedades locais, que já vinham lutando pela criação desses cursos há anos.

(...) O projeto mesmo foi definido ainda na fase do REUNI (...) A Universidade foi convidada a expandir atividades para o interior (...) O curso da capital não aceitou abrir vagas nas chamadas do REUNI. (...) Então foi assim, nesse cenário... por força do governo federal e pela coalisão de forças que havia no estado. Do-002

O mercado de trabalho aparece citado nas narrativas como força que busca estabilizar a formação para que esta não altere, entre outros, o status e o poder de barganha salarial da categoria médica. Por mais que a expansão dos novos cursos tenha sido feita sob critérios que consideraram os déficits de médicos nas diferentes regiões, ainda impera entre os estudantes o receio de que o PMM inunde o mercado de trabalho com médicos, gerando dificuldades para o primeiro emprego.

A questão salarial e do status profissional alimentou boa parte das reações mais viscerais da corporação médica ao PMM. É interessante observar, o quanto a questão do quantitativo de médicos disponíveis no mercado de trabalho tem historicamente interferido nas relações de poder, que a corporação médica estabelece com as demais profissões da saúde, com as instituições da área e junto à sociedade, de modo geral. Através de agenciamentos, operados por dentro inclusive da formação médica, saberes, práticas e instituições foram constituindo estruturas e mecanismos que têm possibilitado aos médicos o exercício desse poder (FOUCAULT, 1995; REVEL, 2005).

(...) o modelo dos Mais Médicos, da expansão, foi bom? Foi, mas eu acho que foi demasiado, acho que tinha que ser expandido pelas instituições públicas (...) para que o aluno mais carente tivesse acesso à educação (...) sou contra essa abertura demasiada de cursos particulares (...) Onde é que vai ter mercado para absorver tanta gente? Di-001

O mercado também aparece como força que obstaculiza a atividade docente do médico nesses cursos, pois, a remuneração nas instituições formadoras públicas estaria bastante abaixo da média salarial de mercado da categoria, gerando a necessidade de criar estratégias de fixação docente que articule uma atuação paralela, junto aos serviços. Além disso, a carreira docente é em geral um vínculo menos relevante para os especialistas. Ainda que atrativo, porque gera algum status junto ao mercado privado, mas com baixa remuneração. Nas narrativas, essa combinação seria responsável por aqueles docentes que, apesar de desejarem estar no quadro de professores, apresentam baixo comprometimento com o curso, gerando atrasos e déficits em alguns temas da formação médica. Para piorar, há uma dificuldade em atrair docentes das áreas de psiquiatria e pediatria, atribuída à histórica baixa oferta de vagas da residência e à baixa procura dos recém-formados por esse tipo de especialidade, refletindo na dificuldade das instituições formadoras de preencher essas vagas no curso. Nas palavras de um dos participantes do estudo, “*O professor procura na universidade uma visibilidade, uma projeção no mercado privado (...) E a docência é o pior dos vínculos públicos. É onde ele ganha menos*” Do-002.

Preocupa nessas narrativas o baixo grau de governabilidade dos cursos, no enfrentamento das dificuldades de gestão relacionadas ao mercado de trabalho. Apesar de este ser um dos fatores normalmente

considerados para a definição da necessidade de médicos de um país, ao lado de aspectos como a organização do sistema nacional de saúde, os recursos financeiros e a carência de médicos por especialidade (CHAVES; ROSA, 1990). O que se constatou ao longo da pesquisa foi a fragilidade das estratégias de transição, induzidas federalmente para a superação das dificuldades citadas. Cada curso vem solucionando esses obstáculos a sua própria maneira, com táticas para que a remuneração do docente médico, somando a atuação na universidade e na rede de serviços ou no mercado, seja no mínimo equivalente à dos profissionais que atuam pelo PMM na AB.

As forças instituintes: a intercessão como afirmação da diferença

Entre as forças instituintes - aqueles movimentos que geram desestabilização no campo, tensionando-os à mudança, localizamos alguns possíveis intercessores no campo da formação médica. Segundo Deleuze (1992), é a partir dos intercessores que o pensamento se desloca, ganha movimento, reinventa-se. Os intercessores são tudo aquilo que coloca o pensamento em outra rota, instigando-o a inventar. Eles afetam o pensamento, conectam-no a ideias que possibilitam a criação de outros modos de pensar, que permitem a invenção de novas realidades. Para tanto, o essencial são as conexões, o que se passa entre dois que se conectam.

O SUS aparece nas narrativas como força intercessora nesses cursos: ao propor um modelo de atenção que rebate alguns dos pressupostos do modelo biomédico, tensionando o fazer e o papel do médico no SUS, na medida em que propõe políticas de saúde que vão à contramão da centralidade médica. Um dos exemplos mais explícitos é o da política de saúde da mulher, que reconfigura os tradicionais papéis da enfermeira, do médico e da mãe, no parto e no nascimento.

O parto humanizado é uma das formas de questionar o poder médico de maneira bem forte (...) Já têm estudantes nesses espaços que vão poder, no caso da obstetrícia, transformar isso. Só que isso ainda não é institucional (...) A gente sabe que isso é frágil, sabe?" Do-004

Outro movimento intercessor colocado pela proposta do PMM, seria o da interlocução com o SUS a partir dos serviços de saúde, já no processo de construção dos cursos. Na medida em que os perfis dos

docentes dos cursos pesquisados foram pensados juntamente com os gestores do SUS local, criaram-se estratégias de uma estreita articulação entre formação e necessidades de saúde do território. Essa integração promove uma quebra com o tradicional raciocínio disciplinar da medicina, substituindo-o pelo conhecimento que nasce da análise da realidade concreta. De outra parte, esta integração gera vínculos de solidariedade entre Instituições de Ensino Superior e serviços, criando parcerias potentes na rede SUS local e colocando o Sistema como tema transversal nos cursos.

Há uma grande inovação em termos de gestão universitária em romper com a definição de perfis de professores por grupos disciplinares. Então a segunda rodada de definição dos perfis foi feita com os gestores do SUS. Aí nós escancaramos a porta do SUS. Do-002

(...) o fato de a gente estar desde o primeiro dia inserido na comunidade faz toda a diferença, porque é uma construção (...) A gente se forma médico daquela região, sabe quais são os problemas que existem naquele local. (...) Além do que, tem uma visão muito mais ampla de medicina (...) Mesmo que eu não queira ser uma médica de atenção básica, eu sei como funciona. Di-001

Para Lotta, Galvão e Favareto (2016), o PMM tem sido avaliado como Programa que trouxe soluções emergenciais de curto prazo (como ampliação do número de médicos) e se preocupou em pensar soluções de médio e longo prazo, através da formação de médicos no país. A simplicidade e efetividade dessas soluções se ancorando na utilização da própria estrutura já existente no SUS, em uma articulação vertical e territorial que incorpora a lógica de gestão do Sistema. No entanto, permanece o desafio de consolidar as políticas de atração e de formação de médicos, através de articulações intersetoriais e interorganizacionais. Para os autores, tais articulações serão favorecidas estão condicionadas ao lugar ocupado pelo PMM na agenda governamental. Quanto mais prioridade for dada ao Programa, maiores serão as chances de que essas políticas de atração e de formação consigam se efetivar intersetorialmente e interinstitucionalmente.

Para Berlinguer (1993; 1987), a formação de uma consciência sanitária está associada à compreensão de saúde desde uma perspectiva

ético-política, como direito da pessoa e interesse da comunidade. O tema da justiça sanitária, do acesso aos serviços de saúde e às tecnologias associadas ainda é pauta candente para as políticas públicas. As mortes prematuras e evitáveis por falta de prevenção e tratamento precisam ser problematizadas também nos espaços de formação. O autor afirma que, o médico pode influenciar na gestão da saúde, conciliando as transformações sociais a sua atuação sanitária, mas que isso só será viável se compreender a relação entre medicina e sociedade, sob o risco de que sua atividade perca o sentido. A argumentação para essa afirmação decorre da análise de que as doenças predominantes são determinadas por fatores sociais, assim como, as doenças do trabalho. Acrescenta-se a isso, a análise de que a medicina se desenvolve dentro de instituições que regulam e condicionam notavelmente as relações, podendo contribuir ou prejudicar enormemente a atividade sanitária. Alerta para a prioridade da prevenção e promoção coletivas, inerentes à atenção primária, assinalando que o principal caminho para combater as doenças é a mudança no ambiente de trabalho e de vida. Por fim, associa a medicina não apenas ao reparo dos danos, mas também às ações que atacam as causas das doenças.

A partir desse fluxo lógico, evidenciam-se as implicações éticas das ações daqueles que virão a ser trabalhadores da saúde, agentes morais com responsabilidade sanitária inseridos em um contexto de disputa de interesses políticos, desejos individuais e coletivos, valores e crenças das mais variadas ordens (VERDI; CAPONI, 2005). Tem-se discutido outros modos de construir o conhecimento e de experimentar processos formativos que rompam com a lógica tradicional, que separa sujeito e objeto do conhecimento.

Quando Guattari (1992) propôs o paradigma ético-estético-político, intencionando contrapor o paradigma científico, destacando as práticas que engendram novos modos de subjetivação. Na formação, significa a ênfase na experimentação e no questionamento da realidade, onde a delimitação do campo problemático e o manejo de dispositivos possibilita buscar modos novos de interferir na realidade.

Abordar a dimensão ética implica a construção de uma escuta-experiência, que propicie o contato e a abertura a outros modos de ser. A dimensão estética aponta para essa dimensão da vida como obra aberta, um compromisso com o fluxo criativo e com o pensamento que interroga a realidade e propõe-se a transformá-la. A dimensão política focaliza a dimensão do desejo, do quanto conseguimos fazer valer nossas escolhas e opiniões, interferindo nos modos de organizar (ROLNIK, 1993).

A Medicina de Família e Comunidade ligada às estratégias político-pedagógicas de articulação da graduação com a pós-graduação, também aparece como força instituinte nesses cursos. Tensionando o espaço das especialidades na formação médica, tem gerado reatividade na corporação médica o aumento do número de docentes médicos de família nos cursos, bem como a participação desses profissionais na construção e gestão dos mesmos.

(A MFC) é uma disputa, um plano para a pós-graduação. E nós colocamos isso no plano da pós. Nós abrimos junto com o curso no primeiro ano uma residência médica. É (uma estratégia político-pedagógica) muito discutida no Brasil inteiro. Todas as pessoas acharam uma estratégia interessante. Do-002

A despeito da orientação de se ter estratégias de continuidade da graduação, pós-graduação e educação permanente, evitando que a graduação funcione como etapa autolimitada, esse ainda é um desafio da graduação (CHAVES; ROSA, 1990). O estabelecimento de estratégias concretas de articulação da graduação às etapas subsequentes deve ser acompanhado de dispositivos que permitam o diálogo entre especialidades, a fim de se superar a diferença de status entre as residências médicas de caráter generalista e aquelas que abordam as especialidades clínicas. A integração da MFC à graduação é à pós-graduação pode vir a se tornar uma estratégia potente de se destacar a dimensão generalista da prática clínica, mesmo na atuação especializada, fortalecendo uma abordagem mais integral do cuidado.

Ainda respondendo à pergunta sobre como as forças de resistência se organizam em relação aos instituídos fomentando movimentos de mudança, tem-se o caso dos grupos mudancistas ligados ao que chamamos aqui de “militância pela mudança da formação médica”. O que se viu nas narrativas é que esses grupos, em geral, têm em comum a passagem pelo movimento estudantil ainda na graduação, onde geralmente se iniciou o interesse e o engajamento junto a movimentos pela mudança na formação. Nas narrativas construídas ao longo da prática cartográfica junto aos grupos pesquisados e das entrevistas, em alguns contextos se fez presente um discurso afinado com a proposta da medicina social e da MFC, evidenciando um arcabouço teórico-metodológico comum que parece ter gerado condições para a elaboração de um projeto político realmente coletivo. Muitos dos docentes e discentes que

encampam essa militância localizaram nela um dos principais fatores para o sucesso da sustentação das propostas mais inovadoras e contra hegemônicas dentro desses cursos. Por vários motivos: a prática da militância lhes teria conferido a experiência de pensar estratégias de resistência ao conservadorismo, teria também oportunizado a criação de uma rede de parceiros, com uma visão de mundo e um projeto de sociedade previamente afinados e, por último, teria propiciado acúmulos em relação à reflexão do que seria hoje uma boa formação médica e de qual medicina precisamos no país.

O movimento de militância pela mudança na formação médica fornece pistas particularmente interessantes sobre aquilo que aqui se denominou como intercessores dessa formação. A prática de construir coletivamente uma imagem-objetivo, para a formação médica parece condensar elementos indispensáveis a um efetivo deslocamento das práticas educacionais desse âmbito. Os relatos sobre o período de militância anterior ao exercício docente revelam características comuns: exercício de participação política em coletivos, estudo teórico sobre a formação médica e sobre as bases da medicina, discussão crítica sobre como a medicina pode responder às reais necessidades de saúde do país, análise da relação entre medicina, mercado e saúde, enfim, questionamentos e construções realizadas ao longo da vida acadêmica na graduação e residência que forjaram uma formação por dentro da formação.

Talvez para essa ‘formação por dentro da formação’ se possa olhar com mais atenção: o quanto essa estratégia tem ficado como tarefa marginal para a universidade, o quanto os espaços estudantis de reflexão e crítica do processo formativo são para a academia algo espinhoso, e, portanto, melhor que permaneçam mais à margem do processo formativo? Não se trata apenas de fomentar a discussão sobre melhores modos de formar entre os acadêmicos, para consumo imediato nos cursos de medicina, mas de oportunizar espaços que possibilitem a experimentação de uma consciência acerca do papel da formação para a transformação da sociedade, e o desejo de participar ativamente dessa construção. O subjetivo deslocamento que a militância no âmbito da formação proporcionou a esses sujeitos expressa uma alta potência intercessora nessa experimentação.

Esse grupo de professores que começa a pensar num projeto de curso vem da Escola da DENEM, a Direção Executiva Nacional de Estudantes de Medicina (...) São vários militantes que se

formaram nessa escola. Então acho que esse é o passado comum. E o berço da discussão da educação médica como pauta do movimento sanitário. Do-004

Considerações finais

Nas narrativas ficaram visibilizadas algumas das principais forças conservadoras que atravessam e modulam essa formação. O modelo biomédico segue sendo reproduzido e sustentando um regime de verdades que é orientador de um modo predominante de pensar o processo saúde-doença-atenção que circula na sociedade e se capilariza, não apenas na prática profissional, mas através de todo o tecido social. O rompimento com esse modo de pensar a prática médica, e por extensão, as práticas em saúde, é um desafio gigantesco, que depende em grande medida do quanto e de como a problematizaremos nos espaços institucionais, principalmente os da formação.

Por outro lado, os movimentos políticos em curso no cenário nacional têm contribuído para o enrijecimento dos modos de pensar, gerando obstáculos aos movimentos desses novos cursos de à uma formação humanística pautada no diálogo e na valorização da diferença. A formação médica não se apresenta para análise isoladamente. Ela é expressão de um processo maior, e vem sendo atravessada pelas forças usualmente presentes nas sociedades onde o processo civilizatório não se completou. Um reflexo disso é o modo de pensar totalizante da maior parte da sociedade brasileira diante da crise ético-política atual, que apresenta a conta de décadas de uma formação humanística frágil ou ausente.

Entre os movimentos instituintes, os agenciamentos que integram docentes à atuação na rede de saúde e a militância pela formação despontam, sob o ponto de vista dos efeitos gerados para a consolidação das propostas do PMM. A experiência prévia no tema da formação médica e a estratégia de convidar esses parceiros de militância para os concursos de docência contribuíram para uma teia de agenciamentos que dá bases para um projeto de curso com um imagem-objetivo clara e de fato comum. É claro que as diferentes fases de ampliação do corpo docente vão agregando diferenças a essa imagem-objetivo, e aí as estratégias de discussão coletiva entre os docentes acerca do PPC são fundamentais para garantir uma pactuação de um comum que direcione o trabalho.

O SUS, inserido nesse cenário, vem lutando com o desafio de construir uma política de formação articulada às reais necessidades do

Sistema e de seus usuários. O que, afinal, tem se interposto a isso? Há uma tendência dos esforços mais comuns de mudança da formação médica de se configurarem como exercício circular: acabam por retornar sempre às mesmas estratégias. A importância do método, a escolha dos conteúdos que irão compor o currículo, a ampliação do cenário de práticas e a qualificação técnico-metodológica da prática docente têm sido pautas constantes. Embora não se possa dispensar nenhuma dessas estratégias para alavancar mudanças significativas nos espaços formativos, elas ainda relutam com a necessidade de que a formação produza um deslocamento maior nos sujeitos, que possibilite alcançar essa dimensão do exercício do pensamento crítico-reflexivo, produzindo subjetividades potentes no efetivo enfrentamento à força do conservadorismo das instituições e à pujança com que os interesses econômicos e de mercado atravessam a prática médica.

A resposta a isso tem tocado no que se pode denominar como desafio ético-estético-político para as políticas de formação em saúde. Uma política que considere o desafio ético de ofertar uma atenção à saúde digna e acessível a todos os cidadãos, o desafio estético de oportunizar que equipes e usuários possam produzir conhecimento a partir da prática, criando as próprias soluções para suas dificuldades cotidianas, e o desafio político da democratização das organizações e das práticas em saúde.

