

Instituintes e instituídos na formação médica: movimentos desencadeados pelo Programa Mais Médicos

Instituting and instituted in medical education: movements triggered by the Mais Médicos (More Doctors) Program

Maria Claudia Matias¹, Marta Verdi², Mirelle Finkler²

DOI: 10.1590/0103-1104202313810

RESUMO O presente estudo deteve-se no mapeamento das forças intervenientes no processo de implantação dos cursos de medicina criados a partir do Programa Mais Médicos (PMM), bem como nos efeitos dessas sobre as práticas de formação e sobre os sujeitos que as vivenciam. O campo de investigação foram dois novos cursos de medicina, nas regiões Sul e Nordeste do País. Por meio de abordagem qualitativa de pesquisa, fundamentada no método cartográfico, constatou-se que dois conjuntos de forças operam nos cursos, expressões do instituído e do instituinte na formação médica. No campo do instituído, destacaram-se as influências do modelo biomédico, do mercado de trabalho e dos movimentos de polarização política em curso no cenário nacional. Entre as forças instituintes, tiveram destaque os movimentos estudantis pela mudança na formação, os de reafirmação do Sistema Único de Saúde e da saúde coletiva, e aqueles que apoiam a formação focada em um perfil generalista. Em resumo, a proposta do Programa para a formação médica operou como dispositivo de interferência nesses cursos quando associada a um contexto grupal de construção coletiva, gestão compartilhada do curso e práticas pedagógicas ancoradas na perspectiva da produção sócio-histórica do processo saúde-doença-atenção e da própria instituição médica.

PALAVRAS-CHAVE Educação médica. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *The present study focused on mapping the forces involved in implementing the medical programs created from the Mais Médicos Program (MMP) and their effects on training practices and subjects who experience them. The field of research was two new medical programs in the South and Northeast regions of the country. We found that two sets of forces operate in the programs through a qualitative research approach based on the cartographic method, expressions of the instituted and instituting in medical education. The influences of the biomedical model, labor market, and the movements of political polarization underway in the national scenario were highlighted in the field of the instituted. The student movements for change in education, those to reaffirm the Unified Health System and collective health, and those that support training focused on a generalist profile stood out among the instituting forces. In summary, the program's proposal for medical education operated as an interference device in these programs when associated with a group context of collective construction, shared management of the programs, and pedagogical practices anchored in the perspective of the socio-historical production of the health-disease-care process and the medical institution.*

KEYWORDS *Education, medical. Primary Health Care. Unified Health System.*

¹Secretaria de Promoção da Saúde (Semus) - Blumenau (SC), Brasil. claudiamatias2005@yahoo.com.br

²Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil.



Introdução

As estratégias empreendidas no Brasil nas últimas décadas para aproximar a formação médica das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) têm revelado um ponto em comum: trata-se de um campo em que múltiplas forças têm interferido no sentido que essa formação assumirá, convocando à análise das estratégias de mudança 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 se debatia com a tendência hegemônica reducionista e biologicista, amplificada pelo complexo médico-industrial que atravessa as ciências da saúde. 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 tinha se efetivado, deixando uma pesada herança quanto à competência moral e ao exercício político de uma cidadania crítica e ativa¹. Por outro lado, a insuficiência de vagas nas instituições de ensino recaía sobre os gestores municipais como um fardo que se refletia na falta de médicos nos serviços públicos, principalmente nas localidades de difícil acesso ou de maior vulnerabilidade social. A formação de especialistas, fortemente influenciada pelo mercado, deixava, e ainda deixa, a rede pública com um déficit contínuo em determinadas especialidades. Intervir sobre essa realidade significava romper com várias lógicas organizadoras da formação, entrando em conflito com grupos, interesses e com o saber-fazer por eles produzidos².

Apesar de o PMM ter nascido como resposta às reivindicações relacionadas às insuficiências no provimento de profissionais, é inegável que sua estruturação condensou vários esforços e estratégias do Ministério da Saúde para a atenção básica, em resposta ao seu desenvolvimento aquém do necessário. Assim, além de incidir sobre o quantitativo de profissionais disponíveis para atuar na Estratégia Saúde da Família em regiões prioritárias, o Programa se

voltou ao aprimoramento da estrutura física e da prática médica, investindo fortemente na educação permanente dos profissionais contratados 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 residência².