Buscando responder também a isso, a proposta do PMM vem gerando efeitos de desestabilização nos novos cursos, no sentido de convocar a um modo diferente de pensar a formação médica, e as necessidades de saúde às quais ela precisa responder. Mas é sabido que um dispositivo só se configura como tal, com força instituinte, quando de fato desloca modos de pensar, produzindo outra realidade, alterando também as relações de poder. Assim, respondemos a nossa inicial pergunta de pesquisa do seguinte modo: sozinhas, as propostas do PMM não o tornarão dispositivo de mudança da formação, pois, podem ser reacomodadas, inseridas no jeito como tradicionalmente se pensa a prática médica, com parte dos estudantes ainda passando contrariados pelos cenários da AB, esperando pela medicina ‘de verdade’, aquela dos hospitais...

A senha para que os novos cenários de práticas, os novos arranjos curriculares, as metodologias ativas floresçam e deem frutos parece estar associada a uma inserção transversal de estratégias que aproximem os estudantes – e, antes deles, os docentes – do exercício de compreensão do que chamamos de “a história das coisas”, analisar como as instituições nos fundam como sujeitos e como corpo social. Compreender o que é essa produção sócio histórica e o quanto ela nos forja cotidianamente. Para

além dessa desconstrução do que é a medicina, compreender que saúde e doença são fenômenos em que o biológico e individual só é apreendido em profundidade quando contextualizado junto aos modos de funcionar da sociedade, incluindo aí seu sistema produtivo, o lugar dado aos afetos e sua moralidade hegemônica.

Por fim, relembramos aqui um dos primeiros relatos colhidos no campo de pesquisa, a fala de uma estudante que, em sua simplicidade, ajuda a dar expressão aos achados desta cartografia: *“Tem uma frase que é de um político lá do Piauí, que também é médico. Disse que a medicina é a mais humana das ciências. E aí a gente, para começar, precisa aprender humanidades”*. Entendemos a necessidade de estender essa conclusão não só à medicina, mas a todas as ciências da saúde. Elas orientam os modos pelos quais trabalhadores de saúde irão abordar não apenas fenômenos biológicos, adentrando em tudo aquilo que compõe as várias dimensões da vida humana, com toda a complexidade e multiplicidade que isso implica.

Referências

1. BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2002.
2. BARROS, L.M.R., BARROS DE BARROS, M.E. Pista de Análise: O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., TEDESCO, S. (org.) **Pistas do Método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Vol. 2. Porto Alegre. Sulina: 2015.
3. BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.
4. _____. **Questões de vida**. São Paulo: APCE, Hucitec e CEBES, 1993.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

6. CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. A biomedicina. *Physis*. 2005;18.15(sup):177-201.
7. CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Capítulo 5: O modelo biomédico. São Paulo: Cultrix, 1982.
8. CHAVES, Mario; ROSA, Alice Reis (org.). Educação Médica nas Américas. São Paulo: Cortez, 1990.
9. COMES, Yamilla et al. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, 21(9):2749-2759.
10. CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. 35(4): 16-24, out.-dez. 2006.
11. Lotta, Gabriela Spanghero; Galvão, Maria Cristina Costa Pinto; Favareto, Arilson da Silva. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(9):2761-2772, 2016.
12. ESTEBAN, F; ROMÁN, B. ¿Quo Vadis, Universidad? Barcelona: UOC, 2016. Apud FINKLER, Mirelle. (2017). Formação profissional e/ou educação universitária: de onde viemos, para onde vamos? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 21(61), 465-468.
13. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde Debate**. 2009;33(83):380-7
14. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.
15. FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

16. GOMES, Andréia Patricia; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio De Janeiro, v.38, n.3, p.299-307, sept, 2014.
17. GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.
18. HECKERT, Ana Lucia Coelho. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.
19. KASTRUP, Virginia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLLO, Angela Aparecida, CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira. **Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013 (p.151-162). Coleção Saúde em Debate.
20. LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. **Rev Latino Am Salud** [Internet]. 1982 [citado 2014 maio 20];2:7-25. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/23089490/574657748/name/saudedo enca.pdf>
21. LOURAU, Renne. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.
22. MAGNO, Liz Duque. **A crise política e a política de saúde: uma saída pela esquerda**. Cebes, São Paulo, 07 ago. 2015. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/08/a-crise-politica-e-a-politica-de-saude-uma-saida-pela-esquerda/>. Acesso em: 10/07/2017.
23. MATIAS, MCS; VERDI, MIM; FINKLER, M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 55-75, jan./abr. 2016.
24. NOGUEIRA, R.P., organizador. **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES; 2010.

25. PASSOS, Eduardo. A construção da clínica comum e as áreas profissionais. In: CAPOZZOLO, Ângela Aparecida; CASETTO, Sidnei, José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec. 2013.
26. REVEL, Judith. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.
27. ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**. 1993; vol.1, n.2, p. 241-5.
28. TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, feb. 2008. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso. access on 09 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.
29. VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enfermagem**. 2005. Vol.14, n.1, p.82-8.

6 MANUSCRITO 2 – INVENTIVIDADE E INTERCESSÃO NA FORMAÇÃO MÉDICA: uma cartografia das estratégias político-pedagógicas nos novos cursos de medicina

Resumo

A partir das propostas de mudança na formação médica, colocadas pelo Programa Mais Médicos (PMM) e orientadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os novos cursos de medicina vêm desenvolvendo estratégias político-pedagógicas para estreitar a relação entre formação e necessidades de saúde da população e do SUS, buscando preparar o futuro profissional para atuar com efetividade junto às situações de saúde mais frequentes. Este estudo buscou observar como os efeitos dessas estratégias sobre as práticas de formação e sobre os sujeitos que as vivenciam. Para isso, adotou-se uma abordagem qualitativa de pesquisa em que o método cartográfico, a partir da prática cartográfica e de entrevistas, orientou a análise das forças instituintes e dos instituídos que constituem tais estratégias. O campo de investigação escolhido foi o processo de criação e desenvolvimento de dois novos cursos, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Utilizando com docentes, discentes e técnicos envolvidos no desenvolvimento desses cursos. Os resultados encontrados mostraram que as estratégias político-pedagógicas que apostam em modos inovadores de alcançar a dimensão humanística da formação têm contribuído para outros modos de subjetivação dos estudantes na experiência formativa. Observaram-se efeitos de ampliação do protagonismo estudantil e de atenção aos modos de abordar o outro na relação clínica. Os principais desafios encontrados em tais estratégias referem-se ao encontro das diferenças, que se dá quando a problematização da realidade aborda, para além da dimensão técnica, dimensões éticas, estéticas e políticas.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Educação Médica. Formação Profissional em Saúde. Estratégias Político-pedagógicas em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde Sistema.

Abstract

Inventiveness and Interaction in Medical Training: Cartography of Political-Pedagogical Strategies in New Medical Courses. Based on proposals for changes in medical training put forward by More Physicians Program (PMM) and guided by the National Curricular Guidelines (DCN), new medical courses have been developing political-pedagogical strategies to strengthen the relationship between training, the population

health needs and SUS seeking to prepare the professional future to act efficiently with the most frequent health situations. The study observed these strategies' effects on training practices and subjects who experienced them. Then, a qualitative research approach was adopted and the cartographic method, based on cartographic practice and interviews, guided the analysis of instituted forces and establishing powers that constitute such strategies. The chosen field of research was the creation process and development of two new courses, in the South and Northeast regions of the country. Teachers, students, and technicians were involved in such courses' development. The results showed that political-pedagogical strategies that bet on innovative ways of reaching the humanistic dimension of training have contributed to other forms of students' subjectivity, in the formative experience. It was possible to observe some increasing effects of students' protagonism and attention to the ways of approaching the other person, in the clinical relationship. The main challenges found in such strategies are the encounter of differences, which occurs when reality problematization addresses, in addition to the technical dimension, the ethical, aesthetic and political ones.

Keywords: More Physicians Program, Medical Education, Professional Training in Health, Political-Pedagogical Strategies in Health; Primary Health Care, Unique Health System.

Introdução

As recentes iniciativas de mudança da formação médica, propostas a partir do eixo formação do Programa Mais Médicos (PMM) e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de 2014, ainda buscam caminhos para alcançar os objetivos político-pedagógicos de tais propostas. Em síntese, a bússola mudancista tem apontado para uma articulação mais estreita entre formação e necessidades de saúde da população e do SUS, buscando preparar o futuro profissional para atuar com efetividade junto às situações de saúde mais frequentes. O desenvolvimento de habilidades e atitudes em contextos reais, prioritariamente nos serviços e redes articulados à Atenção Básica, combinando uma abordagem do cuidado que supere a tradicional atenção focada na doença. Para isso as DCN exortam à construção multiprofissional e corresponsável de projetos terapêuticos multidisciplinares, fundamentados na singularidade de cada pessoa e contexto social.

O protagonismo estudantil quanto à própria formação é ensejado a partir da proposição de que sejam adotadas metodologias ativas de aprendizagem. Nesse modelo de formação as instituições de saúde são compreendidas como organizações voltadas à atenção, à formação, à educação permanente, e que têm como modo de gestão práticas que incluem a decisão coletiva e a participação.

Em suma, o médico egresso é um profissional bem mais afinado com o SUS do que com a assistência privada, contemplando:

(...) formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014).

O perfil descrito acima traduz a imagem-objetivo do que se almeja para o egresso de medicina, buscando superar as insuficiências dos modos de formar que ainda se distanciam do modelo de gestão e de atenção à saúde preconizado pelo Sistema.

Os novos cursos de medicina criados a partir da expansão proposta pelo PMM, pretendem responder a uma expansão orientada do ensino médico, a partir de critérios vinculados à necessidade social que vise diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias, tendo entre seus desafios a ampliação do campo de prática nas unidades do SUS e o aperfeiçoamento para atuação nas políticas públicas de saúde e na organização e no funcionamento do SUS.

A principal mudança proposta pelo Programa em relação ao modelo de formação refere-se ao deslocamento da centralidade do modelo biomédico, que mantém as assimetrias de poder nas relações entre professor-aluno e médico-paciente, avançando na direção do modelo social, que considere a dimensão coletiva do processo saúde-doença-atenção.

Mas, as estratégias político-pedagógicas empreendidas por esses novos cursos para aproximar a formação médica das necessidades do Sistema Único de Saúde têm se deparado com desafios persistentes, relativos às forças que, no cenário nacional, disputam o sentido que essa

formação assumirá. Além de se tratar de formação que tem como objetivo preparar seus egressos para a complexidade de uma prática reflexiva, que considere as várias dimensões das necessidades de saúde e da relação estabelecida no encontro de usuários e trabalhadores, esses cursos enfrentam o desafio de construir outra medicina a partir da formação. Uma medicina que não se reduza à abordagem biomédica e que tome para si o desafio de atuar considerando a indissociação entre os modos de funcionar da sociedade e o processo saúde-doença-atenção, que não se assuste com os temas ligados à subjetividade, aos afetos e às emoções e que entenda sua atuação de modo ampliado, também voltada à coletividade (COSTA, 2014).

Este artigo dá continuidade aos estudos da pesquisa³ que buscou dar visibilidade às forças envolvidas no processo de criação dos novos cursos de medicina, detendo-se nas estratégias político-pedagógicas desenvolvidas nessas experiências formativas para dar conta tanto dos objetivos colocados pelas DCN e pelo PMM quanto das forças conservadoras, que se interpõem às iniciativas de mudança.

O campo de investigação escolhido foi o processo de construção dos novos cursos de medicina, que incorporaram em seu planejamento e desenvolvimento as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN), de 2014, bem como, as orientações do PMM. O objetivo do estudo foi analisar entre as forças que se mobilizam para gerar alteração na formação médica, e nesse texto enfocamos aquelas relativas à construção e experimentação político-pedagógica, buscando localizar se de fato têm desestabilizado os instituídos da formação médica. Ou seja, se a partir de seus elementos discursivos e não discursivos têm produzido interferências nos modos de subjetivação, reorganizando o conhecimento e a relação entre os diferentes sujeitos. A pesquisa, pautada na Cartografia como modo de acompanhar esses processos, buscou localizar aqueles acontecimentos, derivados das estratégias político-pedagógicas, que visibilizaram o surgimento de movimentos interesseiros nesses cursos.

Ao analisarmos uma estratégia político pedagógica é fundamental que esse olhar tenha como referência os princípios e valores em que se assenta o Sistema. O SUS enquanto política pública de saúde guarda uma peculiaridade: para dar corpo a uma proposta de política pública de saúde que tome para si a tarefa de contribuir para a transformação da sociedade, são necessários elementos e ideias de vários campos teórico-conceituais.

³ Pesquisa intitulada “O desafio ético-estético-político do SUS para a formação médica: uma análise do programa mais médicos”

Essa pluralidade na elaboração de seu regime discursivo se vê espelhada na formulação que o Sistema faz para a formação médica, demandando um conjunto de ancoragens teóricas que sejam capazes não só de estabelecer um diálogo coerente, mas também que permitam iluminar os pontos ainda vagos ou problemáticos de tais estratégias.

Assim, a perspectiva institucionalista permitiu analisar as estratégias político-pedagógicas localizando nelas as forças do instituído - forças de mudança, de transformação - e o instituinte, forças de manutenção, de conservação, compreendendo a formação enquanto instituição, conjunto de práticas sociais, historicamente construídas (LOURAU, 1975; HECKERT; NEVES, 2007). A formação, enquanto campo da experiência humana que produz relações de poder, se reproduz historicamente como prática social através dos mecanismos que agenciam as relações de poder envolvidas, tratando de mantê-los. Esses mecanismos, que Foucault denominou dispositivos e o poder são operadores conceituais desenvolvidos por ele para a historicização dos modos pelos quais os seres humanos se constituem como sujeitos (FOUCAULT, 1979;1995).

A fim de compreender como a questão social - as situações cotidianas que envolvem a luta pelo direito à Saúde e à Educação - se apresenta na experimentação dessas estratégias, e portanto, analisar qual a moralidade que está sendo produzida a partir das mudanças, buscou-se suporte nos estudos da Bioética Social. Esta abordagem teórica tem estudado os fatores envolvidos na produção de condições de luta por modos de vida melhores e mais dignos (BERLINGUER, 1996, 1993, 2004; REGO, 2013).

Metodologia de pesquisa

Nesse estudo o método cartográfico orientou o referencial teórico-metodológico do percurso investigativo, entendendo que, para o propósito da pesquisa, seria indicado adotar uma abordagem qualitativa que permitisse acompanhar processos e observar os efeitos gerados pela investigação nos sujeitos, grupos e instituições envolvidas (PAULON; ROMAGNOLI, 2010; LOURAU, 2004). Trabalhar com o método cartográfico nos fez indagar: o que se passa nesses processos? Ao longo das diferentes narrativas buscamos nos aproximar dos desejos, intenções, afetos, crenças, verdades que vêm sustentando os processos de formação investigados. Não é viável contar todas as impressões e análises em um texto, então o que buscamos aqui foi jogar luz sobre determinados ângulos do tema abordado. Alguma luz, a luz que nos foi possível desde o lugar

de pesquisador que lida com referenciais das ciências humanas, que trabalha no SUS e se questiona como ainda não conseguimos consolidar práticas formativas mais próximas das nossas necessidades e desejos.

O procedimento investigativo da cartografia focaliza as produções, discursos e representações com os quais o cartógrafo se depara no campo (FOUCAULT, 1971). Assim, o método cartográfico, ao dar visibilidade ao modo como os regimes de verdades são sustentados pelas relações de poder, forjando subjetividades e produzindo realidade, busca desestabilizar essa produção, dando acesso a outras verdades, recusando-se à apenas reproduzir o preexistente (FONSECA; KIRST, 2003).

A fim de incluir as diferenças relativas aos estágios de desenvolvimento do curso e também as diferenças regionais, se definiu como campo de pesquisa os processos de cursos localizados na região Sul e na região Nordeste. Um deles, em processo de planejamento, e o outro iniciado no ano seguinte à criação do PMM. Após a definição do campo, o estudo foi submetido e aprovado no parecer número 1960198 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo acatado as orientações para pesquisa com seres humanos contidas na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Foram participantes do estudo 15 docentes e 02 técnicos, integrantes de grupos à frente da condução e apoio aos cursos, além de 03 discentes, apontados nas entrevistas como informantes estratégicos para o estudo. As diferentes técnicas de colheita dos dados - prática cartográfica e entrevistas junto aos grupos à frente da gestão - auxiliaram-nos a olhar para as forças desde suas expressões mais imediatas e visíveis até seus desdobramentos e efeitos de rebatimento.

Na análise dos resultados pretendeu-se dar visibilidade às relações de forças presentes na experimentação das estratégias político-pedagógicas, desnaturalizando dinâmicas relacionais que sustentam a instituição formação e a instituição medicina (HECKERT; NEVES, 2007). Analisou-se as estratégias buscando nelas movimentos intercessores ou forças que operavam para manter os instituídos (BARROS; BARROS DE BARROS, 2015). A implicação do pesquisador com a situação de pesquisa, buscou-se deixar claro o lugar que o pesquisador ocupou ao longo do processo investigativo, por acreditarmos na impossibilidade subjetiva de um lugar imparcial do pesquisador (PAULON, 2005).

A cartografia permitiu visibilizar as relações de poder de um determinado campo da experiência, mostrando como as estratégias pedagógicas se constituíram como linhas de força que ora desestabilizavam os instituídos, gerando outras configurações para os

jogos de poder, ora geraram reatividade e novo recrudescimento dos instituídos. Um movimento dinâmico que, a duras penas, tem gerado deslocamentos e trazendo pistas sobre modos potentes de acionar novos modos de subjetivação a partir da formação médica. Assim, as diferentes estratégias político-pedagógicas foram identificadas como linhas de força geradoras de movimentos instituintes, às quais colocamos em análise.