Nesse sentido, o eixo voltado ao aprimoramento da formação médica do PMM se transformou em uma das ações governamentais mais relevantes do período, pois deslocou a centralidade que o hospital e as especialidades médicas ocupavam, trazendo o foco para a rede pública de saúde e para a formação generalista. O modelo de formação proposto pelo PMM buscou operar sobre o paradigma tradicional que sustenta o saber e a prática médica, avançando do modelo biologicista para o social. Deu ênfase, também, à histórica assimetria de poder entre professor-aluno e médico-paciente, bem como apostou em uma prática fundada na dimensão coletiva do processo saúde-doença-atenção, inserida na comunidade. No entanto, tais mudanças deflagraram, junto à corporação médica, reações de resistência à mudança, tornando mais visíveis as forças e os interesses envolvidos no problema da insuficiência de médicos e da inadequação da formação para a atuação no SUS.

Para a concepção institucionalista, as instituições se organizam a partir de instituídos e instituintes. O instituinte caracteriza-se por ter uma dinâmica que gera movimento nas instituições, já o instituído tem uma função estabilizante, importante para que a vida social ocorra. Como a realidade é um processo em permanente transformação, os instituídos precisam ser funcionais à vida social, acompanhando os novos estados sociais. Esses movimentos dialéticos das instituições, que compõem a dinâmica de uma sociedade, não são, a priori, nem bons nem ruins, mas necessários e complementares. No entanto, quando as forças do instituído exacerbam sua função estabilizadora, podem transformar-se

em conservadorismo, expressando-se através da resistência extremada à mudança. Para que o processo de aperfeiçoamento da vida social aconteça a contento, são necessárias permeabilidade e fluidez para as mudanças³.

O objetivo deste estudo foi mapear e compreender como as forças intervenientes no processo de implantação dos novos cursos de medicina geraram efeitos junto à formação médica e aos sujeitos e grupos implicados. Compreender o campo em que se insere a formação médica é essencial para o direcionamento de políticas educacionais e articulações institucionais que fortaleçam uma política de formação voltada, também, à atuação no SUS, principalmente no que tange à sustentação da dimensão pública da política de saúde. Assim, através do estudo, buscou-se responder se o PMM se configurou de fato como um dispositivo no campo da formação médica, ou seja, se, a partir de seus elementos discursivos e não discursivos, produziu interferências nos modos de subjetivação, reorganizando o conhecimento e a relação entre os diferentes envolvidos. O estudo não focalizou um horizonte idealizado e pré-definido de formação, mas dedicou atenção aos acontecimentos e movimentos que deflagraram a emergência de novas possibilidades para a formação médica a partir do PMM.

Material e métodos

O método da presente pesquisa foi fundamentado no referencial teórico-metodológico da pesquisa cartográfica, abordagem qualitativa que permite acompanhar a dimensão de processualidade inerente ao objeto de estudo e que considera os efeitos da investigação nos sujeitos, grupos e instituições envolvidas^{4,5}. Para a escolha do campo, foram selecionados dois cursos de medicina em fases e regiões diferentes do País, a fim de incluir diferenças regionais e as relativas aos estágios de desenvolvimento dessas graduações. Os cursos se situavam nas regiões

Sul e Nordeste, um deles em processo de planejamento e o outro já em andamento, e fundamentavam-se nas orientações do PMM e nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina de 2014. Após a definição do campo, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo acatado as orientações para pesquisa com seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 62293316.6.0000.0121 – Parecer nº 1.960.198.

Foram participantes do estudo os docentes, discentes e técnicos que compunham os grupos responsáveis pela condução e apoio aos cursos. Diferentes técnicas de colheita dos dados foram utilizadas: análise documental, que incluiu o projeto político-pedagógico; entrevistas com membros dos grupos condutores e observação participante das reuniões desses grupos. A triangulação dos dados, derivada da combinação das técnicas, contribuiu para a análise das forças intervenientes nos cursos, desde suas expressões mais imediatas e visíveis até seus desdobramentos e efeitos de rebatimento.