O método como estratégia pedagógica: limites e desafios

Entre os temas que a discussão sobre a mudança no ensino médico brasileiro tem debatido, está o do lugar do método de aprendizagem. Nesse sentido, a mudança mais significativa empreendida por algumas escolas médicas do país é a adoção da aprendizagem baseada em problemas (ABP), tradução de *problem-based learning* (PBL). Instituída na década de sessenta no Canadá e nos anos de 1990 no Brasil (inicialmente na Faculdade de Medicina de Marília e no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina), a ABP foca no desenvolvimento da habilidade do estudante em resolver problemas, para que possa construir o próprio conhecimento. A ABP se propõe a trabalhar com problemas que gerem dúvidas e reflexões, pautando-se em uma perspectiva construtivista que prioriza a aprendizagem significativa, a indissociabilidade entre teoria e prática, o respeito à autonomia do estudante, o trabalho em pequeno grupo, a educação permanente e a avaliação formativa (SIQUEIRA BATISTA et al., 2009). A questão do método é sem dúvida uma das principais estratégias político-pedagógicas que se colocam para os novos cursos de medicina.

O que emerge nas narrativas dos cursos analisados é que, em que pese a ABP estar sendo amplamente utilizada como principal referencial de metodologia ativa, há ainda muitos impasses em relação ao modo como é implementada.

O maior ou menor destaque dado à ABP, aparece como consequência da compreensão que os docentes à frente da gestão têm do que seja o papel do método nesses cursos. Para alguns, o método é uma ferramenta, um modo de ir além, mas não é ele quem define a direcionalidade, o sentido ético-político que a formação médica assumirá. Tampouco é suficiente um cenário de práticas que enfatize a Atenção Básica. A ABP, ou uma forte inserção na comunidade, são ferramentas: podem auxiliar na consecução dos objetivos pedagógicos, mas essa imagem-objetivo da formação médica, necessária para que a formação avance com clareza político-pedagógica é construída e alcançada a partir de outros elementos. O que se observa nessas narrativas é que a imagem-

objetivo é uma consequência da concepção de medicina, de saúde, de sociedade e do SUS por parte do grupo de docentes, que capitaneia a proposta político-pedagógica desses cursos, colocando-a no Projeto Político Pedagógico (PPP) e, principalmente, fazendo com que seja a diretriz para a gestão cotidiana dessas formações.

Tem uma disputa: o modelo pedagógico como fim ou como meio. Porque eu quero uma pedagogia ativa (...) mas me importa o fim (...) essa é a nossa discussão: qual o perfil do médico que a gente quer formar. Então tem que ser um médico que promova saúde, um médico que entenda de determinação social, que se relacione bem com as pessoas. (...) Se não há clareza de onde se quer chegar, PBL serve para qualquer coisa. Do-006
 (...) o método para a gente é uma permissividade. Entendeu? O método permite a gente ir além. Nós não queremos só o método. Então não tem muito esse culto ao método, esse preciosismo com o PBL. Na verdade, o PBL é uma ferramenta, né? E ele serve a qualquer senhor. Do-002

Os caminhos para chegar a um bom termo entre método, cenário de práticas, conteúdos e imagem-objetivo do curso, parecem estar relacionados ao amadurecimento da discussão sobre saúde, necessidades de saúde no mundo contemporâneo e o lugar da medicina nisso tudo. Discussões como gênero, biopoder, biopolítica, determinação social do processo saúde-doença, geopolítica, trabalho na contemporaneidade aparecem nas falas associadas à problematização dos modos como a sociedade, a partir do seu funcionamento influencia os padrões de adoecimento e de uma medicina que precisa analisar criticamente o modo como se insere no mundo contemporâneo. Tudo isso, se entendermos a formação médica como espaço ético-estético-político (GUATTARI, 1992), ou seja, um espaço onde a experimentação daquilo que nos difere em relação as nossas crenças, nossos afetos, nossos valores e que possa compor o processo de ensino-aprendizagem.

Uma formação que pressuponha que a mudança da medicina, só acontecerá se os médicos compreenderem no que ela precisa mudar e tomarem para si essa tarefa. Uma formação que não almeje apenas a reprodução da mesma realidade e dos mesmos modos de subjetivação, mas que trabalhe na produção de subjetividades protagonistas, capazes de

refletir e agir criticamente sobre a realidade, exatamente porque se deixam afetar por ela.

Nesse sentido, é interessante observar o avanço dessa discussão em um dos cursos pesquisados, que vem apostando no método como caminho, mas sustentando o compromisso social como direção desse percurso.

(...) O que a gente entende por radical compromisso social é produção de afetos. Não é reprodução de modelos, não é disciplinamento, não é trabalho em condições adversas ou com pobre. Não é altruísmo... (...) a gente entende que está operando em outro campo de formação política, optando por uma formação política-estética. De ter um ambiente *gay friendly*, por exemplo. Nós pautamos questões de gênero no Laboratório, trazendo transexuais para discutir saúde da mulher. Do-002

Os participantes destacaram que o método deve ser implementado logo no primeiro ano, deve cuidar de aprofundar os conteúdos, garantindo que sejam abordados, tanto em sua complexidade, mas também extensivamente, abrangendo conhecimentos essenciais para uma atuação clínica efetiva. Deve também, ser mesclado a outros métodos, dependendo do tipo de conteúdo. Na visão dos docentes, o método da ABP objetiva colocar o aluno em contato com serviços de saúde e comunidade, desde o primeiro semestre, para que desenvolva a capacidade de trabalhar em equipe e de ter um olhar que não seja apenas para o paciente, mas também, para o coletivo. Através de projetos de extensão a cada semestre os cursos estariam buscando essa meta.

Mas a implementação da ABP, mesmo associado a outras metodologias ativas, não é um caminho sem espinhos. Segundo os participantes, a corporação médica associa o método à ênfase que as novas Diretrizes Curriculares Nacionais dão à formação centrada no cenário de práticas da Atenção Básica. A ABP teria virado sinônimo de “formar médico para postinho”. A reatividade ao método da ABP, expressa por alguns estudantes e docentes estaria também associada ao contato prévio com a opinião que parte da corporação médica tem acerca dos cursos, que já adotaram metodologias não tradicionais e a ênfase na AB. Tais reações são atribuídas por discentes e docentes a pouca divulgação institucional do método, antes do ingresso e já dentro do curso, informações sobre como a aprendizagem se dá, vantagens e evidências de sua efetividade.

(...) tem alunos que fizeram matrícula, assistiram a primeira semana de aula e não querem ficar. (...) Por quê? “Porque um médico lá da minha região disse que essa metodologia não funciona, é para formar médicos apenas para o PSF” (...) falta divulgação dessa metodologia PBL, até pelo próprio MEC em si, pelas próprias diretrizes (...) A gente tem casos de alunos que são ingressantes, que passaram no ENEM, no SISU, entraram aqui, desistiram do curso. Do-003

(...) Acho que a gente não conseguiu ainda entender bem o modelo...(...) Eu acho que isso precisa ser repensado (...) esse laboratório precisava de exposição, uma apresentaçõzinha. Di-001

Cabe uma ressalva em relação ao método, colocada por apenas uma das docentes participantes do estudo. Corroborando as recentes notícias relacionadas ao sofrimento mental na formação médica derivado da sobrecarga de atividades e pressão emocional, as metodologias ativas, na visão dos docentes, podem estar contribuindo para gerar pressão extra. Além da pressão habitual gerada pelas provas, há uma expectativa de participação expressiva nas atividades, que pode estar contribuindo para a já tão constatada sobrecarga física e emocional dos estudantes de medicina. É esperado do estudante exponha seu aprendizado frequentemente, de diferentes modos, incluindo as falas em sala de aula, a quantidade e a qualidade das postagens no ambiente virtual de aprendizagem.

(...) a menina falou assim: “eu não fiz nenhuma correlação, mas agradeço muito a aula ter acontecido”. Porque era o momento que ela respirava, que ela pôde descansar! Porque ela estava muito cansada. (...) essa coisa de ser metodologia ativa estimula neles uma competição (...) o aluno que fica quieto no canto dele vai ser avaliado de uma maneira ruim. Do-007

(...) naqueles minutos ali você está medindo a sua vida, se você errar ali você é reprovado. (...) tem formas melhores (de avaliar). Por exemplo (...) no ambulatório, (...) tem o paciente real e a gente faz

o atendimento desse paciente. Quer medir mais a habilidade do que isso? Di-001

A formação por competências e as metodologias ativas trazem um novo desafio: o de considerar as sobrecargas físicas e emocionais geradas pelas estratégias avaliativas e de transformar isso em pauta sistemática do acompanhamento pedagógico. Siqueira-Batista e Siqueira-Batista (2009) chamam a atenção para o lugar dos processos educacionais nas chamadas sociedades de controle, um modo de organização social característico do capitalismo tardio, que substituiu as sociedades disciplinares na tarefa de controle dos indivíduos.

Tais sociedades têm a função de exercer o controle sobre indivíduos que já não respondem mais às tradicionais estratégias de disciplinamento. Para os autores, a formação permanente, colocada como objetivo e verdade educacional, condiciona à necessidade de estudar todo tempo disponível, em qualquer lugar, dada a variedade de propostas e recursos disponíveis, caracterizando a expansão das intervenções educacionais para além dos limites da universidade. A avaliação formativa, também avançaria nessa direção: organizada de modo ininterrupto, dentro e fora da universidade, ganha efetividade como método de controle onde a nota é substituída pelo conceito fluido de suficiência. Mesmo após formado, o egresso de medicina sabe que terá de atualizar-se e estudar permanentemente, assinalando a marca mais indelével das sociedades de controle que é a de fomentar a ininterruptibilidade, nunca se pode encerrar nada, sob o risco de se expor a ficar fora de contexto.

Outro desafio que localizamos no campo pesquisado é a concepção conteudista da formação médica, ainda bastante organizadora do modo como os diferentes sujeitos - docentes e discentes - compreendem que a formação deva acontecer. Ao priorizar os conteúdos na perspectiva do desenvolvimento de competências, a ABP escaparia à lógica transmissionista típica da formação tradicional, mas coloca um delicado desafio para a grade curricular: quais conteúdos precisarão ser priorizados na graduação? Entendemos que esta resposta depende de qual médico e de qual medicina falamos, bem como, da perspectiva de formação e de sociedade abordada no curso. Não é desejável, como coloca Heckert e Neves (2007), prescrever modelos político-pedagógicos idealizados, que não refletem o cotidiano dos processos de trabalho. A formação colocada pelas autoras sustenta-se em princípios e método que permita construir um *ethos* da integralidade, que não separe, cuidar, gerir e formar.

O que se observou no campo é a existência de uma tensão entre a concepção dos estudantes, do que deve abranger a formação médica e os objetivos pedagógicos do curso, que compreendem o desenvolvimento de competências como formação processual que não se encerra na graduação.

Eu estou no 4º ano de medicina e não sei suturar, isso era para eu ter aprendido aonde? (...) Di-001

(...) Vai ter várias coisas que, no sair da faculdade, você ainda não vai ter aprendido, (...) porque a gente nunca vai saber de tudo. Na verdade, o que a gente tem que construir são experiências, e são a partir dessas experiências que você vai construir o seu repertório. Do-004

No relato sobre a constituição das ligas de saúde, transparece o desejo dos estudantes de criar alternativas à ênfase dos novos cursos na Atenção Básica, respondendo em parte à expectativa de travar contato com as especialidades ainda na graduação. A impressão deixada a partir da escuta dos estudantes é a de que, formalmente, o hospital foi retirado da condição de principal cenário de práticas, porém, na prática, seu status no imaginário da maioria dos alunos permanece o mesmo.

(...) a minha liga acertou com o diretor do hospital regional os dias que a gente ia e os turnos (...). Só que o pessoal das outras ligas chegava nos dias que queriam. Fora os estudantes que vão e que não são de liga nenhuma (...) Eu já ouvi caso de um ligante com um doutorando que saíram no muro por causa de um paciente. (...) pela questão da superlotação. (...) É ruim para o serviço, é ruim para todo mundo. É uma questão ética importante. Di-003

As narrativas demonstram que, passada a resistência inicial, os estudantes e docentes passam a apreciar e valorizar o método. Na visão dos docentes, as vantagens em relação às metodologias tradicionais estariam relacionadas a uma melhor (mais humanizada) abordagem ao paciente, praticada desde o início do curso. Uma aprendizagem da prática mais rápida e efetiva, uma melhor capacidade de raciocínio clínico e integração entre os saberes e as diversas disciplinas. Os estudantes destacam o fomento ao protagonismo no processo de construção do

aprendizado, rompendo com a lógica de “estudar para a prova” e de estudar apenas o que é apresentado pelo professor. Identificam uma maior aproximação com a prática desde cedo e a possibilidade de construir um jeito próprio de construir o conhecimento. O método, assim, experimentado como ruptura de um modo tradicional de aprender, coloca-se como intercessor do processo de aprendizagem oportunizando outras possibilidades de conhecer (BARROS DE BARROS, 2000).

Eu considero o meu aprendizado exponencial (...) acho que tenho um parâmetro bom por ter feito um curso na mesma instituição no modelo tradicional (...) a gente tinha aquelas aulas cansativas (...) no final era uma imensidão de conteúdos (...) o problema não era a nota baixa, era o aprendizado que não ficou. Já com a metodologia do PBL, a gente tem que construir: se não formos atrás não vamos aprender. (...) Eu sou a protagonista do meu aprendizado. Di-001

No início sempre há resistência, o desconhecido às vezes causa um pouco de temor. (...) depende muito de você, um pouco de autodidatismo que você tem que ter. Mas eu acredito que isso é uma potencialidade, porque você encontra as suas maneiras de estudar medicina. Di-003

Não há como dissociar o técnico, o ético e o político na formação médica. Mesmo quando a dimensão política não ganha visibilidade nas discussões, ainda assim ela está presente, só não está explícita a todos. Quando o PPP é de fato o registro das pactuações, da imagem-objetivo da formação que será vivenciada por todos que estão no curso, pode auxiliar docentes e discentes na resposta a essa pergunta, ajudando os diferentes sujeitos com suas diferentes moralidades a conduzirem as escolhas cotidianas. Como destaca Cortina (2003), a pluralidade moral requer a discussão sobre qual ética traduzirá a base comum que sustentará um fazer que não acontece a contento se não for verdadeiramente compartilhado. A autora dá pistas sobre os valores que sustentam o que denomina de ética civil, uma ética que deve ser laica e que através do diálogo e fundamentada em valores como o respeito aos direitos humanos, à liberdade, à igualdade, à solidariedade, se propõe a lidar com os conflitos morais. Nessa acepção, o PPP é uma tradução da proposta coletiva e que

precisa ser apresentada a cada novo sujeito que ingressa nesse contexto da formação, sendo discente, docente ou técnico do curso.

Entrar em um curso em andamento, com o PPP já elaborado, convoca os envolvidos a pensarem modos de incluir os novos sujeitos ao projeto em andamento. Isso requer estratégias político-pedagógicas permanentes, não só de apresentação do PPP, mas também, de discussão e compreensão da proposta. O PPP pode ser um dispositivo de construção do comum, fundamental a uma proposta que pretenda considerar a dimensão ético-estético-política na formação em saúde, mas para isso é necessário construir um sentido positivo para a construção compartilhada, entre discentes, técnicos e docentes.

Sensibilidade, empatia, comunicação: o desafio das humanidades

Os desafios da formação médica, preconizada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais são bastante complexos. O desenvolvimento de competências pode ser entendido de modos distintos, e por isso mesmo, deve ser problematizado e criticamente discutido por todos os envolvidos no processo de construção e ou reorganização dos cursos. A criação dos laboratórios voltados a esse objetivo foi uma das estratégias voltadas ao desenvolvimento das habilidades de expressão e das atitudes de empatia e acolhimento. No entanto, o caminho pedagógico que produz deslocamentos subjetivos e o regime de afetos necessários à construção de tais atitudes é altamente complexo. Têm demandado dos novos cursos altas doses de inventividade e experimentação, e os resultados nem sempre são os esperados, sendo que as experiências que buscam inovar nesses cursos sofrem limitações de várias ordens.

Essas estratégias inovadoras estão tensionadas por uma imensidão de conteúdos e discussões de ordem técnica, pela formação tradicional de boa parte dos docentes e, por fim, pelas expectativas de estudantes que, em geral, reconhecem como verdadeira e legítima exatamente aquela medicina que essas estratégias buscam problematizar. Assim, entre os discentes, a reação à estratégia dos laboratórios como meio de avançar na formação humanística gera reações variadas, tanto apoio quanto reatividade, na medida do quanto estão mobilizados a uma experimentação para a qual eles precisarão construir um sentido. Como coloca uma das discentes participantes do estudo: “(...) o aluno que entrou no curso com aquela mentalidade: “eu vou fazer dermatologia, eu sou dermatologista”, ele não tem paciência de estar no laboratório” Antonia.

Essa lógica pedagógica confronta diretamente as práticas formativas que apostam na reprodução, na repetição dos modos de pensar,

em que os sentidos são repassados por outrem e não construídos pelos sujeitos a partir da sua experimentação. As qualidades positivas da formação médica são atribuídas à ciência, método e previsibilidade são os argumentos mais fortes a serviço da manutenção do status quo pedagógico.