Na análise dos resultados, pretendeu-se explicitar as forças do instituído e os movimentos instituintes presentes no campo, localizando os modos pelos quais o PMM vem afetando o cenário da formação médica no País. A análise adotou a perspectiva institucionalista, que compreende a formação enquanto 'instituição', ou seja, como prática social historicamente construída, produtora de verdades, objetos-saberes e modos de subjetivação^{5,6}.

Por meio da bioética social, buscou-se uma ancoragem teórica que permitisse mapear a moralidade que está sendo produzida a partir das mudanças na formação. Esse referencial oportunizou compreender como as questões que envolvem a luta pelo direito à saúde e à educação mostram-se presentes nas reflexões formuladas nesses cursos, ajudando a analisar os fatores que interferem nas lutas por modos de vida melhores e mais dignos⁷⁻¹¹.

Resultados e discussão

A organização dos dados colhidos no campo de pesquisa e as impressões da pesquisadora registradas em diário de campo permitiram compreender alguns dos movimentos que dão corpo à instituição ‘formação médica’. Evidenciaram-se os movimentos que expressam as exacerbações do instituído e também os que derivam da resistência a eles e são de-sestabilizadores do conservadorismo¹².

Analisar a formação médica como prática produtora de realidade e de sujeitos implica considerar a indissociação entre formar e intervir, visto que a formação é um campo da experiência humana produtor de relações de poder. A reprodução de práticas sociais historicamente constituídas é sustentada por mecanismos inventados especialmente para agenciar relações de força, denominados dispositivos. Para a fundamentação da análise dos resultados, abordaram-se estes dois operadores conceituais – poder e dispositivo – desenvolvidos por Foucault para a historicização dos modos pelos quais os seres humanos se constituem como sujeitos^{13,14}.

Poder e conservadorismo na formação médica

A partir da análise dos dados colhidos, constatou-se um conjunto de instituídos que tensionavam o campo, contribuindo para a manutenção dos modos tradicionais de organizar o saber médico, de geri-lo e de formar profissionais. Essas travas mantinham inalterada a dinâmica das relações de poder, gerando obstáculos à produção de novas práticas e conhecimentos e, portanto, de novas subjetividades.

Algumas forças do instituído estão tão naturalizadas na formação médica e na saúde coletiva que suas expressões se capilarizam inclusive por dentro de movimentos potencialmente instituintes, como o próprio PMM. Como exemplo disso, tem-se a primeira e mais abrangente força observada neste

estudo: o modelo biomédico. Organizador de verdades e práticas no campo da formação médica, o modelo biomédico aparece no campo pesquisado de modo difuso, mas intenso, gerando efeitos de rebatimento em outras forças. Base conceitual da medicina científica moderna, constituiu-se à sombra do paradigma cartesiano, organizando-se em torno de premissas como a unicausalidade, o biologicismo, a fragmentação, o mecanicismo, o nosocentrismo, a recuperação e reabilitação, o tecnicismo e a especialização. As críticas às intervenções biomédicas focalizam sua limitação em captar as necessidades de saúde das populações, pois não consideram variáveis não biológicas que singularizam o processo saúde-doença-atenção^{15,16}.

Muitas orientações do PMM buscavam inserir elementos para a superação das limitações do modelo vigente de formação. Como exemplo, a proposta de reverter a centralidade do hospital como cenário de práticas, dando destaque a outros serviços da rede, sobretudo os da Atenção Primária à Saúde (APS). Para os participantes do estudo, essa reversão ainda não é aposta unânime entre os envolvidos na construção dos cursos analisados, justamente pelo modo como o modelo biomédico plasma, na sociedade, a compreensão do que seja a medicina e de como deve ocorrer a formação médica, constituindo um regime de verdades acerca da profissão.

Os paradigmas e modelos de formação médica são resultantes de conhecimentos e experiências historicamente produzidos, condensadores de interesses, forças e disputas. Determinados saberes fundamentam as relações de poder, sem que seja possível dissociá-los. O binômio saber-poder se engendra de modo a produzir verdades – modos de subjetivação que vão conformando as diferentes realidades e produzindo modulações nos diferentes sujeitos. A naturalização dessas verdades historicamente produzidas as torna inquestionáveis, e as forças que as constituem ficam ocultas. Tal processo permite que o instituído se estabilize, tido como aquilo que é

necessário, certo e, portanto, não necessite ser questionado. A realidade se produz, então, sempre sob determinada ordem axiológica, valorativa, que é expressão parcial das moralidades de uma época. O poder se constitui, assim, a partir da produção ‘social’ de verdades, de alguns para todos, e legitima um determinado modo de viver, deslegitimando outros. Reduzem-se as diferenças à unidade, homogeneizando as subjetividades a fim de manter estável um determinado modo de se organizar as relações de poder^{14,17}.

Não se trata aqui de demonizar o modelo biomédico, mas de reposicionar 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 predominantemente atravessado por ele. A aposta do PMM apenas em médicos para o fortalecimento da APS seria, segundo alguns participantes do estudo, uma expressão da primazia da lógica biomédica, haja vista os déficits de profissionais de outras áreas nesse segmento da atenção à saúde.

[...] Era um debate antigo, dentro da 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 os atributos da APS, pois, na organização dos novos cursos, a resolubilidade clínica tem primazia sobre a integralidade, a longitudinalidade e a orientação comunitária, entre outros, o que geraria obstáculos para a transição de um modelo de atenção seletiva para o modelo de atenção ampliada. Como consequência, perpetua-se a desvalorização que a categoria médica faz dessa orientação, inclusive nos novos cursos, pois desviaria os futuros médicos do destino

de especialistas. Assim, o posicionamento da corporação médica em defesa do modelo biomédico é um dos modos pelos quais seus membros buscam manter as relações de poder que perpassam a profissão.

[...] o maior empecilho para o funcionamento do curso em si é a quebra de paradigma com os médicos [...] 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 apresentada como grupo que defende o discurso biomédico por ser esse um regime de verdades definidor da ‘identidade’ da profissão, com formação, atuação e capacidade técnica específicas. Forjar uma identidade diferenciada é um dos fatores que acentuam o status da categoria em relação às demais profissões da saúde.

Quando o PMM propôs deslocar o principal cenário de práticas do hospital para a unidade de saúde e colocar mais profissionais no mercado, mexendo com a média salarial, atacou essa identidade profissional:

A gente é elitista. Não só o médico, como também a própria escola médica, porque a escola médica, no Brasil, foi fundada para servir à corte [...] a gente também está trabalhando com forças que atuam no Brasil há séculos. [...] E o programa Mais Médicos foi nessa navalha. (Do-004).

Tesser e Luz¹⁸ indicam que o reposicionamento da biomedicina precisa acontecer no ambiente de sua prática clínica, redirecionando a formação médica para cenários que priorizem a rede básica. Neles, haveria potência para transformar a medicina, desde que uma necessária inversão ocorresse: em vez de os doentes orbitarem as doenças biomédicas e seus aparatos, colocar a biomedicina a serviço desses indivíduos, com as equipes multiprofissionais de referência produzindo um cuidado

personalizado aos usuários e comunidades. Entretanto, apesar da intenção dos novos cursos de fortalecer o trabalho multiprofissional, o status social do profissional médico segue sendo reforçado cotidianamente, como relata o docente 003:

Por não ser médico, às vezes, eu sofro uma certa resistência... até por parte de alguns colegas (docentes), dos próprios médicos e até dos alunos. [...], mas, enfim, faz parte.

As iniciativas dos novos cursos de relativizar a biomedicina e mesmo de contrapô-la a outras racionalidades médicas têm tido êxitos relativos. Na opinião dos participantes do estudo, isso se deve à carência de docentes com formação compatível e à falta de alternativas ao modelo predominante. O modelo biomédico se legitimaria por meio de sua força explicativa dos vários fenômenos do processo-saúde-doença-atenção, o que anuncia algo como uma crise epistemológica na saúde coletiva. As tentativas de elaboração 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 Zika [...] quer dizer, nossa maior falta para criticá-lo (o 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).