É claro que, ao trazer para os corredores da faculdade, espaços em que a aprendizagem desejada é tão parecida com aquela que experimentamos nos espaços da vida, corre-se o risco de tomar as habilidades e atitudes e a sensibilidade pelo prisma da modelagem, em uma reprodução autômata de modos específicos de fazer e de se comportar. Corre-se também o risco de institucionalizar a experiência sensível, a tal ponto que ela perca seu sentido e potência de espaço de deslocamento, de fruição de outros movimentos de produção de vida, de resistência e de respiro aos instituídos. Indagada acerca da possibilidade de se ensinar o sensível, a docente participante do estudo nos convoca à seguinte reflexão:

Eu já me fiz essa pergunta várias vezes (...) no momento que a gente vem e estrutura, tem uma antecedência, programação, você começa a, de certa forma, criar caixinhas (...) é para a gente continuar nas brechas, nesse lugar que é desconfortável?. (...) é muito bonito o discurso “ah, é um lugar de resistência”, mas essa coisa de trabalhar a arte desse jeito vai ser sempre uma espécie de submundo na medicina. Se é para estar sempre na brecha, para que institucionalizar o sensível? Do-007

Os estudantes respondem a esse questionamento, falando da necessidade de complementar uma formação, que nem sempre acontece na família ou nos bancos escolares, mas que é importante para a prática médica. O ensino das humanidades, assim como, o ensino da bioética, seria algo mais do campo vivencial, cabendo às instituições formadoras oportunizar os espaços para tal experimentação. O desafio consiste em fazer com que o estudante consiga atribuir um sentido positivo para tais discussões, conectado ao exercício da profissão (SEGRE, 2005; GRACIA, 2000).

Percebe-se que, a condução pedagógica dessas estratégias, apesar de apostar na imprevisibilidade e no deslocamento dos sentidos como alicerces de uma formação transformadora, é também atravessada pela instituição academia, que opera por modelos formativos tradicionais e

tensiona a inovação a, de algum modo, responder à lógica pedagógica já conhecida. Nessa tensão, é preciso problematizar e fortalecer as justificativas pedagógicas que sustentam os espaços de experimentação que envolvem as sensibilidades. O referencial que sustenta a discussão humanística na formação em saúde, talvez precise ganhar maior visibilidade entre discentes e docentes, ser explicitado e debatido.

De que concepção de humano se fala? De que concepção de conhecimento e de ciência? A questão epistemológica se coloca como um espaço de disputas nesses cursos, visto que, embora não seja uma formação específica em ciências humanas, é uma formação em que as humanidades têm representado um dos seus maiores desafios.

Quanto à formação humanística (...) Dizem que é importante na prática médica, contra a desumanização (...) É embasado cientificamente? (...) acaba gerando revolta nos alunos (...) a gente já fez alguns testes de progresso (...) para avaliar (...) esse laboratório sempre é mal pontuado. (...) está melhorando, mas ainda é um ponto fraco. Di-003

Estar aberto ao diferente não é a regra nesses cursos. Os estudantes, antes de ingressarem na graduação, tiveram contatos diversos com a instituição medicina. O processo de estudar e preparar-se para a formação médica constrói um imaginário do que é ser médico, do que deve saber um médico. Esses estudantes chegam com uma ideia formada das situações que irão enfrentar na vida profissional, desejosos de saírem dali totalmente preparado para elas. Para romper com esses sentidos idealizados da medicina, talvez seja um bom começo, reconhecê-los como bagagem afetiva que sustentou o desejo de estar no curso, dar visibilidade a ela e abrir espaço para que seja ‘estranhada’, olhando para o processo histórico de como foi construída, individual e socialmente, entendendo-a como fenômeno que se reproduz cotidianamente.

Participar de uma oficina de um laboratório de sensibilidades é duro, porque você vai para questionar (...) eles (os estudantes) já vêm aqui com essa expectativa, dessa medicina (tradicional) então, se a gente chega e desconstrói, eles fazem uma defesa, inclusive irracional (...) Se você não sabe o que é, como é que você está fazendo uma defesa tão grande da medicina? Do-004

A inovação nas estratégias pedagógicas, para oportunizar o que as DCN chamam de formação humanística, precisam oportunizar uma abertura ao novo, ao diferente. É sintomático que um espaço como esse citado pelos participantes, o laboratório, que se propõe a deslocar sentidos já reificados para vários fenômenos da vida humana, seja alvo de enfrentamentos e reações tão contundentes. Fica a indagação dos motivos que fazem com que, a despeito da pujante produção científica sobre os desafios colocados para a formação médica, e sobre o que é preciso mudar, permaneça a dificuldade de fazer com que esse conhecimento produzido realmente invada as salas de aula e reorganize as práticas pedagógicas.

Numa avaliação da consulta, com paciente real, a gente ainda não está avaliando, por exemplo, se ele foi empático, se ele usou outra forma de consulta clínica, ou seja, (essa inserção inovadora) ainda não é estruturante. Essas inserções têm que ser valorizadas, aperfeiçoadas (...) aí que a gente consegue mudar realmente a base da medicina. Do-004

As pessoas não são autorizadas a pensar. Não são autorizadas a sentir fora do que se espera. (...) elas são convidadas a produzir sentido (...) a natural emancipação humana seria a sua capacidade de produzir sentidos. E a mais radical opção pedagógica. (...) mas é claro que é muito desconforto. Mas acho que a universidade não deve se propor a ser um lugar confortável. Do-002

Para produzir movimentos de resistência e questionamento aos modos já instituídos de fazer medicina entre os estudantes é necessário construir percursos pedagógicos que produzam novas subjetividades e oportunizem, não apenas o clássico ‘aprender a aprender’, mas também, o ‘aprender a desacomodar as próprias verdades’, ‘aprender a desnaturalizar’, ou seja, aprender a produzir outros sentidos para a realidade. A atitude de normalizar e reproduzir cegamente certezas e dogmas instituídos ainda comparece nas práticas educativas tradicionais, onde a transmissão de conceitos e informações é percebida como característica positiva da formação. Nesse tipo de prática, os saberes e experiências dos sujeitos não têm o mesmo valor dos saberes produzidos pelo conhecimento científico, o que gera dissociações entre o que é

estudado e os contextos sociais, políticos e culturais onde esse saber será aplicado. A construção de habilidades e atitudes entende os estudantes como quadro em branco, onde o aperfeiçoamento moral poderá ser transmitido. Trata-se de práticas prescritivas de certos modelos de comportamento, reduzindo as tensões do encontro entre diferentes (ROCHA; AGUIAR, 2010). No entanto, produzir porosidade, abrir brechas para a produção de subjetividades questionadoras e reflexivas, requer uma grande afinação entre docentes, discentes e universidade. A intencionalidade implícita nas estratégias voltadas às sensibilidades, aposta nesse deslocamento dos sentidos e significados já instituídos.

Essa problematização abarca a discussão sobre o que é saúde no mundo contemporâneo, analisando aqueles sentidos de saúde e de modos de existir que não falam em favor da vida enquanto multiplicidade. De qual vida se fala? A reação aos espaços pedagógicos que propõem a experimentação de novos sentidos para situações e fenômenos contemporâneos é intensa, divide docentes e discentes. O que está em jogo é a problematização de tudo aquilo que hoje na sociedade se configura como ameaça à vida. Se a dengue, por ser sério risco à vida humana, é assunto legítimo em uma formação em saúde, deveriam ser legítimos também temas como o aborto, o machismo, a exclusão social, a transfobia, o racismo, entre tantos outros. A formação, ao não dar a devida visibilidade a temas relevantes para a saúde, porque eles mobilizam controvérsias de ordem moral, flerta com a perigosa ideia de que há vidas que valem menos, por não se encaixarem na norma vigente.

Os reativos dizem que esse papo de sensibilidade a gente aprende em casa. (...) Tem professor que diz: “a universidade não é para discutir gênero.” (...) Mas não existe nenhum homem ou mulher heterossexual que tenha sido assassinado no Brasil porque é heterossexual. Portanto, essa é uma questão de vida para o mundo contemporâneo. Do-002

Mesmo nos casos em que as tão cultuadas evidências científicas apontam práticas problemáticas, ainda há uma enorme morosidade em dar visibilidade a essa situação e transformá-la em mudança da prática médica. As razões para essa distância, entre análise e transformação são de várias ordens. Para que uma prática médica seja socialmente aceita, ela precisa estar consonante com o pensamento e a moralidade vigente. Não é à toa, que toda a discussão sobre violência contra a mulher e sobre

igualdade de gênero é hoje tão central para a transformação das práticas consideradas inadequadas no que tange à saúde da mulher.

Acho que há algumas situações que, de fato, não fazem sentido (...) uma maternidade é um lugar que não faz nenhum sentido. (...) a instituição pública que foi feita para cuidar da gestante é um lugar de violência. Protagonizada, autorizada ao médico. (...) uma mulher hígida, que tem um parto normal, vaginal, é tocada por 12 pessoas diferentes da admissão à alta. E ela poderia parir em casa, sem ninguém tocá-la. (...) Não faz o menor sentido. Do-002

A este respeito, Berlinguer para a medicina, a melhor sociedade é aquela que busca a prevenção das doenças, evitando que o papel da medicina se reduza às atividades reparadoras, aquela que combate a exclusão e a segregação e que prioriza a saúde contextualizadamente, sem a sobrepor acriticamente a outros direitos, como a liberdade e paz. Ou seja, a melhor medicina para a sociedade trata de todos igualmente - conforme os quadros clínicos e a vulneração -, escuta além de prescrever, inclui o doente ativamente no processo terapêutico além de informá-lo (BERLINGUER,1996).

Apesar dos riscos envolvidos na experimentação de estratégias inovadoras e do desconforto que geram entre os estudantes e da insegurança entre os docentes, os resultados vêm sendo considerados positivos, até porque a lógica pedagógica tem sido a de avaliar e corrigir permanentemente os problemas e dificuldades encontradas.

Eu acho que ainda, por mais estruturada que seja a proposta (do laboratório) vai sempre existir um estranhamento, porque a gente não tem uma mudança de sistema, de mercado. (...) mas quando você estrutura pedagogicamente com objetivo, com programação, eles começam a amenizar (a reatividade). Do-007

(...) confesso que quando eu entrei aqui, por vir do sistema tradicional, eu estranhei. (...) Tem professores de dança, professores de artes! Mas eu vi como eles (estudantes do curso) são diferenciados em relação a alunos formados no sistema tradicional (...) discutem COMO o médico

abordou o paciente. (...) E eu acho que essa mudança de paradigma, de tratamento humanístico do paciente é completamente ligada às atividades desenvolvidas pelo laboratório. Do-003

O que vem à tona nas narrativas é o potencial disruptivo de algumas estratégias pedagógicas, experimentações que podem levar a grandes deslocamentos subjetivos. São processos que podem ser percebidos como ameaçadores por deslocarem os sentidos já instituídos. Podem ameaçar cortar como faca, por colocarem em cheque a visão de mundo, as crenças e a forma de organizar hierarquicamente os valores desses sujeitos. Geram muitas vezes tal grau de desconforto, desacomodação e instabilidade que, como reação, em alguns casos, em vez de produzirem abertura para a diferença, produzem reatividade e a necessidade de reafirmação radical dos modos de existir já instituídos. Assim, o desafio das estratégias inovadoras vai desde a tarefa de lidar com a expectativa de uma formação mais tradicional, até a construção de um percurso pedagógico que predisponha o aluno para a radicalidade que pode ser a experiência do saber. Nas palavras de Foucault (1979, p. 27-28):

Saber, mesmo na ordem histórica, não significa "reencontrar" e sobretudo não significa "reencontrar-nos". A história será "efetiva" na medida em que ela reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser. Ela dividirá nossos sentimentos; dramatizará nossos instintos; multiplicará nosso corpo e o oporá a si mesmo. Ela não deixará nada abaixo de si que teria a tranquilidade asseguradora da vida ou da natureza; ela não se deixará levar por nenhuma obstinação muda em direção a um fim milenar. Ela aprofundará aquilo sobre o que se gosta de fazê-la repousar e se obstinará contra sua pretensa continuidade. *É que o saber não é feito para compreender, ele é feito para cortar.*

Os desafios de indissociar medicina e política

Destaca-se nos resultados do estudo, a intencionalidade de trazer uma dimensão democrática para a gestão, oportunizando, entre docentes e discentes, o amadurecimento do diálogo político, pautado em uma perspectiva ética, de construção coletiva e respeito às diferenças.

Entretanto, cidadania, participação, compartilhamento de poderes são complexos objetivos pedagógicos que colocam em cheque o grau de participação que se deseja oportunizar, pois, envolve abrir-se a uma gestão compartilhada, à corresponsabilização e à definição coletiva de objetivos e responsabilidades. As críticas docentes em relação às estratégias de escuta e de fala nesse processo de democratização da formação mostram que o caminho para o compartilhamento de poder é árduo e precisa também virar pauta e sustentar-se por uma perspectiva de construção pedagógica, que promova diálogo sobre as concepções de poder e democracia que atravessam essa experimentação.

Talvez o maior desafio para o amadurecimento dos grupos envolvidos em uma gestão compartilhada, ou participativa, seja criar dispositivos de produção de comum, onde a construção de consensos é resultado da experimentação da escuta-experiência. Tal escuta é a que se almeja nessa experimentação da gestão, onde invertemos a tradicional escuta surda – aquela em que escutamos apenas aquilo que confirma nossas hipóteses e nos mantém surdos ao que difere de nossas crenças, valores e opiniões. A escuta-experiência rechaça a ideia de que o outro é alguém sobre quem devemos atuar, intervir e depositar nossos conhecimentos e técnicas (HECKERT, 2007).

Assim, entendemos a gestão como espaço também pedagógico, quando ela é espaço que, a partir da escuta-experiência, oportuniza a aprendizagem do compartilhamento de poderes. Esse espaço de aprendizagem não se dá pela transmissão de conhecimentos abstratos sobre os melhores modos de gestão, mas por uma experimentação que inclui os afetos. A aprendizagem ocorre da percepção dos efeitos de potência de um modo de estar e de fazer em que o bem comum sustenta, como valor, a prática coletiva. - previamente traçadas. Caso contrário, as tentativas engendradas nos cursos podem acoplar-se a modos já instituídos de fazer gestão, fazendo emergir, mesmo em grupo, outros tipos de totalitarismo que minam a escuta da diferença e a experiência democrática.

(...) e eu sofrendo a acusação de dar muita voz aos alunos (...) E concordo, em certa parte, que os nossos alunos se acostumaram a pedir (...) Esse é o grande aprendizado do momento, de olhar para isso e ver que nós reagimos à reação deles (...) a tréplica deles é dizer assim: “ah, a gente fala e vocês não escutam, porque vocês sempre estão dando justificativa e a gente não quer justificativa, a gente

quer outra coisa”. E a gente não conseguiu isso.
Do-002

Mesmo com o risco que toda experimentação envolve, a aposta de ampliar a participação dos estudantes na gestão do curso, mostra-se estratégica para o aprendizado do exercício de cidadania e de experimentação de outros modos de gestão. O PMM, em seu eixo provimento, segundo Campos e Pereira Júnior (2016), não teria ainda superado o desafio de olhar para os modelos de gestão, carecendo de estratégias que promovam maior autonomia e responsabilidade sanitária entre as equipes da AB. Percebe-se nas falas um movimento de reconhecimento da importância de participar e a percepção que há, nesses cursos, espaços ainda não franqueados à participação discente e que estão em disputa.

Quanto à escuta que a instituição faz das questões individuais dos estudantes, aparecem espaços que precisam de uma construção onde a escuta institucional ainda enfrenta desafios.

A gente dizia para os estudantes: "como é que vocês estão trazendo essa reclamação sem proposta?" (...) Pronto. O danado hoje chega e já não chega com o problema, ele chega com a solução. (...) hoje, nessa turma que são os calouros, já tem várias pessoas que estão no curso porque querem estar *nesse* curso (...) Porque sabem que aqui ele vai ter voz. Do-004

A gente entende que há espaços (de gestão) que não são para nós, mas até para esses espaços, agora, a gente vai solicitar (participação) porque, quando couber, a gente entra. Di-004

A única ouvidoria que tem aqui não é oficial, é o apoio pedagógico, mesmo assim não é a ouvidoria da universidade e não garante o sigilo (...) às vezes as críticas não são tão bem recebidas. Depende muito de quem escuta, muito mesmo. Di-003

Ainda em relação à formação política, observa-se um transbordamento da crise política nacional para dentro desses cursos. Desde as manifestações populares iniciadas 2013, até hoje, observou-se na sociedade uma polarização dos posicionamentos políticos que, segundo os participantes, reverberou inclusive no modo como os

estudantes e os docentes compreendem o processo de formação. Métodos e atividades pedagógicas têm sido classificados como “pautas da esquerda” ou “pautas da direita”.

(...) a gente começou a sofrer pressões da própria turma e dos outros professores de uma maneira velada, por alguns professores, ou escancarada por alguns alunos. (...) “para que isso numa graduação de Medicina?”, “essa sensibilidade, esse bom senso, bom trato vem de casa, vem do berço” (...) a gente foi rotulado como comunistas de esquerda que querem fazer revolução, que querem esculhambar o curso de Medicina. Do-007

A turma chegou com esse argumento, dizendo que a gente era metodologia ativa aqui porque a gente era esquerdista, isso era coisa de marxista (...) fiz questão de dizer: “mas você sabe como é que é a educação médica em Cuba? (...) é completamente tradicional (...) inclusive é muito mais parecido com educação militar do Brasil”. Do-004

Quando compreendermos que a formação pode estabilizar e desestabilizar nos sujeitos os modos como atribuem sentido para o mundo, entendemos que ela acontece justamente no encontro com o outro, pelo que ele traz de diferente e que em mim produz ou não uma nova subjetividade. Se a formação problematiza a realidade e o modo como a sociedade produz subjetivação pode ser disruptiva, isto é, pode ter potência de romper com esse modo de subjetivação e gerar, nos sujeitos, outros modos de estar no mundo, de existir. Ela, a formação, ao tratar a experiência do conhecimento como algo que desestabiliza o instituído, configura-se como dispositivo (FOUCAULT, 1983). Mas nem sempre essa ameaça ao instituído é vista como tarefa do conhecimento e da formação, por vezes é compreendida como atividade ideológica, principalmente se problematiza o modo como o poder organiza a realidade, as instituições e as relações em uma sociedade.