As mudanças propostas pelo PMM foram incorporadas com cautela no que tange à inclusão de outras racionalidades e disciplinas, como aponta o docente 002: “[...] a gente já teve oficina de *mindfulness*, de parto humanizado..., mas ainda são inserções não obrigatórias, ainda é do componente optativo”.

Embora cada vez mais a complexidade seja aceita como algo inerente aos fenômenos

ligados à saúde, a base conceitual da medicina ainda é relativamente pouco problematizada. Não há consenso acerca da necessidade de superar a análise reducionista proposta pela abordagem biomédica. Exemplo disso é a pouca atenção que outros modelos conceituais recebem na formação médica. E mexer com isso é mexer com a própria instituição médica:

[...] nós não estamos enfrentando os estudantes nem os médicos da cidade. Nós estamos enfrentando a Medicina [...] quanto mais robusta, coerente e decidida no seu enfrentamento é a opção, maior é a reação da Medicina contra ela. [...] Ela (a Medicina) invade tudo. Toma todos os passos, todas as forças [...] isso é muito forte nos alunos, né? [...] Nós tivemos vários embates, enfrentamentos de concepções e tal. E eu não sei se a gente consegue responder a isso. (Do-002).

Para que se compreenda a relação entre o biológico e o social, e entre o individual e o coletivo, é fundamental reconhecer a determinação social do processo saúde-doença. Porém, sua dimensão social só se apresenta com clareza na análise da coletividade. O olhar da medicina clínica e da epidemiologia fragmenta a análise da coletividade¹⁹. Sendo a saúde fenômeno com forte dimensão humana e social, não é totalmente explicada apenas por seu aspecto biológico e natural. Essa é apenas uma das dimensões a serem consideradas, e sua lógica não se aplica à compreensão das demais dimensões. 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 dos pontos de vista histórico, político, ético e cultural^{20,21}.

Outra força identificada na análise dos cursos se relaciona aos modos totalizantes de compreender a realidade, que circulam na sociedade e que têm interferido nos rumos

do processo ensino-aprendizagem, indicando que a crise política que assola o País nos últimos anos reverbera na formação médica. As raízes disso podem estar no modo como a formação foi conduzida no Brasil. Segundo Gomes e Rego¹, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, colocou a tarefa da formação humanística para a escolarização prévia à educação universitária, mas tal objetivo não se efetivou, deixando essa lacuna para a formação universitária e para a formação dos trabalhadores já inseridos nos serviços. Porém, uma das consequências da revolução vivida pela universidade durante o iluminismo teria sido a mudança orgânica de sua função de educação plena para uma educação de cunho técnico-científico, com finalidade instrutiva. Isso fez com que a formação que reitera o lugar do pensamento e da análise moral de si e da realidade ficasse apartada do objetivo educacional e da missão universitária²².

Tal lacuna produz olhares reificantes para os processos sociais e pouca receptividade a qualquer reflexão que singularize a realidade e problematize a banalização da vida, como expressa o Do-002:

Esses dias um aluno se 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.

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 sujeitos²³.

O mercado de trabalho aparece nas narrativas como força que contribui para a manutenção do status e do poder de barganha salarial da categoria médica. 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^{14,24}. O quantitativo de profissionais disponíveis no mercado de trabalho é, historicamente, uma das forças que possibilitam manter a relação de poder que a corporação médica estabelece com as demais profissões e instituições da saúde e junto à sociedade. Os honorários e o status social da profissão alimentaram as reações mais viscerais da corporação médica ao PMM, e não foi diferente entre os estudantes. O que se vislumbrou foi o receio de que os novos cursos criados a partir do PMM inundassem o mercado com médicos, gerando dificuldades para o primeiro emprego.

[...] 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 de trabalho também impactaria a formação médica pelo valor da remuneração paga aos docentes. Nas instituições públicas, essa remuneração fica abaixo da média salarial advinda da atividade clínica, gerando nos docentes a necessidade de sobreposição de funções. A carreira de professor universitário seria, assim, um vínculo menos relevante para o profissional médico, atrativo apenas pelo prestígio que possa agregar junto à atividade profissional na clínica privada. Nas narrativas, essa combinação seria responsável por aqueles docentes que, apesar de desejarem estar no quadro de professores, apresentam baixo comprometimento com o curso:

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).

As forças instituintes: intercessão como afirmação da diferença

Segundo Deleuze²⁵, os intercessores são tudo aquilo que coloca o pensamento em outra rota, instigando-o a inventar. Eles afetam o pensamento, conectando-o a ideias que possibilitam a criação de outros modos de pensar e permitem a invenção de novas realidades. As forças instituintes que atuam nos cursos pesquisados são possíveis intercessores para a formação médica. Nesse sentido, o próprio SUS é compreendido como força intercessora, ao propor um modelo de atenção que se contrapõe a alguns dos pressupostos do modelo biomédico. Um exemplo dessa interferência são as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que reconfiguram os tradicionais papéis de enfermeiros, médicos e mães no parto/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 observado foi a interlocução estabelecida entre os cursos e os serviços de saúde do SUS, no processo delineador da formação. Em um dos cursos, o perfil dos docentes foi definido juntamente com os gestores da rede pública, articulando a formação às necessidades de saúde do território. Essa integração contribuiu para desestabilizar o raciocínio disciplinar da medicina na gestão dos cursos, substituindo-o pelo conhecimento que nasce da análise da realidade concreta.

Há uma grande inovação em termos de gestão universitária, em romper com a definição de perfis de professores por grupos disciplinares [...] 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).

A integração entre ensino, serviço e comunidade é essencial para compreendermos a saúde desde uma perspectiva ético-política, como direito da pessoa e interesse da comunidade, e tal compreensão é a base, segundo Berlinguer^{7,8}, para a formação de uma consciência sanitária. O médico pode conciliar as transformações sociais com a sua atuação sanitária, e, assim, influenciar na gestão da saúde. Mas, segundo o autor, isso só ocorrerá se compreender a relação entre medicina e sociedade, sob o risco de que sua atividade perca a função social almejada. O que se coloca como questão são 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 ordens²⁶.

Quando Guattari²⁷ propôs o paradigma ético-estético-político, intencionava contrapor-lo ao paradigma científico a partir de práticas que produzissem novos modos de subjetivação. O paradigma ético-estético-político, aplicado à formação, dá ênfase à experimentação e ao questionamento da realidade. Abordar a dimensão ética implica a construção de uma escuta-experiência que oportunize o contato e a abertura a outros modos de ser e viver. A dimensão estética aborda a vida como obra aberta, alicerçada no fluxo criativo e no pensamento que interroga a realidade e se propõe a transformá-la. A dimensão política focaliza a capacidade de fazer valerem nossas escolhas e opiniões, e de interferir na realidade e nos modos de organizar o mundo²⁸.

Outra força instituinte que emergiu da análise dos dados foi a da interferência da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no modo como essa se integra às estratégias político-pedagógicas de articulação da graduação à pós-graduação. O aumento do espaço conferido a essa especialidade, seja na pós-graduação ou pelo aumento dos médicos de família na docência, ou, ainda, na gestão dos cursos, foi visto como gerador de reatividade juto à corporação médica:

[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 integração da MFC à graduação é à pós-graduação pode vir a se tornar uma estratégia potente para se destacar a dimensão generalista da prática clínica, mesmo na atuação especializada, fortalecendo uma abordagem mais integral do cuidado. Porém, a despeito da orientação de continuidade da formação médica, por meio da pós-graduação e da educação permanente, evitando que a graduação funcione como etapa autolimitada, esse ainda é um desafio para a graduação²⁹. 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 especialidades clínicas.