A composição de um corpo docente que garantisse a presença de generalistas aparece como estratégia chave para a sustentabilidade do Projeto do curso. Isso porque, a formação médica na graduação é compreendida como de âmbito generalista, sem ênfase nas especialidades médicas. Então, esse tipo de composição, com forte presença de médicos de família, contribui como fator de atração de docentes com esse perfil,

interessados em atuar em um curso com essa aposta. Em virtude da remuneração do professor universitário estar bem abaixo do salário médio do médico na Atenção Básica, a possibilidade de atrair e reter docentes médicos se dá principalmente pela oferta do vínculo de 20h, com inserção em paralelo nos serviços da rede de saúde, incluindo as funções de supervisão e tutoria do PMM. Além disso, a aproximação com a universidade buscou articular a contratação de docentes especialistas à carência de especialistas do município. Na análise dos participantes do estudo, essas iniciativas deram fôlego ao curso e contribuíram para a qualificação da gestão e da atenção locais, repercutindo nos indicadores de saúde.

(...) a relação com a rede municipal de saúde está sendo benéfico para os dois. A gente tem índices de mortalidade infantil que, quando o curso começou, era de 15 para cada mil habitante. (...) hoje a gente tem 7, 8.(...) uma meta de 20 anos e a gente ajudou a reduzir em 4 anos. Do-003

Quando Berlinguer (1987) afirma que a formação social do médico não pode ser constituída apenas por ensinamentos especializados, enfatiza que as práticas internas devem ser articuladas às externas: atividades sociais e políticas que conectam graduando e docentes ao mundo fora da academia, para que as forças culturais e sociais extras universitárias participem da atividade didática e a modulem. O que enfatizamos aqui é a necessidade de revermos os cenários e situações que favorecem cada tipo de aprendizado. Entendemos que, a aproximação da formação ao cenário onde se dão as práticas, está para além de uma relação de uso e “contrapartidas”, mas deve envolver os estudantes com o desafio de pensar e participar dos problemas experimentados nos serviços e comunidades, cenários por excelência da aprendizagem da experiência social de cidadania e participação política.

Considerações finais

O foco de análise nas narrativas que contaram das estratégias político-pedagógicas, nos permitiu tecer algumas considerações sobre as mesmas. As metodologias ativas vêm se consolidando como um bom caminho pedagógico, mas para que de fato sejam consolidadoras do compromisso social preconizado nas DCN, ao longo do curso, precisam ser articuladas a um referencial teórico que ajude a refletir ética e

criticamente acerca das situações problematizadas. Caso contrário, pode-se até organizar as atividades de modo diferente, mas os resultados continuarão reproduzindo o mesmo modo de pensar, que a formação médica tradicional forja em seus egressos. É relevante lembrar, que esses referenciais teóricos não são, em geral, de domínio dos docentes, o que gera para os novos cursos o desafio de ampliar a formação docente para além da questão metodológica.

A formação humanística que se direciona para uma perspectiva de reafirmação dos direitos, das diferenças e da pluralidade dos modos de viver, como valores que a norteiam choca-se com o humanismo mais tradicional, aquele que idealiza o homem e, no limite, ‘treina’ o estudante para comportar-se com civilidade. Entendemos que, as humanidades das quais as DCN querem tratar não se identificam com a modelagem de comportamentos, que na maioria das vezes, continua reproduzindo hierarquização e tutela na relação com o outro, que permanece em uma condição de subalternidade. Essa formação humanística rompe com a tradicional dicotomia sujeito-objeto sobre a qual o pensamento científico se assenta. Assim, precisa ser pensada e planejada, de modo a possibilitar que os estudantes construam a necessidade de experimentar tal formação, talvez, participando da construção das atividades propostas nos módulos dedicados a isso. Apostamos aqui, na construção conjunta como estratégia de coletivização do objetivo pedagógico, ou seja, não é o docente que constrói o objetivo e o apresenta, mas o coletivo de estudantes que experimenta o percurso de construção da demanda de tal formação.

Em relação às estratégias de exercício da participação política, localizamos na produção do comum uma possibilidade de exercício da prática democrática. A representação discente nos espaços de gestão é uma estratégia que pode ajudar a organizar o diálogo, mas limita a escuta da diferença. Entendemos que a abordagem da escuta, como experiência intercessora na clínica, contraposta a uma escuta surda, que nos fecha ao diálogo, pode auxiliar, a partir da clínica, a oportunizar uma experimentação que é fundamental para o diálogo. Essa experimentação, que se dá em todos os momentos de escuta ao longo do curso, pode criar uma sólida base para a experimentação da diferença como potência e não como ameaça.

Por fim, acreditamos que a construção de um dispositivo de compartilhamento do conhecimento produzido, a partir das experiências pedagógicas que vêm sendo gestadas, a partir dos novos cursos é estratégia política fundamental para fortalecer o movimento pela mudança da formação médica. Detectamos a necessidade de articular as experiências em andamento, para que se fortaleçam mutuamente e

consolidem os conhecimentos gerados a partir da experiência. Algo como um observatório das práticas em formação médica, uma rede colaborativa, de caráter público, gerida talvez pelas universidades que têm experiências em andamento.

Enfim, gostaríamos de destacar que, no contato com o campo, fomos conduzindo a observação e o diálogo com os participantes de modo a incluir na conversa as análises e questões que nos atravessaram ao longo da elaboração do projeto ampliado, gerando novas perguntas também para os participantes do estudo.

Eu não consigo te responder, de pronto, se há alguma iniciativa ou estratégia que tenha se debruçado sobre isso (a produção de comum). Hoje, a partir da sua pergunta, eu acho que é um problema, foi um problema e continua sendo (...) Para mim é uma necessidade. Não sei se você está reparando, eu estou entrando nesse movimento também...e só tenho a agradecer também, poder ver outras coisas. Do-002

Alguns de nossos questionamentos foram geradores de deslocamento, de estranhamento. Nesses momentos, e em todas as vezes que sentimos algo se agitar dentro de nós, reiteramos nossa aposta na cartografia, como modo de politizar a pesquisa, como modo de intervir na realidade a partir da intervenção primeira: aquela que se dá sobre nós mesmos no contato com o outro.

Referências

1. BRASIL. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=20138&Itemid=866>. Acesso em: 6 jul. 2015.
2. COSTA, José Roberto Bittencourt et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 47-58, mar. 2014.

3. BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. Procurando outros paradigmas para a educação. **Educação & Sociedade**, ano XXI, no 72, Agosto/00
4. BARROS, Leticia Maria Renault, BARROS DE BARROS, Maria Elizabeth. Pista de Análise: O problema da análise em pesquisa cartográfica. PASSOS, E., KASTRUP, V., TEDESCO. S. **Pistas do Método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum** – V. 2. Porto Alegre. Ed. Sulina. 2015.
5. BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3. edição. São Paulo: Hucitec, 1987.
6. _____. **Questões de vida**. São Paulo: APCE, Hucitec e CEBES, 1993.
7. _____. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
8. _____. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.
9. CORTINA, Adela. **O fazer ético: guia para a educação moral**. São Paulo: Moderna, 2003. 119p.
10. FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. **Cartografia e devires: a construção do presente**. Porto alegre: UFRGS, 2003.
11. FOUCAULT. **A ordem do discurso**. Paris: Éditions Gallimard, 1971.
12. _____, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.
13. _____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1983.
14. _____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

15. GRACIA, Diego. Fundamentación y enseñanza de la Bioética, v. 1. **Ética y Vida: Estudios de Bioética**. Santafé de Bogotá: El Buho, 2000. 194p.
16. GUATTARI, Felix. **Caosmose**: um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992.
17. HECKERT, Ana Lucia Coelho. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.
18. _____; NEVES, Cláudia Abbês Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MOTTA, R. (Orgs.) **Trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 2007.
19. LOURAU, Renne. **A análise institucional**. Petrópolis:Vozes, 1975.
20. _____. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.
21. PAULON, Simone. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, vol.17, n.3, p.18-25, set-dez: 2005.
22. PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Rev. Estudos e pesquisas e psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.
23. REGO, Sergio. Cidadania e profissionalismo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v. 37, n. 3, p. 309-310, Sept. 2013.

24. ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de formação. **Rev. Estudos e pesquisas e psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.
25. SEGRE, Marco. O ensino da bioética. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 436-437, jul./set. 2005.
26. Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Cien Saude Colet** 2008; 13(6):2133-2144.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PMM, ao propor a ampliação dos cursos e que os novos processos já incorporassem sua proposta, convocou-nos a pensar a formação médica em outra perspectiva, lançando novos desafios aos grupos envolvidos. É certo que, para muitos, a compreensão dos sentidos de uma formação que desloca radicalmente o eixo das práticas do hospital para a Atenção Básica ainda não se completou.

Para entender o PMM é preciso ler as entrelinhas dos documentos que norteiam o Programa. E talvez, este seja seu maior desafio: fazer-se compreender em sua radicalidade, explicitar que os referenciais que sustentam a mudança do cenário de práticas estão para muito além de uma mudança meramente operacional. Não se trata apenas de sair do hospital porque o SUS necessita de mais médicos na Atenção Básica. Deslocar a formação para a Atenção Básica implica uma aproximação ao usuário que está para além da dimensão espacial. É ir encontrá-lo em seu território, no lugar onde a vida se dá todos os dias. O lugar que mostra a todos os profissionais da equipe de saúde, os elementos fundamentais para uma real compreensão dos processos saúde-doença, atenção-gestão.

O campo pesquisado nos mostrou que instituídos e instituintes têm modulado os efeitos da proposta do PMM na formação. Alguns instituídos têm demonstrado maior capacidade de reproduzir a instituição medicina, desvelando-se como forças do conservadorismo. Assim, é inegável que o modelo biomédico precisa de esforços extras para ter sua centralidade realmente modulada na medicina. Isoladamente, as propostas do PMM, talvez não logrem alterar o lugar ocupado pelo modelo biomédico na medicina. É necessário aproveitar os deslocamentos propostos pelo Programa e a partir deles buscar a problematização do modelo médico predominante. Sabemos que, a biomedicina ainda é necessária, e talvez nunca o deixe de ser. Cabe-nos ainda, a tarefa de pensar que outros modelos, que outras racionalidades, inclusive não-médicas, queremos trazer para o diálogo e quais estratégias político-pedagógicas são necessárias para tanto.

Do mesmo modo, o cenário político nacional tem desencadeado o acirramento do conservadorismo entre a população, força esta que atravessa também os espaços da formação médica. Já o mercado de trabalho tem sido expressão dos modos como o poder econômico atravessa o campo da formação.

As forças instituintes agregam-se principalmente em torno dos movimentos associados ao campo da saúde coletiva e à construção de um

perfil generalista para a AB. Assim, os militantes pela mudança na formação médica, os grupos da MFC e o SUS, enquanto rede de serviços e conjunto de políticas de saúde vem tensionando a formação tradicional, focada nos especialismos.

Outros movimentos instituintes que tensionam o campo a mudar, no que se refere à imagem-objetivo desses cursos são as estratégias político-pedagógicas, que buscam ampliar seu compartilhamento nos espaços de gestão e participação de discentes, docentes e demais trabalhadores, colocando o método a favor dessa imagem-objetivo. Ainda resta muita confusão com a chamada ‘formação humanística’. Nem sempre o seu sentido para os docentes, se refere a uma perspectiva de reafirmação dos direitos, das diferenças e da pluralidade dos modos de viver, o que pode levar a uma ideia de humano idealizado, prescritor de atitudes. Uma modelagem de comportamentos que perpetua a hierarquização e a tutela na relação com o outro. Avançar nessa perspectiva ético-política de uma formação humanística implica considerar a produção do comum como exercício de alteridade e de escuta da diferença. E aqui, os cursos de medicina enfrentarão outro desafio. É notório que o cenário político do país tem afetado os modos de pensar em todos os campos, retardando a formação para o diálogo e para a valorização da diferença, levando-nos à conclusão de que a sociedade brasileira é hoje a expressão de um processo civilizatório que não se completou.

Retomando a tese da pesquisa, concluímos a potência do PMM como dispositivo se considerarmos os movimentos desencadeados nos territórios, como criadores de linhas de fuga, por problematizarem os velhos modos de fazer, buscando novos caminhos, mais aliançados com a vida em sua dimensão de multiplicidade. Mas de fato, há expressões do conservadorismo que geram obstáculos e travam o processo de mudança em alguns pontos. A proposta do PMM se configura então, como um dispositivo, porque propõe deslocar as tradicionais linhas de força que mantém o saber médico centrado na prática hospitalar e tudo o que ela representa. No entanto, o contato com o campo, deixou pistas que apontam para uma limitação na formação, que é da ordem de uma compreensão sócio-histórica dos fenômenos que produzem as condições para o processo de adoecimento. Compreender o que chamamos de “a história das coisas” é fundante para pensar os processos anteriormente mencionados - saúde/doença, atenção/gestão. Ou seja, não se trata apenas de compreender a produção social das doenças, mas também, a produção social dos modos como nos subjetivamos para o enfrentamento de tudo

aquilo que é adverso à saúde: as ‘infidelidades do meio’, como diria Dejours.

Ao focarmos o campo da formação médica e delimitarmos duas experiências para investigação, limitamos a abrangência da pesquisa, e com isso é necessário considerar os resultados como expressões dos movimentos no campo, mas que não contempla todos os movimentos, até porque nos territórios cada processo constitui diferentes percursos de experimentação.

Como recomendação, sugerimos que não só para a medicina, mas também, para todas as ciências da saúde, permanece o desafio de compreender a realidade como produção histórica e social, que acontece no entrecruzamento dos poderes e dos objetos-saberes que circulam na sociedade, constituindo os sujeitos e seus modos de estar na vida. Assim, nossa ‘função social’ enquanto trabalhadores da saúde precisa também de deslocamentos. As ciências da saúde, enquanto expressão do saber-poder de uma dada sociedade, em uma dada época, são atravessadas pelos mesmos conservadorismos que a medicina. O modelo biomédico organiza o campo da saúde e se capilariza por todo o tecido social.

Nosso encontro com o campo de pesquisa foi recheado de angústias e alegrias. Acompanhar os movimentos, contagiados pelo desejo de quem tem uma história na luta pela mudança na formação, nos fez desejar contribuir mais, participar mais. Relatos de docentes que deixaram outros empregos, porque queriam construir um curso “do zero”, porque apostaram na potência dessa experiência e se deixaram afetar por ela. Mas observamos também o conservadorismo, sob a forma de ausências, de pouco comprometimento de alguns atores, ou mesmo, de resistência aos movimentos mais coletivos, o que deu pistas dos desafios persistentes. Estes foram os termômetros do tipo de afeto que a mudança da formação médica tem mobilizado nos sujeitos em campo.

Em ambos os campos pesquisados, o desejo dos que construíram uma implicação com o movimento pela mudança da direcionalidade da formação têm sido o motor afetivo, que empurra os cursos para um rumo que dialoga com a proposta do PMM. Existem também as parcerias táticas, que podem contribuir para o processo de mudança a partir de perspectivas mais específicas, como a do método a ser adotado.

Descobrimos que o desafio de construir uma política de formação articulada às reais necessidades do Sistema e de seus usuários é um desafio da sociedade, que precisa ser mais visibilizado, mais problematizado. Afinal, muitos esforços já foram empreendidos para lograr uma transformação nesse campo, mas é preciso “correr duas vezes mais”, como diria a Alice do País das Maravilhas.

As estratégias precisam ser consolidadas e é preciso inventar mais: novos modos de problematizar a realidade, de pautar a sensibilidade como elemento fundamental para a mudança. Afinal, como bem nos recordou uma participante do estudo, trata-se da “mais humana das ciências”. Para transformá-la é preciso um deslocamento subjetivo intenso, que crie fissuras no pensamento positivista, cartesiano, biologicista, autoritário e homogeneizador que ainda nos atravessa e nos produz enquanto sujeitos.

No título desta tese, denominamos esse movimento, como o *desafio ético-estético político do da formação para o SUS*. Retomando a ideia que inspirou esse trabalho, fechamos essa produção reafirmando para a formação em saúde um triplo desafio: o de preparar os futuros trabalhadores da saúde para a tarefa de ofertar uma atenção à saúde digna e acessível a todos os cidadãos; de avançar no processo de democratização das organizações e das práticas em saúde; e de oportunizar que equipes e usuários possam produzir conhecimento a partir da concretude da vida, criando novos caminhos para a prática cotidiana.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza; CARVALHO, Sérgio Resende. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e pesquisa. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elizabeth; FERIGATO, Sabrina (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 204-219.

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2002.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben.; CECCIM, Ricardo. (Orgs.). **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006. p. 131-151.

BARROS, Regina Benevides de. **Grupos**: a afirmação de um simulacro. Tese de doutorado, PUC-SP, São Paulo, 1994.

BARROS, L.M.R., BARROS DE BARROS, M.E. Pista de Análise: O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E., KASTRUP, V., TEDESCO. S. **Pistas do Método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum** – V. 2. Porto Alegre. Ed. Sulina. 2015.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e política**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

_____. **Questões de vida**. São Paulo: APCE, Hucitec e CEBES, 1993.

_____. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Bioética cotidiana**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º 04, de 07 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 09 de novembro de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial /MEC/MS nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica/Provab**. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>. Acesso em: 1 jul. 2015.

_____. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o **Programa Mais Médicos**, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

_____. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui **diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina** e dá outras Providências. Disponível em:<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=20138&Itemid=866>. Acesso em: 6 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos, dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p.2655-63, 2016.

CEZAR, Pedro Henrique Netto et al. Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 34(2), 298-303, 2010.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. Capítulo 5: O modelo biomédico. São Paulo: Cultrix, 1982.

COSTA, José Roberto Bittencourt et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 47-58, mar. 2014.

DA ROS, Marco Aurélio. Alguns comentários sobre o tema. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 931-932, dec. 2013.

DELEUZE, Gilles. Que és un dispositivo? In: BALIBAR, Etienne; DREYFUS, Hubert; DELEUZE, Gilles et al. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1990. p. 155-161.

_____. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

_____; GUATTARI, Felix. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. Vol. I. São Paulo: Ed.34, 1995.

DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 663-75, 2011.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na Educação Médica e na Residência Médica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n.3, 1998

_____. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 306 p.

_____. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 17, n.47, p.929-30, out./dez. 2013.

FLORENZANO, Maria Beatriz Borba. Pólis e oikos, o público e o privado na Grécia Antiga. S.P, Labeca – MAE-USP.1. Publicado nos Anais do I Simpósio Regional de História Antiga, Rondonópolis, M.T. 2001: 113-118. Acessível em:
http://labeca.mae.usp.br/media/pdf/florenzano_polis_e_oikos.pdf

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 9. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FONSECA, Tania Mara Galli; KIRST, Patrícia Gomes. Cartografia e **devires**: a construção do presente. Porto alegre: UFRGS, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

_____. **A ordem do discurso**. Paris: Éditions Gallimard, 1971.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 1983.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

GARCIA, C. M. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor. In: NÓVOA, António (Coord.). **Os professores e sua formação**. 3. ed. Lisboa: Dom Quixote, 1997. p. 51-76.

GARRAFA, Volnei. Reflexão sobre Políticas Públicas brasileiras de saúde à luz da Bioética. In: FORTES, Paulo Antonio de Carvalho; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone (orgs.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Editora Loyola, 2003.

_____. Introdução à Bioética. **Revista do Hospital Universitário UFMA**, São Luís, v. 6, n. 2, p. 9-13, 2005.

_____. Reflexões Bioéticas Sobre Ciência, Saúde e Cidadania. **Revista Bioética**, Brasília: CFM, v.7, n.1, nov. 2009.

GOMES, Andréia Patricia; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio De Janeiro, v.38, n.3, p.299-307, sept, 2014.

GUATTARI, Felix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 1992.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. **Effective Evaluation**. San Francisco, Ca., Jossey-Bass, 1981.

HECKERT, Ana Lucia Coelho. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

_____; NEVES, Cláudia Abbês Baeta. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MOTTA, R. (Orgs.) **Trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 2007.

HUBERT, René. **História da pedagogia**. 3. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, trad. Luis Damasco Penna e J. B. Damasco Penna, 1976.

KASTRUP, Virginia. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: CASTRO, L. R.; BASSET, V. L. (Org.). **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, 2008. p. 465-481.

_____. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

LOURAU, Renne. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MEDEIROS, Tainá. "Drauzio Varella: sobre médicos estrangeiros no Brasil". **Pragmatismo político**. 11 de julho de 2013. Página visitada em 6 de outubro de 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (orgs). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 61-77.

NUNES, Everardo Duarte. Merton e a sociologia médica. **Revista História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.159-172, jan.-mar. 2007.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de et al. Mudanças Curriculares na Formação Médica Brasileira: um Debate Crucial no Contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (3): 333–346; 2008.

PAGLIOSA, Luiz Fernando, DA ROS Marco Aurélio. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 2008;32(4):492-9.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCÓSSIA, Liliana. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PAULON, Simone Mainieri; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Rev. Estudos e pesquisas e psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

REGO, Sergio. Educar para a democracia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 163-165, 2009.

_____. Cidadania e profissionalismo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. v. 37, n. 3, p. 309-310, Sept. 2013.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 299-307, Sept. 2014.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Kátia Faria de. Entreatos: percursos e construções da psicologia na rede pública de formação. **Rev. Estudos e pesquisas e psicologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010.

OLIVEIRA, F. P. et al. Mais Médicos: um Programa brasileiro em perspectiva internacional. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 54, 2015.

REVEL, Judith. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**. 1993; 1(2): 241-5.

_____. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. Porto Alegre: Sulinas/Editora da UFRGS, 2007.

ROVERE, M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. **Série Desarrollo de Recursos Humanos**, no. 96. OPS. Washington D.C., 1996.

SCHRAMM, Fermin Roland; ARREGUY, Euclydes Etienne. Bioética do Sistema Único de Saúde/SUS: uma análise pela Bioética da Proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, p.117-123, 2005.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e o seu trabalho**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

SOUZA, Patricia Alves de; ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; DA ROS, Marco Aurélio. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 20-5, 2011.

VIDAL, Susana. 2010b. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. **Revista Redbioética/UNESCO**, Año 1, Vol. 1, No. 1. Disponible en: <http://revista.redbioeticaunesco.org>, pp. 81-123.

ZEFERINO, Angelica Maria Bicudo; DA ROS, Marco Aurélio.
Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.35, n.1, p.20-5, 2.

APÊNDICE 1 - EIXOS NORTEADORES DO DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA CARTOGRÁFICA E DAS ENTREVISTAS

EIXO ANÁLISE INSTITUCIONAL

- a) Relação instituído-instituinte: detecção das manifestações (produção de analisadores) que sinalizam não conformidade ou conformidade com o instituído;
- b) Dinâmicas relacionais entre os diversos sujeitos, grupos e instituições presentes no campo;
- c) Dispositivos de poder presentes no campo;
- d) Análise de implicação do pesquisador (efeitos da posição assumida pelo pesquisador no campo, ou seja, a implicação deste no cenário observado, o lugar que ele ocupa e de que modo este lugar impacta as cenas observadas): transformação de si, do objeto e do contexto.

EIXO FORMAÇÃO MÉDICA

- e) Modelos de formação que atravessam o processo de construção dos cursos pesquisados;
- f) Estratégias presentes no campo voltadas à consolidação da mudança do modelo de formação;
- g) Compreensão dos participantes acerca da proposta do Programa Mais Médicos para os cursos de medicina;
- h) Problemas e desafios da proposta efetivada pelo PMM;
- i) Valores subjacentes à política de formação que sustenta o processo de implementação dos cursos.

APÊNDICE 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Araranguá – Rod. Gov. Jorge Lacerda, n. 3201 – Km 35,4 - Jardim das Avenidas – Araranguá – SC
CEP: 88906-072

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, tomei conhecimento da pesquisa "O desafio ético-estético-político do SUS para a formação médica: uma análise do Programa Mais Médicos", sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Marta Inez Machado Verdi (orientadora), da Prof^a. Dr^a. Mirelle Finkler (co-orientadora) e da doutoranda Maria Claudia Souza Matias - RG 6409664, CPF 631326480-00, matrícula 201305937, vinculadas ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O estudo envolverá as seguintes técnicas de coleta de dados: pesquisa documental, observação participante de grupos envolvidos na implantação dos cursos de Medicina da UFSC dos Campi de Curitiba e Araranguá, entrevistas e grupo focal com docentes e discentes. O referido Projeto de Pesquisa tem por objetivo primário realizar uma cartografia das forças e fatores que atravessam o processo de mudança da formação médica proposto pelo PMM para os novos cursos, compreendendo seus efeitos sobre o campo da formação e sobre os sujeitos envolvidos.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Iniciar a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
- 2- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
- 3- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Como representante legal do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, autorizando a execução do estudo nos termos propostos, tendo em vista que essa instituição tem condição para o seu desenvolvimento.

Prof. Dr. Eugênio Simão
Diretor
Portaria nº 1322/2015/GR
SIAPE: 392745
UFSC Centro Araranguá

Araranguá, 05 de outubro de 2016.

Prof. Eugênio Simão, Direção de Centro.



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO

Campus
AGRESTE

10 ANOS
INTERIORIZAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins e efeitos legais, que tomamos conhecimento da pesquisa O DESAFIO ÉTICO-ESTÉTICO-POLÍTICO DO SUS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: UMA ANÁLISE DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS, sob responsabilidade de MARIA CLAUDIA SOUZA MATIAS, RG: 6409664; CPF: 631326480-00 e, como responsável legal pela instituição, autorizo a sua execução e declaro que acompanharei o seu desenvolvimento para garantir que será realizada dentro do que preconiza a Resolução CNS 466/12, de 12/09/2012 e complementares.

Caruaru, 12 de maio de 2016

Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida
Coordenador do Curso de Medicina/Núcleo de Ciências da Vida
CAA-UFPE

Prof^o Rodrigo Cariri Chalegre de Almeida
Coord. Curso Medicina
UFPE / Caruaru
SIAPE 2577450
CPF 794.989.574-87

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE
Centro Acadêmico do Agreste - CAA/Caruaru
Núcleo de Ciências da Vida - Curso de Medicina
Rodovia BR 104, Km 59, s/n, Nova Caruaru
CEP: 55.014-900, Caruaru, PE - BRASIL
Fone/Fax: (81) 2126-7345 -- Celular: (81) 99299-7516

APENDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Olá!

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **O desafio ético-estético-político do SUS para a formação médica: uma análise do Programa Mais Médicos**, associada ao projeto de doutorado de Maria Cláudia Souza Matias, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof^a Dr^a. Marta Inez Machado Verdi e da Prof^a Dra Mirelle Finkler.

O estudo tem como objetivo principal analisar as forças e fatores que interferem nas mudanças da formação médica propostas pelo Programa Mais Médicos (PMM) para os novos cursos de graduação em Medicina e pretende contribuir para aprofundar a compreensão acerca dos condicionantes que vêm interferindo no processo de mudança da formação. A pesquisa acontecerá junto a dois novos cursos de medicina das universidades federais de Santa Catarina – Campus Araranguá e de Pernambuco – Campus Caruaru. Os participantes da pesquisa serão os docentes, discentes, gestores e técnicos dessas instituições e os respectivos comitês e colegiados responsáveis pela gestão desses cursos.

Os pesquisadores comprometem-se a conduzir a pesquisa seguindo o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, de acordo com o Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa com seres humanos. Salientamos também que esse estudo foi aprovado no parecer número 1960198 do **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos** (CEPSH) da UFSC.

Sua participação na pesquisa poderá acontecer por meio de participação na prática cartográfica a ser realizada junto aos grupos pesquisados e de entrevistas individuais. As entrevistas e a prática cartográfica serão registradas em gravação de áudio e/ou vídeo, e/ou foto, após consentimento dos participantes. Os dados obtidos a partir das técnicas citadas têm finalidade exclusiva para o projeto de pesquisa ao

qual se vinculam. As imagens serão utilizadas única e exclusivamente para subsidiar a análise dos dados coletados, não havendo divulgação pública do mesmo.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Os resultados deste trabalho, que poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, mostrarão as informações como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. No entanto, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Após o término do estudo, as informações levantadas serão arquivadas e armazenadas por um período de cinco anos e, posteriormente, serão incineradas. O pesquisador responsável compromete-se em fornecer o retorno dos resultados a todos os participantes do estudo.

Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei.

Os procedimentos adotados durante todo o desenvolvimento da pesquisa e de sua respectiva colheita de dados oferecem os riscos habituais relacionados à participação em estudos que envolvam entrevista e prática cartográfica, referentes em geral a cansaço, constrangimento pela gravação de áudio ou pelo fato de estar sendo observado. Também envolve os riscos relacionados a acidentais quebras de sigilo ou aborrecimentos derivados de possíveis mudanças na visão de mundo relacionadas à formação em medicina. Ainda que os pesquisadores se comprometam com o sigilo, fazendo tudo ao seu alcance para mantê-lo, como a adoção de codinomes em qualquer relato escrito divulgado em relatório ou publicação, é nosso dever alertar que a perda de anonimato é um risco inerente a qualquer pesquisa. Caso aconteça algum dos riscos previstos, os pesquisadores se responsabilizam pela reparação e indenização de quaisquer danos aos participantes do estudo, conforme item IV.3. c da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Como possíveis benefícios diretos aos participantes do estudo encontra-se a possibilidade de refletir acerca dos distintos modelos de formação envolvidos no processo de planejamento e desenvolvimento de um novo curso. Como benefícios mais amplos, voltados à sociedade, identificamos possíveis contribuições para o aprimoramento da formação médica e da política pública de formação no âmbito da saúde. Outro efeito esperado pelo projeto que aqui se apresenta é a análise crítica do processo

de implementação do PMM, com conseqüente geração de subsídios para a gestão dos desafios e dificuldades envolvidos no Programa.

Também gostaríamos de informá-lo (a) que você pode desligar-se da pesquisa a qualquer momento bastando entrar em contato com o pesquisador responsável pelo estudo. **Sua adesão é voluntária e fica assegurado o direito de se retirar da pesquisa em qualquer etapa do estudo.**

A fim de prestar-lhe todas as informações que você desejar acerca deste estudo, antes, durante e depois do mesmo, ou para retirar o seu consentimento, você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (47) 991135138, pelo e-mail claudiamatias2005@yahoo.com.br ou no seguinte endereço profissional: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/n. Bloco H. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, ou pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou ainda pessoalmente, no Prédio Reitoria II, situado à rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC.

Caso concorde em participar do estudo, este documento que você estará assinando será mantido por mim em confidência estrita. Esse documento será impresso em duas vias e, caso você assine este documento em concordância com todo o seu conteúdo, receberá uma via do mesmo, rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Eu, _____,
RG número _____, li esse documento (ou tive esse documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo contribuindo na prática cartográfica ou na entrevista.

Concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha identificação não poderá ser revelada sob qualquer hipótese em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos. Este material será utilizado única e exclusivamente para subsidiar a análise dos dados coletados, não havendo divulgação pública do mesmo.

_____, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante

Maria Claudia Souza Matias
Pesquisadora assistente

Marta Verdi
Pesquisadora responsável

APENDICE 4 - MANUSCRITO “O PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DAS ESTRATÉGIAS DE MUDANÇA DA FORMAÇÃO MÉDICA NO PAÍS: reflexões e perspectivas”⁴

**Maria Claudia Souza Matias
Marta Verdi
Mirelle Finkler
Marco Aurelio Da Ros**

Resumo: A formação profissional, como estratégia de sustentabilidade da política pública de saúde, precisa se aproximar das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Nesse contexto, a formação médica tem capitaneado grande parte das iniciativas governamentais voltadas à mudança no modelo formador em saúde. A mais recente, empreendida via Programa Mais Médicos (PMM), tem gerado um debate polêmico e revelador do jogo de forças e interesses que interferem no problema da insuficiência de vagas e da baixa efetividade da formação no que tange às necessidades do SUS. Essas forças, por condicionarem os rumos do processo de ampliação e reestruturação da formação médica, e isso inclui de forma implícita todos os cursos da área da saúde, demandam análise histórica e acompanhamento crítico dos movimentos em curso no país. Nesse sentido, as reflexões aqui aportadas visam contribuir na potencialização do PMM, como dispositivo de interferências no campo, capaz de agregar novas dimensões ao processo formativo do médico e, ao fazê-lo, repercutir em todos os cursos da área da saúde.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos. Educação Médica. Formação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Programa Mais Médicos in the context of changing strategies of medical training in the country: reflections and perspectives.

Abstract: The professional training as a sustainability strategy of public health policy has to approach the needs of the Brazilian Unified Health System (SUS). Therefore, medical training has been the object of many governmental initiatives aimed at changing the training model. Recently,

⁴ Manuscrito produzido a partir do material elaborado a partir da revisão de litaretura da teses e submetido à revista Saúde e Sociedade.

there has been a controversial and revealing debate of forces and interests that interfere in the problem about lack of vacancies and little training effectiveness regarding the SUS needs through the model *Programa Mais Médicos*. These forces condition the process of expansion and restructuring course of medical training and require a historical analysis and critical follow-up of the movements in progress, in the country. Thus, the reflections provided here aim to contribute to the PMM potentiation as an interference device in the field, and capable of adding new dimensions to the training process.

Keywords: *Programa Mais Médicos*. Medical Education. Professional Training in Health. Primary Health Care. Health Unified System.

Introdução

Pensar o tema da formação em saúde, voltada à atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido um instigante modo de conectar as diversas e complexas necessidades e carências que o rondam. A sustentabilidade da política pública de saúde tem se articulado ao debate sobre as insuficiências da formação, confrontando-se com os desafios colocados por práticas educacionais ainda frágeis, na resposta à atuação desejada pelo modelo de gestão e de atenção à saúde preconizado pelo Sistema.

A complexidade do trabalho em saúde assenta-se em uma prática reflexiva, que considere as várias dimensões das necessidades de saúde e da relação estabelecida no encontro de usuários e trabalhadores. No entanto, o cenário de práticas onde a formação em saúde tem sido marcada pela dificuldade das equipes, em dar conta de um modelo assistencial universal, equânime, interdisciplinar e centrado no cuidado integral. A defasagem na formação das equipes que hoje atuam no SUS coloca para o ensino o desafio de ampliar os espaços de reflexão e de compartilhamento de saberes sobre o cotidiano do cuidado realizado nos serviços (JUNQUEIRA; FRUTUOSO, 2013).