Outra força desestabilizadora dos instituídos na formação médica é a da atuação de grupos oriundos dos movimentos pela mudança dessa formação. Esses grupos, em geral, têm em comum a passagem pelo movimento estudantil ainda na graduação, quando iniciam o interesse e o engajamento junto ao movimento. Esses atores, trazendo para os cursos um discurso afinado com a proposta

da medicina social e da MFC, construíram um arcabouço teórico-metodológico comum, que oportunizou um projeto político realmente coletivo. Docentes e discentes envolvidos nesse movimento atribuem a ele a sustentação das propostas mais inovadoras e contra-hegemônicas dos cursos.

A experiência de atuar em um movimento pela mudança da formação teria sido fundamental para a proposição das estratégias de enfrentamento ao conservadorismo, bem como teria oportunizado a criação de uma rede de parceiros, com visão de mundo e projeto de sociedade previamente afinados. Por último, teria propiciado acúmulos com relação à reflexão do que seria, hoje, uma boa formação médica e de qual medicina precisamos no País.

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).

Os relatos dos docentes sobre sua participação no movimento estudantil para a mudança da formação médica revelam pontos-chave para entender o papel desses atores nos cursos. Tais pontos seriam: o exercício de participação política em coletivos, o estudo teórico sobre a formação médica e sobre as bases da medicina, a discussão crítica sobre como a medicina pode responder às reais necessidades de saúde do País e a análise da relação entre medicina, mercado e saúde. As vivências no movimento pelas mudanças na formação forjaram nesses sujeitos uma disposição e conhecimentos que mais adiante se revelariam cruciais para a proposição de cursos com novos modos de formar.

Considerações finais

As narrativas evidenciaram forças conservadoras que atravessam e modulam a

formação médica. Entre elas, destaca-se o modelo biomédico, que segue reproduzindo um regime de verdades, orientador do modo predominante de pensar o processo saúde-doença-atenção, não apenas na prática profissional, mas ao longo de todo o tecido social. O rompimento com tal modo de conceber e realizar a prática médica – e, por extensão, as práticas em saúde – mostrou ser um grande desafio para as instituições de educação. Observou-se, também, que a crise política em curso no País tem contribuído para o enrijecimento dos modos de pensar e das possibilidades de diálogo e mediação, desfavorecendo iniciativas que buscam promover uma educação integral, baseada em fundamentos humanísticos, sociais e científicos. Em resumo, pode-se afirmar que a formação médica não se apresenta para análise isoladamente: ela expressa os efeitos de um processo mais amplo e vem sendo atravessada pelas forças que usualmente impactam o processo civilizatório.

Entre os movimentos instituintes observados no campo de pesquisa, destacaram-se os agenciamentos realizados entre docentes e a rede de saúde, bem como as experiências pregressas desses docentes junto ao movimento pela mudança na formação médica. Um dos fatores que contribuíram para um projeto de curso coeso foi o número significativo de docentes que compartilhavam das mesmas premissas na construção do documento. Com a ampliação do corpo docente, foi fundamental promover estratégias de fortalecimento do diálogo, para garantir uma base comum de direcionamento para o trabalho.

O SUS, inserido nesse cenário, vem lutando pela construção de uma política de formação articulada às reais necessidades do Sistema e de seus usuários. Há uma tendência de os esforços para a mudança da formação médica se configurarem como exercício circular: acabam por retornar sempre à importância do método, à escolha dos conteúdos, à ampliação do cenário de práticas e à qualificação técnico-metodológica da

prática docente. Embora não se possa dispensar nenhuma dessas estratégias, elas ainda são insuficientes para que a formação produza o necessário deslocamento nos docentes e discentes que passarão pelos cursos. O exercício do pensamento crítico-reflexivo, capaz de produzir subjetividades que questionem a instituição medicina, é fomentado nas experiências coletivas e constitui o que denominamos desafio ético-estético-político para as políticas educativas em saúde: uma política que considere o desafio ético de ofertar uma atenção à saúde que seja 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.