Desse modo, avançar nos processos formativos, para que sejam críticos e prepositivamente comprometidos com a defesa e o aprimoramento do modelo de atenção preconizado no SUS e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN) tem sido o objetivo dos esforços de qualificação da formação em saúde para o SUS. A iniciativa governamental mais recente, empreendida via Programa Mais Médicos (PMM), gerou um debate polêmico e bastante revelador das tensões do campo (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). A polarização de corporações profissionais, movimentos

sociais, instituições da saúde e do ensino quanto às estratégias de provimento profissional e de mudança da formação médica propostas pelo PMM deu algum grau de visibilidade ao jogo de forças e interesses que interferem no problema da insuficiência de médicos e da inadequação da formação ao SUS. Essas forças têm incidido nos rumos tanto da implantação dos novos cursos de medicina no país quanto na adequação dos cursos já existentes às propostas do Programa, atualizadas frente à proposta do PMM para a mudança da formação médica,

Este artigo pretende analisar a possível contribuição do PMM para a mudança da formação médica, tanto no sentido das suas propostas, quanto no que tem gerado de visibilidade acerca das forças envolvidas nesse campo e os desafios que o Programa terá que enfrentar.

Os movimentos pela mudança da formação médica

Para compreender o alcance da inflexão proposta pelo PMM junto à formação médica é pertinente olhar para o contexto histórico dessa formação no país e analisar as forças e movimentos que, desde outros países e momentos históricos, foram determinantes nesse processo. A importação de modelos externos, principalmente o biomédico, é um dos movimentos que mais fortemente tem condicionado o cenário da formação em saúde no país. Esse modelo, centrado na doença, em sua dimensão individual e biológica, foi consolidado a partir do relatório Flexner, de 1910, que versava sobre a qualidade da formação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Esse relatório foi a principal referência para a acreditação de escolas médicas nestes dois países durante a primeira metade do século XX, levando-as em sua maioria a converterem-se ao referido modelo. As recomendações do relatório fomentaram a aproximação entre a indústria farmacêutica e os grupos responsáveis pelas publicações médicas, fortalecendo a associação entre a corporação médica, o grande capital e as universidades, contribuindo fortemente para impulsionar o movimento de institucionalização da chamada medicina científica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Entretanto, à medida que o modelo de formação flexneriano se consolidou, focando o currículo somente na aprendizagem em laboratórios e no hospital, não incluiu a dimensão psicossocial e coletiva do processo saúde-doença-atenção, distanciando-se das necessidades da população e da organização dos sistemas de saúde. A formação para a Atenção Primária à Saúde (APS) foi constituindo-se à sombra do modelo biomédico, perdendo em parte a dimensão de amplitude a qual deveria corresponder. Esse fato gerou, a partir da década de 60, um movimento mundial de crítica, ativado por instituições da saúde e governos de

diversos países, e que veio a deflagrar a reforma da formação médica e do setor saúde nos anos de 1980 (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No Brasil, o tema da formação em saúde para o setor público esteve presente nas proposições do movimento da Reforma Sanitária, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nas graduações e a importância da integração ensino-serviço. Em 1981, a iniciativa coordenada pelo Ministério da Educação denominada Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) voltava-se a projetos que promoviam a inserção dos alunos em unidades de APS. Mas o IDA limitava-se à assistência em saúde, o que não interferiu significativamente nos currículos. Na década seguinte, a Fundação Kellogg financiou o Projeto Uma Nova Iniciativa (UNI), centrada na multiprofissionalidade, nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), na epidemiologia e no fortalecimento do currículo, via estágio na comunidade como estratégia para superar a dissociação entre teoria e prática (CHAVES; KISIL, 1999; GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

Com a implementação do SUS na década de 1990, o Ministério da Saúde passou a ordenar a formação, conforme preconizado pela Constituição Federal, mas com uma insuficiente articulação junto ao Ministério da Educação. As propostas de mudança elaboradas nas décadas de 1980 e 1990, não avançaram suficientemente na articulação política e na construção de consensos acerca do modelo de formação médica. A crítica acerca da fragmentação do ensino, produzida pela introdução de especialidades na graduação ficou obscurecida por uma discussão que, no fundo, tinha como tema a função social do médico. Outro problema, foi apostar excessivamente na mudança do cenário de aprendizagem e nas estratégias pedagógicas, como fatores suficientes na articulação das disciplinas básicas com a clínica, ou achando que a capacitação para a metodologia científica daria conta de desenvolver o raciocínio clínico (SCHRAIBER, 1993; PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Ao final da década de 1990, a baixa qualificação do trabalho docente, a carga horária excessiva, a pouca produção de conhecimento, a inadequação dos cenários e a incorporação indiscriminada de tecnologias ainda apareciam entre os principais problemas apontados nas avaliações da formação médica no país (FEUERWERKER, 1998; 2002).

Analisando especificamente os problemas nas estratégias de fortalecimento dos movimentos de mudança na formação, destaca-se o encapsulamento de iniciativas compostas, apenas por aqueles que já estavam sensíveis e mobilizados para a necessidade de mudar. As propostas que não agregaram diferentes grupos, fomentando a crítica ao

antigo modelo de formação, tiveram pouca chance de serem exitosas, bem como, aquelas que partiram de grupos com baixo poder de interferir nos rumos institucionais. As experiências de mudança que lograram maior êxito foram, em geral, gestadas em contextos de alta governabilidade institucional, demandando dos grupos que delas se ocuparam a ocupação de cargos com maior poder decisório. Igualmente, a adoção isolada desta estratégia, sem outras que ampliassem a capacidade crítica dos grupos conservadores sobre os modos de formar, pode ter contribuído para ampliar a fragmentação das concepções, perpetuando disputas que dificultaram produção de consensos e a articulação política para a mudança do modelo (SCHRAIBER, 1993).

Nos anos 2000, o foco das ações governamentais recaiu sobre a graduação em medicina. O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), lançado pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), propunha-se incentivar as escolas médicas do país a adequarem seus currículos através da adesão às novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), sua produção de conhecimento e os programas de educação permanente à realidade social e de saúde da população brasileira, ofertando apoio financeiro para a implementação das ações (SOUZA; ZEFERINO; DA ROS, 2011).

Como ampliação do Promed, em 2005, foi instituído o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), abarcando também, além da Medicina, os cursos de Enfermagem e Odontologia. Com foco na aproximação ensino-serviço e na abordagem integral do processo saúde-doença desde a AB, apostou em um modelo de formação que considera fortemente os aspectos socioeconômicos e culturais da população para a produção do cuidado (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; CEZAR et al. 2010; OLIVEIRA, et al., 2015).

Em 2008, como consequência dos avanços do Pró-Saúde, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde). Através de vivências e estágios na rede de serviços que qualificam a iniciação ao trabalho, fortaleceu a parceria interministerial entre saúde e educação. Colocou centralidade nas necessidades dos serviços, que passaram a ser objeto de investigação e de produção do conhecimento, indissociando ensino, pesquisa e extensão (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de articular instituições de formação e o sistema de saúde, estas iniciativas apostaram em estratégias pedagógicas voltadas à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem desde o primeiro

período, fortalecendo a orientação das DCN, que colocavam para o SUS o papel de receber os graduandos já nos períodos iniciais do curso. Outra aposta pedagógica referia-se à utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (MAEA), especificamente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), como modo de colocar o graduando como protagonista de sua formação (COSTA et al., 2014).

A ordenação das vagas de residência médica a partir das demandas colocadas pelos serviços de saúde é outro antigo desafio enfrentado pelo SUS no âmbito das políticas de formação em saúde no Brasil. Esta formação *lato sensu*, baseada no treinamento em serviço, teve grande expansão nas últimas décadas. As atividades práticas na graduação mostraram-se insuficientes para o adequado desenvolvimento das competências necessárias à prática médica, elevando a residência à condição de etapa da formação quase que indispensável ao adequado exercício profissional. Mas, mesmo sendo uma formação financiada em grande parte com recursos públicos, desenvolvida em serviços públicos e acreditada por um órgão público, sua regulação até meados dos anos 2000 era caracterizada pela aleatoriedade e insuficiência na distribuição de vagas. Assim, em 2009, os Ministérios da Saúde e da Educação, cientes da escassez de especialistas, criaram o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência), voltado à expansão dos Programas de Residência em regiões e especialidades prioritárias para o SUS (BRASIL, 2015).

Em 2011, a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), articulou-se às políticas criadas para responder aos déficits de provimento e dificuldades de fixação de médicos em várias regiões. O Programa visava tanto estimular o aprimoramento para a atuação na AB de profissionais graduados, quanto prover profissionais em áreas de difícil acesso ou maior vulnerabilidade. A oferta era de trabalho supervisionado, juntamente com especialização *lato sensu* em AB e um percentual de 10% na pontuação para o processo seletivo da residência médica. A ação recebeu destaque, por promover espaços de compartilhamento e problematização da realidade, por trabalhar com o conceito de cuidado de modo ampliado em situações de escassez de médicos, criando alternativas aos modos de cuidar médico-centrados, e por proporcionar às universidades aproximarem-se dos profissionais recém-formados e assim identificar as insuficiências da graduação (BRASIL, 2013).

No entanto, o PROVAB acabou acontecendo majoritariamente nos grandes centros ou no litoral, teve supervisão insuficiente e não interferiu satisfatoriamente na fixação dos médicos nos postos de trabalho. O fato

de buscar a valorização dos profissionais da AB, utilizando como atrativo o acréscimo na nota para ingresso na residência, foi visto por alguns como um erro de estratégia, pois, este incentivo estimularia os profissionais a deixarem seus postos. Apesar disso, não deixa de ser interessante observar a fixação provisória na AB e o contato com a AB pelos futuros residentes nas especialidades que tenham formação e experiência prévia na AB (FEUERWERKER, 2013). Nesse período, a maioria dos profissionais ainda apresentava relatos de despreparo e desmotivação (por questões culturais e mudança de valores) para enfrentar a fixação em localidades do interior e os desafios da tecnologia leve que caracteriza a atuação na AB. Tal situação refletia - e ainda reflete - a sedução que o trabalho nos grandes centros, a especialização em tecnologias duras, os altos salários, o consultório privado, o hospital e a especialidade de ponta ainda exercem sobre esta formação. Outros desafios localizavam-se nos próprios cursos de Medicina, que focalizavam a construção de conhecimentos biomédicos, em detrimento do desenvolvimento de habilidades e atitudes, como modo de atender às exigências e seduções de um mercado que opera na lógica do capitalismo tardio e das sociedades de controle. Em geral, os docentes destes cursos foram formados no modelo disciplinar cartesiano, apresentando lacunas em sua formação ético-político-pedagógica, tais como a dificuldade de articular os saberes de modo interdisciplinar (COSTA *et al.*, 2014).

Olhando para todas essas iniciativas e para as análises dos motivos que limitaram sua capacidade de transformar a formação médica, percebe-se que alguns desafios persistem sem respostas efetivas. Entre os dissensos clássicos da mudança do modelo formador, estão aqueles relacionados ao processo de acumulação capitalista, à deficiente organização do trabalho e da atenção à saúde (pública e privada), ao papel social da medicina, às dificuldades nas relações médico-paciente e às disputas pela missão da universidade. Evidenciam-se os impasses acerca do lugar da subjetividade, dos afetos, das emoções e da coletividade, em função da tendência reducionista e biologicista, amplificada pelo complexo médico-industrial, que ainda atravessa as ciências da saúde. Somam-se a isto os déficits da escolarização prévia que não tem efetivado uma educação humanística já prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, e que produzem uma perigosa lacuna em termos de sensibilidade e competência moral, necessárias para o exercício da cidadania crítica e ativa, capaz de enfrentar as desigualdades e injustiças sociais típicas das sociedades capitalistas (SILVA JUNIOR; ANDRADE, 2016). Persistem também, os déficits decorrentes da distância entre as propostas curriculares e as reais necessidades de saúde

da população, compondo um cenário no qual os conteúdos trabalhados na formação em saúde, nem sempre são selecionados a partir de critérios epidemiológicos e sociais.

Foi com esse conjunto de desafios, no horizonte da formação médica, que se estruturou a proposta do PMM.

A proposta de mais médicos para o país

O PMM é oriundo de um contexto de reivindicações, principalmente quanto ao déficit de provimento de profissionais, que se agravou com a expansão dos serviços públicos de saúde no início da década de 2010, ano em que houve aumento da renda e a diminuição das taxas de desemprego. Em 2013, a distribuição dos profissionais médicos no Brasil, segundo o levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM) chegava a 1,8 por mil habitantes, média que, associada a uma distribuição deficitária em algumas regiões do país configurava uma realidade desigual. Somente 8% do total de médicos estavam atuando em municípios com população inferior a 50 mil habitantes, que representam 90% das cidades do país. A insuficiência de vagas na formação médica a cada ano agravava ainda mais a situação. De 2002 a 2012, chegou a gerar uma demanda reprimida de 50.000 profissionais, pois dos 143 mil novos postos de trabalho, apenas 93 mil foram preenchidos (BRASIL, 2015).

Além de ser um dos principais condicionantes da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a insuficiência de médicos coloca os municípios em disputa pelos profissionais disponíveis, obrigando-os a propostas salariais não compatíveis com os recursos municipais. Tal situação eventualmente gera atrasos salariais, quebras de contrato e a imposição dos médicos de jornadas reduzidas de trabalho, não compatíveis com as necessidades dos serviços. Este quadro tem suscitado irregularidades e ilegalidades junto aos serviços, além de dificultar o acesso e prejudicar a qualidade da assistência, já que pouco mais da metade dos médicos completa um ano de atuação no mesmo município (BRASIL, 2015).

Em janeiro de 2013, prefeitos recém-eleitos de todo o país, reunidos no Encontro Nacional de Prefeitos, manifestaram-se publicamente no movimento denominado “Cadê o médico?”. Uma petição foi encaminhada ao Governo Federal, reivindicando a contratação de médicos estrangeiros, alegando a falta de médicos, principalmente para o interior, periferias e regiões de vulnerabilidade social. Como resposta, e em um contexto no qual o Ministério da Saúde buscava enfrentar os fatores condicionantes do baixo desenvolvimento da AB, em julho de 2013, foi instituído o PMM para o Brasil (COMES *et al.*, 2016).

Dentre os objetivos que o PMM busca atingir estão: - a diminuição da carência de médicos nas regiões prioritárias; - o fortalecimento da prestação de serviços de AB; - o aprimoramento da formação médica no país (ampliando o campo de prática durante a formação); - a ampliação da inserção do médico em formação nas unidades do SUS; - o fortalecimento da política de educação permanente, via integração ensino-serviço; - o fomento da troca de conhecimentos e experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros; - o aperfeiçoamento para atuação nas políticas públicas de saúde e na organização e funcionamento do SUS, e estímulo à realização de pesquisas aplicadas ao SUS (BRASIL, 2015).

Além de buscar impactar diretamente o problema do provimento de profissionais, o Programa buscou incidir sobre a relação do SUS com a categoria médica, pela via da reorientação da formação colocada na Lei nº 12.871/2013 (BRASIL, 2013), que abrange todas as escolas médicas: públicas e privadas, novas e já existentes. Diferentemente das DCN publicadas em 2001, essa Lei exigiu a implantação efetiva de novas DCN (2014), colocando a obrigatoriedade de que todas as escolas médicas as implantem progressivamente até 31 de dezembro de 2018 (SILVA JUNIOR; ANDRADE, 2016).

A alteração da lógica da expansão de vagas nos cursos de graduação, deveria incorporar a regulação e o planejamento empreendidos pelo Estado, onde as necessidades sociais definem quais, onde e quantos novos profissionais são necessários. A ampliação da formação colocada pelas DCN de 2014, trouxe mais centralmente para a formação campos de saber e de prática vinculados à Saúde Coletiva, à Saúde Mental, à Urgência e Emergência, à AB e à Saúde da Família (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

As novas DCN referendam o protagonismo do aluno e a integração ensino-pesquisa-extensão que já apareciam nas DCN de 2001, buscando aproximar-se das tecnologias de informação e comunicação. Dão continuidade também, à ideia de formação vinculada às necessidades de saúde da população, reforçando uma abordagem integral do cuidado e priorizando-a em detrimento da atenção focada na doença. Exortam à construção de projetos terapêuticos que incluam o sujeito e seu o contexto de vida, corresponsabilizando-o pela produção e gestão do seu cuidado. A integração entre atenção e cuidado à saúde, educação e gestão preconizada nas DCN expressa um modelo de formação que considera as instituições de saúde como organizações voltadas à atenção, à formação, à educação permanente, e que têm como modo de gestão práticas que incluem a decisão coletiva e a participação. É relevante pontuar que, as

DCN preconizam uma formação médica voltada também à participação dos graduandos nas políticas públicas de saúde e na gestão do SUS. Ao lado dos demais objetivos, vinculados à atuação na *atenção à saúde*, este tópico merece destaque. Ele enfatiza a expectativa de que os profissionais médicos ampliem sua capacidade de interferência nas *práticas de gestão* do Sistema, colocando a formação como possível estratégia de sustentabilidade e qualificação das políticas públicas de saúde (FEUERWERKER, 2002; GOMES; REGO, 2014).

A ampliação direcionada de vagas para a graduação e para a residência é uma das estratégias para superar o déficit que em 2013, chegava a 168.424 médicos, avançando de 1,8 para 2,7 médicos/1000 habitantes até 2026. Os critérios para abertura de vagas consideram a necessidade social no âmbito público e privado e a descentralização e interiorização das faculdades. Apesar de não existir um parâmetro validado internacionalmente para o cálculo do número de médico por habitantes, há a recomendação de se analisar as características do país, como o modelo assistencial adotado, por exemplo. A meta eleita inspirou-se no contexto do Reino Unido, que, a exemplo do Brasil, também conta com um sistema de saúde público universal orientado pela AB. Devido a esta realidade, a abertura de novos cursos ganhou caráter de processo público e a participação das instituições deveria estar condicionada ao atendimento de critérios padronizados, como a comprovação de rede de serviços de saúde disponível, a adequação do porte populacional, a localização em região prioritária, a proporção da oferta de vagas e de médicos na região e a distância mínima em relação a outros cursos¹⁵. Para a efetiva fixação de médicos no interior do país há que se superar o desafio de associar outras estratégias à interiorização dos cursos de medicina. Medidas regulatórias e incentivos desde a formação, passando pelas etapas de recrutamento, instalação, fixação e plano de carreira são necessários para consolidar uma distribuição equitativa e a permanência de médicos em postos de trabalho mais distantes dos grandes centros (SCHEFFER, 2016).

Pelos parâmetros iniciais propostos pelo PMM, alinhados às novas DCN, observa-se que boa parte do internato (dois anos) se dá no SUS, na AB e em serviços de urgência e emergência. A proposta envolvia que, a partir de 2018, fosse obrigatório cursar um ou dois anos da Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC), requisito para acessar as especialidades que não são de acesso direto. Até o final de 2018, espera-se que haja o mesmo número de vagas de residência de acesso direto que o número de egressos dos cursos de graduação do ano anterior (BRASIL, 2013).

Após amplo debate junto à sociedade, viu-se uma gradativa ampliação da aprovação popular do PMM e um acirramento da oposição de grupos vinculados à corporação médica, visto que, ainda há muita disputa em torno das concepções envolvidas na formação, como a da função social do médico, e conflitos de interesses que cercam o problema do provimento profissional. A forte inserção dos graduandos e pós-graduandos nos serviços públicos de saúde tem sido criticada por parte significativa da corporação e também por outros setores. No entanto, é sabido que a aproximação com o sistema de saúde é condição básica para o desenvolvimento de uma prática médica adequada às reais necessidades de saúde da população (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

Embora a maioria dos médicos formados esteja inserido no setor público e apenas 28%, trabalhem exclusivamente no setor privado, o cenário tido como ideal da prática médica pelos profissionais, ainda é o do especialista inserido em consultório privado, com atuação paralela em hospital privado de alto nível tecnológico. A inserção em unidades de saúde da rede pública e na emergência de pronto atendimento e hospitais da periferia segue vista com reticências por boa parte da categoria. A imagem da profissão vem se aproximando cada vez mais da dimensão tecnológica e comercial do trabalho, da prática especializada, da impessoalidade nas relações e da preocupação em defender-se do jogo institucional. Essas práticas demonstram uma atitude defensiva frente às adversidades do trabalho em saúde, como a resistência em cumprir a carga horária contratada ou a tendência de oferecer uma assistência clínica diferenciada aos pacientes que pagam melhor. A mercantilização da atuação em saúde tem-se expandido, de tal modo, que até dirigentes sindicais defendem interesses contrários aos interesses da população (FEUERWERKER, 1998).

Um dos maiores desafios para a mudança na política de formação é colocá-la como produto do diálogo com os impasses históricos que envolvem o trabalho médico. Um exemplo disto é o tema das diferenças salariais entre médicos e demais profissionais da saúde. A carga horária do curso de medicina, enquanto investimento de tempo de formação é argumento de uso corrente para justificar a diferença salarial. Assim, permanece como um dos muitos desafios para a política pública a formação médica para a atuação na AB, sem que tais mudanças se convertam em novo argumento a corroborar as já tão acentuadas assimetrias entre as profissões da saúde (COSTA et al., 2014). Qualquer movimento de transformação da formação precisa problematizar as atitudes contraditórias da categoria e, a nosso ver, a própria situação dos trabalhadores no SUS no contexto do mercado de trabalho atual. O debate

sobre a formação deve envolver também a problemática da fixação de profissionais nos postos de trabalho e da carreira SUS. O modo como o mercado de trabalho interfere na formação e na prática profissional não pode ser subvalorizado, requerendo ampliação do diálogo, com inclusão de gestores da Saúde e da sociedade civil organizada. Na Saúde Coletiva ainda persistem concepções retificadoras, que colocam trabalhadores como ‘recursos’ do processo produtivo e usuários como “objetos”, sobre os quais, as ações de saúde intervêm. Tal visão, embora problematizada na produção discursiva das políticas e projetos da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, por não ser coerente com sua proposta democratizante, ainda se reproduz nos serviços e instituições da saúde e da educação, influenciando as práticas.

A possibilidade de participar de espaços de discussão que abordem conceitos como saúde, produção de saúde, modelos de atenção e de gestão, interfere no modo como trabalhadores e gestores irão conceber o lugar dos sujeitos no processo de produção de saúde. Se concebermos que os trabalhadores, gestores e usuários devem ser sujeitos ativos e protagonistas do processo de produção de saúde, engendrando lutas cotidianas em defesa de suas necessidades, interesses e pontos de vista, tem-se aí um campo micropolítico a considerar. Os diferentes saberes e poderes desses sujeitos interferem no SUS desde os cenários locais, e estas distintas perspectivas precisam ser incluídas na produção das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Tensões e disputas: algumas perspectivas para a formação médica a partir do PMM

As tentativas de mudanças curriculares, induzidas pelas iniciativas governamentais, procuraram incidir na relativização da força do modelo biológico, ampliando o diálogo com outros modelos, como o social. Mas essa relativização ainda está longe de terminar. Considerando que, o complexo médico-industrial exerce grande influência sobre o mercado de trabalho e, conseqüentemente, sobre as práticas de saúde, é natural que também tensione a formação médica para que esta se adéque aos seus interesses, tornando quase sempre insuficientes os esforços dispendidos. Assim, permanece viva entre os docentes - e também entre discentes - a lógica das especialidades como modo de organizar os saberes profissionais. Isso termina por afetar os conteúdos que interessam à formação para a AB, perpetuando a fragmentação que corrobora a separação dos sujeitos, impossibilitando uma real prática coletiva (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Nesse contexto, a autonomia das instituições formadoras para definir seu modo de funcionar é relativa, visto que, também respondem aos diferentes projetos político-ideológicos dos grupos sociais inseridos no campo. As disputas entre esses grupos relacionam-se com outras forças sociais, como as entidades corporativas, movimentos sociais, a indústria e o mercado com interesses na manutenção do complexo médico-industrial, partidos políticos, entre outros. O modo como essa complexa trama se constrói é que define se o projeto político-pedagógico será transformador ou reproduzidor do modelo hegemônico. Ao que tudo indica, os grupos que defendem os modos já instituídos de formar têm demonstrado forte capacidade de desarticular os movimentos instituintes - aqueles que buscam impulsionar as mudanças (COSTA et al., 2014; CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Em resumo, a formação médica permanece sob várias influências: as macroestruturas, as tendências econômicas e políticas, a definição do que é saúde e do que são necessidades de saúde, os modos como se organizam a prática médica, os serviços e as políticas de saúde. Assim, apesar de haver real insuficiência de médicos no país, esta é apenas uma parte da questão.

A definição do quantitativo de médicos depende muito do modelo de atenção à saúde que se deseja instituir. É ele que orienta, como e quais diferentes tecnologias comporão a caixa de ferramentas profissional e se esta dará conta de fomentar redes vivas, relações dialógicas e a construção coletiva de espaços colaborativos. Nesse sentido, Merhy (2013) aborda dimensões que vêm sendo subestimadas na formação em saúde. O plano onde a clínica e o cuidado se dão é aquele do trabalho vivo, no campo produtivo do fazer, para além do plano do conhecimento. É nesse plano, que o agir pedagógico opera e onde se abre a disputa ético-política. Se tais dimensões não são incluídas no processo formativo, se não oferecemos abertura para que se visibilizem os vários regimes de verdade presentes nesse espaço de aprendizagem, impedimos a construção coletiva de ferramentas e soluções afinadas com as necessidades reais de trabalhadores e usuários. Talvez por isso, muitas experiências de formação empreendam esforços didático-pedagógicos gigantesco para, ao final, reproduzirem a mesma lógica formativa que desejavam superar.

As publicações sobre o PMM confirmam como estratégia potencialmente reordenadora da formação, visto ter sido elaborado a partir das reais necessidades do país e do SUS, colocando o Estado como agente regulador (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016). Nesse sentido, os movimentos que vinham sendo realizados pelo PMM para promover a reestruturação e ampliação da formação médica em algum momento chegaram a polarizar as forças em disputa no campo. A

centralização das informações sobre formação e distribuição de especialistas no país, a retirada do controle que as associações de especialidades médicas tinham sobre o planejamento e regulação da formação de especialistas e a definição da Medicina de Família e Comunidade como requisito de acesso a dez especialidades médicas foram exemplos da radicalidade dessa interferência (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Como consequência dessa ação interventiva do Estado sob a formação médica, houve alguma visibilização e acirramento das forças que disputavam um projeto nacional para esse campo, desvelando conservadorismos e lançando certa luz sobre as forças que precisam ser enfrentadas.

No entanto, a mudança política no cenário nacional em curso nos últimos dois anos, envolvendo a alternância dos grupos políticos que estão à frente do Programa, tem trazido novos influxos ao processo de mudança na formação médica. A necessidade governamental de realizar alianças políticas com vários segmentos sociais, a fim de alcançar um pacto de governabilidade, poderá retirar do PMM boa parte de sua potência instituinte. Exemplo disso foi a notícia veiculada pela mídia em vários sites (Portal G1, Portal Uol, Folha, Estadão, Revista Fórum) que anunciava um decreto governamental suspendendo a abertura de novos cursos de medicina no país por um período de cinco anos. A razão oficial seria responder às reivindicações categoria que vê na abertura de novas faculdades uma ameaça à qualidade do ensino médico no país. Parte da mídia interpretou a notícia como uma medida que, contrariando o interesse da população, serviria para atender à forte pressão de entidades de classe, preocupadas com o expressivo aumento das vagas em graduações da área nos últimos anos, sobretudo depois da Lei do Mais Médicos.

As respostas das forças instituídas às tentativas mais robustas de transformação do *status quo* são sempre proporcionais aos riscos reais de mudança. Trava-se então, a partir do PMM, uma luta que não é apenas com o modelo médico hegemônico, mas com as próprias *instituições* que se sustentam a partir dele e de outras forças. Instituição aqui se reveste da acepção institucionalista, que a define como práticas sociais historicamente construídas, produtoras de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação (LOURAU, 1975; HECKERT; NEVES, 2007).

A *instituição medicina* atravessa o tecido social com seus instituídos, com seus objetos-saberes que definem o que é saúde, o que é ser médico, o que é a boa medicina etc. É com essas “verdades”, historicamente construídas que se confrontam as mudanças propostas do

PMM para a formação médica. Assim, não é apenas com os docentes formados no modo tradicional ou com a corporação médica que o PMM precisa construir pontes para o diálogo. É com a própria sociedade, incluindo aí os usuários do SUS, que entendem o processo saúde-doença-atenção a partir desse mesmo regime de verdades.

O que se coloca então para o PMM, e que precisa ser aprofundado junto aos novos cursos de medicina, é a necessidade de melhor explicitar o processo histórico que forjou a realidade e os sujeitos em campo. A aposta que o PMM parece evocar é a da superação de lógicas e modelos formativos totalizantes, que desconsideram a multiplicidade, a pluralidade, as dimensões éticas e políticas em sua radicalidade. A associação de diferentes abordagens, perspectivas e estratégias pedagógicas, que abranjam os desafios e a complexidade do trabalho em saúde e da formação voltada à atuação no SUS, aparece como horizonte desejável, não apenas para a formação médica, mas para a formação em saúde de um modo geral.

Para potencializar o PMM, em sua dimensão de dispositivo é fundamental compreender esse jogo de forças, explicitando os interesses em disputa. Desse modo, o PMM propiciará que a formação seja campo de tensão entre problematização e ação, capaz de agregar efetivamente novas dimensões, não só à formação do médico, mas de todos os profissionais de saúde. Mas também é fundamental gerar espaços de diálogo e de produção de consensos entre os diferentes atores, onde possam reconhecer os modelos de formação que operam no campo e o modo como têm funcionado como regimes de verdades, historicamente construídos.

Considerações finais

A formação médica precisa estar quantitativa e qualitativamente adequada às exigências do SUS, não só para garantir a universalidade e integralidade da atenção à saúde, mas também, a sustentabilidade do próprio sistema de saúde (DA ROS, 2013). Mudar rígidas estruturas, romper acordos baseados no corporativismo, mobilizar docentes, superar as pressões exercidas pelo mercado de trabalho e pelo complexo industrial médico-hospitalar sobre o processo de formação profissional, são alguns dos desafios que se atualizam nos processos em andamento (ROVERE, 1996; DA ROS, 2013).

Além da dimensão quantitativa, resta responder, então, como a formação avançará de sua orientação centrada em procedimentos e controles para outra, focada nas necessidades dos usuários, na produção do cuidado e na afirmação da vida como multiplicidade. Se

compreendermos a realidade como produção histórica e social, que acontece no entrecruzamento dos poderes e objetos-saberes que circulam na sociedade, constituindo os sujeitos e seus modos de estar na vida, a frequente discussão sobre a função social do médico precisará ser recolocada. A nosso ver, não são os médicos, e sim a medicina, que precisa virar objeto de estudo e discussão nesses cursos. Não a medicina enquanto corpo teórico de conhecimentos técnicos, mas a medicina enquanto expressão do saber-poder de uma dada sociedade e de uma dada época. Aprofundar o debate sobre como se constituíram os diferentes modelos médicos, à luz do contexto histórico envolvido, atualiza na formação a dimensão social da própria medicina.

Apresentar a *instituição medicina* – enquanto produção sócio-histórica - como objeto de estudo para os cursos de graduação implica oportunizar aos estudantes condições de se apropriarem e se posicionarem criticamente em relação àquele que será seu objeto de estudo ao longo de sua vida profissional. Talvez essa modulação permita aos futuros médicos, perceberem a importância de se agenciarem em movimentos instituintes de mudança da prática médica desde a universidade.

As instituições refletem as forças que definem qual o projeto de sociedade hegemônico. Considerando o papel que *instituição medicina* historicamente tem assumido na saúde, de capitanear os movimentos de mudança na formação dessa área, acreditamos que uma de suas funções sociais pode ser a de fomentar a fundamental discussão sobre o processo saúde-doença-atenção. Pode, finalmente, contribuir para a construção de uma concepção hegemônica de saúde que seja, enfim, afirmadora da vida em sua multiplicidade, - uma tarefa nada banal.

Referências

1. BRASIL, **Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.
2. BRASIL. **Portaria interministerial nº. 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-Saúde. Brasília, DF, 2008.
3. BRASIL. **Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos. Brasília, DF, 2013.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, DF, 2015.
5. CAMPOS, G.W.S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p.2655-63, 2016.
6. CEZAR, P.H.N. *et al.* Transição paradigmática na educação médica: um olhar construtivista dirigido à aprendizagem baseada em problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro: v. 34, n.2, p.298-303, 2010.
7. CHAVES M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.J.; FEUERWERKER, L.; LLANOS M. (org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999, p. 1-16.
8. COMES Y. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2749-59, 2016.
9. COSTA J.R.B. *et al.* A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.38, n.1, p. 47-58, 2014.
10. DA ROS, M.A. Alguns comentários sobre o tema. **Revista Interface**, Botucatu, v.17, n.47, p.931-2, 2013.
11. FEUERWERKER, L. Mudanças na Educação Médica e na Residência Médica no Brasil. **Revista Interface**, Botucatu, v.2, n.3, p.51-71, 1998.
12. _____. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002.

13. _____. Médicos para o SUS: gestão do trabalho e da educação na saúde no olho do furacão! **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v.17, n.47, p.929-30, out./dez. 2013.
14. GOMES, A. P.; REGO, S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro: v.38, n.3, p.299-307, 2014.
15. GONZALEZ, A.D.; ALMEIDA, M.J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. Rio de Janeiro, **Revista Physis**, v.20, n.2, p. 551-570, 2010.
16. HECKERT, A.C.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MOTTA, R. (Orgs.) **Trabalho em equipe**. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS/UERJ, 2007.
17. JUNQUEIRA, V.; FRUTUOSO, M.F. Os (des) compassos entre a universidade e os serviços de saúde. In: Capozollo, MA *et al* (org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
18. KEMPER, E.S.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2785-96, 2016.
19. LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.
20. MERHY, E.E. Vivenciar um campo de formação de profissionais de saúde: dobrando em mim o fazer da Unifesp- Baixada Santista (Prefácio). In: CAPOZOLLO, M.A. *et al*. (org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
21. OLIVEIRA, F.P. et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Revista Interface**, Botucatu, v.19, n.54, p.623-34, 2015.

22. PAGLIOSA, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.32, n.4, p.492-9, 2008.
23. ROVERE, M. **Planificación estratégica de recursos humanos en salud**. Série Desarrollo de Recursos Humanos nº 96. Washington DC: OPS; 1996.
24. SCHEFFER, M. Para muito além do Programa Mais Médicos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2664-66, 2016.
25. SCHRAIBER, L.B. **O médico e o seu trabalho**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
26. SILVA JUNIOR, A.G., ANDRADE, H.S. Formação Médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2670-71, 2016.
27. SOUZA, P. A. de; ZEFERINO, A. M. B.; DA ROS, M. A. Currículo integrado: entre o discurso e a prática. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 20-25, 2011.

Participação dos autores no artigo:

Maria Claudia Souza Matias: Participou no delineamento do artigo, na revisão da literatura, na análise e discussão do tema, e em todas as etapas da redação do texto, aprovando a versão final.

Marta Verdi; Participou no delineamento do artigo, na redação do texto, na análise do tema, e na revisão crítica do texto, aprovando a versão final.

Mirelle Finkler; Participou na análise do tema, na redação do texto e na sua revisão crítica, aprovando a versão final.

Marco Aurelio Da Ros; Participou na análise do tema, na redação do texto, na revisão crítica do texto, aprovando a versão final.