Observou-se que a proposta do PMM gerou efeitos de desestabilização nos novos cursos, no sentido de convocar a um modo diferente de conceber e desenvolver a formação médica, assim como de dar destaque às necessidades de saúde às quais precisa responder. Isoladamente, nenhuma diretriz oficial garante mudanças efetivas na formação médica, pois sempre há modos de acomodar novas orientações aos tradicionais modos de fazer. Porém, o que se notou no campo pesquisado é que as propostas alavancadas pelo PMM abriram possibilidade para que sujeitos e grupos já engajados no movimento pela mudança da formação pudessem juntar às diretrizes oficiais outros elementos estratégicos para essa transformação. Aos novos cenários de práticas, arranjos curriculares e metodologias ativas, foram forjadas iniciativas de ampliação do pensamento crítico, entendendo a medicina como produção sócio-histórica. A compreensão derivada daí é de que o processo saúde-doença se constitui como fenômeno complexo, tecido na intersecção do biológico, dos modos de funcionar da sociedade e seus modos de subjetivação, que

atravessam a tudo e a todos. Isso remete a um dos primeiros relatos colhidos no campo de pesquisa, que deu 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.

Entende-se a necessidade de estender esta conclusão não só à medicina, mas a todas as demais ciências da saúde que, exatamente por tocarem nas várias dimensões da vida humana, precisam mergulhar em toda a sua multiplicidade.

Colaboradoras

Matias MC (0000-0002-3707-3946)* contribuiu para o delineamento do projeto, coleta e análise de dados para o trabalho, redação do texto e aprovação final para a versão a ser publicada. Verdi M (0000-0001-7090-9541)* contribuiu para o delineamento do projeto, revisão do texto e aprovação final para versão a ser publicada. Finkler M (0000-0001-5764-9183)* contribuiu para a orientação do projeto de pesquisa, discussão dos resultados, revisão crítica do texto e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

- Gomes AP, Rego S. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2014 [acesso em 2023 abr 18]; 38(3):299-307. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000300003>.
- 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: Ministério da Saúde; 2015.
- Barembliitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari; 2002.
- Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Rev. Estudos e Pesq. Psicol.* 2010 [acesso em 2023 abr 18]; 10(1):85-102. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2010.9019>.
- Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1975.
- Heckert ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2007. v. 1, p. 199-212.
- Berlinguer G. Medicina e política. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 1987.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Berlinguer G. *Questões de vida*. São Paulo: APCE; 1993.
9. Berlinguer G. *Ética da saúde*. São Paulo: Hucitec; 1996.
10. Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. Brasília, DF: Editora da UnB; 2004.
11. Rego S. Cidadania e profissionalismo. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2013 [acesso em 2023 abr 18]; 37(3):309-310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000300001>.
12. Barros LMR, Barros de Barros ME. Pista de análise: o problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do método cartográfico: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2015. v. 2, p. 175-202.
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
14. Foucault M. 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. Capra F. O modelo biomédico. In: Capra F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix; 1982.
16. Cutolo LRA. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *ACM Arq. Catarin. Med.* 2006; 35(4):16-24.
17. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 1983.
18. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 [acesso em 2023 abr 18]; 13(1):195-206. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>.
19. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. *Rev. Latino Am. Salud.* 1982; (2):7-25.
20. Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
21. Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde debate*. 2009 [acesso em 2022 maio 20]; 33(83):380-387. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406345800005>.
22. Finkler M. Formação profissional e/ou educação universitária: de onde viemos, para onde vamos?. *Interface*. 2017 [acesso em 2023 abr 18]; 21(61):465-468. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0753>.
23. Matias MCS, Verdi MIM, Finkler M. A dimensão ético-política da humanização e a formação de apoiadores institucionais. *Trab. Educ. Saúde*. 2016 [acesso em 2023 abr 18]; 14(1):55-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00095>.
24. Revel J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz; 2005.
25. Deleuze G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
26. Verdi M, Caponi S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.* 2005 [acesso em 2023 abr 18]; 14(1):82-88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000100011>.
27. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34; 1992.
28. Rolnik S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cad. Subjetividade*. 1993; 1(2):241-245.
29. Chaves M, Rosa AR, organizadores. *Educação médica nas américas*. São Paulo: Cortez; 1990.

Recebido em 18/07/2022

Aprovado em 28/02/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve