

Avaliação Cinaem do ensino médico: *medicalização* ou inovação

*Alcindo Antonio Ferla **

Resumo: O Programa CINAEM foi desenvolvido através de um Estudo Ecológico das Escolas Médicas Brasileiras, um Estudo Transversal dos docentes, um Estudo de Coorte dos formandos e um Estudo qualitativo do Modelo Pedagógico. A análise dessas fases, bem como das oficinas realizadas com atores da quase totalidade das escolas médicas brasileiras, aponta uma tendência inovadora na metodologia utilizada para essa avaliação, e no protagonismo dos atores envolvidos com a formação e o trabalho médicos.

Palavras-chave: Avaliação Institucional; Ensino Médico; Ensino Superior; Inovação; Universidade.

Abstract: The CINAEM Program developed from an ecological study of the Brazilian Medical Schools, a cross section study of Faculty, a study of graduands and a qualitative study of the Pedagogical Model. The analysis of these phases, as well as the workshops that were held with participants from almost all Brazilian Medical Schools, shows an innovative trend in the methodology used for this evaluation and in the performance of the agents involved in medical education and activities.

Key words: Institutional Evaluation; Medical Education; Higher Education; Innovation; University.

1 - Introdução:

Uma importante discussão no cenário brasileiro da “questão saúde” é a que se refere aos chamados “recursos humanos”. Desde o início da década de 90, com o novo arranjo institucional proposto legalmente para o sistema nacional de saúde e com as problematizações que o processo de Reforma Sanitária Brasileira tem associado a essa questão, a formação dos profissionais da saúde recorta a discussão com particular intensidade. Nesse contexto, assumem relevância as avaliações sobre a formação profissional, bem como a proposição de novos modelos, como estratégias para dar corpo à necessidade de um novo perfil profissional.

Seja por um franco predomínio numérico ou seja pela hegemonia operacional, estudos sobre esse tema fundamentam-se, por regra, no ensino médico. Como já foi demonstrado (Schraiber, 1989), há um pressuposto de cunho ideológico que ajuda a esclarecer essa transposição. Esse pressuposto, de origem histórica, marcou a associação entre as práticas em saúde e a medicina, tanto que entre nós, muitas vezes a segunda é utilizada para simbolizar a primeira. Tal evidência responde à imagem idealizada do trabalho médico: uma produção de ações isolada, individual e independente, prática que se convencionou chamar de “medicina liberal”.

Essas transposições, ancoradas na concepção moderna de progresso como produção e absorção de tecnologias cada vez mais requintadas, fazem com que o problema da formação, e antes ainda, das práticas em saúde, tornem-se um problema de déficit de conhecimentos e habilidades, cuja solução proposta é a

* Médico Assessor do Conselho Nacional de Saúde.

cada vez maior fragmentação e diversificação das disciplinas oferecidas no currículo, o que permitiria a experimentação de novas ações e equipamentos. Ou seja, dito de outra forma, haveria um déficit de *qualidade* na ação em saúde, relativo ao âmbito da formação - daí que sua identificação é, via de regra, proposta por avaliações cognitivas dos alunos ou as comparações de desempenho segundo a aprovação em exames de residência médica ou em concursos internacionais - e sua estratégia de atuação é a otimização do processo de formação e o controle de qualidade dos procedimentos médicos - eficácia, pertinência, custo-benefício.

Essa chamada "atualização curricular", responsável pela explosão de remanejamentos de disciplinas e cargas horárias que se tem visto nos últimos anos, entretanto, não tem respondido à chamada "crise de eficácia da clínica", definida, cada vez mais, como um "descompasso" entre a incorporação de um volume crescente de tecnologias e conhecimentos, as demandas sociais e o médico recém-formado. Nessa definição, diferentemente da anterior, transparece uma concepção de qualidade de cunho *ecológico*, articulando um conjunto de relações entre as escolas médicas e seu contexto sócioeconômico, recolocando a questão da *qualidade* como "*resultado do processo de formação, em suas múltiplas relações com o contexto sanitário e social*", orientando sua reestruturação a partir da perspectiva dos usuários dos serviços de saúde (Gallo, 1996).

Em estudo sobre a "pedagogia universitária" na área da medicina, Leite (1997) identificou um componente ideológico influenciando também o fazer didático, os discursos e as práticas pedagógicas. Esse componente, segundo a autora, manifesta-se no "arbitrio que está presente na estrutura de poder da profissão a que corresponde o curso, no interior da estrutura social". No caso da medicina, essa inflexão atualiza-se através de algumas características: a qualidade pedagógica está voltada para a reprodução do conhecimento e tem maiores resistências a inovações; a aprendizagem é feita pela memorização; dissocia-se teoria e prática; o ensino é valorizado enquanto reconhecimento do saber do professor, cuja imagem depende do seu êxito como profissional liberal, pelo que é estimulada a relação de dependência e admiração do aluno. Segundo Leite (1997), "os problemas da prática pedagógica não estão circunscritos a ela e sim ao correspondente campo epistemológico em que se insere a profissão e que este, por sua vez, está diretamente definido e controlado pelo modo de produção que está presente na divisão social do trabalho posta na sociedade".

É nesse campo epistemológico, imbricado visceralmente com tecnologias, valores e saberes do campo societal, que precisam ser buscadas ferramentas para identificar *inovação* ou *medicalização* nas propostas de avaliação e formação médicas. Das diversas possibilidades de ancorar essa análise, opta-se por fazê-lo a partir da crítica ao paradigma moderno, desde Boaventura Santos, uma vez que nesse referencial organizam-se adequadamente tanto as críticas ao modelo desenhado para a formação profissional e a atenção *científica* à saúde, quanto ao caráter dos tensionamentos que se apresentam hoje entre os diversos projetos que coadjuvam no cenário brasileiro e dos quais o projeto da CINAEM representa uma das partes.

2 - Saúde e ensino: tensionamentos entre a inovação e a *medicalização*

Boaventura Santos (1997) auxilia no desenho de uma reflexão geral que permite assentar a articulação entre a saúde e a educação no contexto atual. Para esse autor, "estamos entrando numa fase de crise paradigmática e, portanto, de transição entre paradigmas epistemológicos, sociais, políticos e culturais" (p. 322) que assim caracteriza a atualidade. Se é verdade que é difícil pensar no paradigma emergente a partir das "vibrações" ou "fragmentos pré-paradigmáticos" que, por enquanto, somente configuram um "paradigma virtual", a maior dificuldade é de parâmetros para esse exercício, pois "sequer é seguro que à modernidade se seguirá outro paradigma com a mesma coerência global e pretensão totalizadora que ela teve" (p. 327). Talvez, conforme o autor, a emergência seja uma diversidade de paradigmas que se combinem em permanente conflito, como atualmente, em conjunto, conflituam com a modernidade hegemônica, embora em decadência.

Por outro lado, é preciso reconhecer o conflito paradigmático precisamente porque só assim se poderá "reconstituir o nível de complexidade a partir do qual é possível pensar e operacionalizar alternativas de desenvolvimento societal" (p. 346). Há inovação, a partir da contribuição do autor, quanto há ruptura e transição a partir do paradigma moderno, quando se reconfiguram os saberes e poderes assentes na modernidade ou ainda quando vibrações e fragmentos pré-paradigmáticos indicam esses processos.

A modernidade, segundo Boaventura Santos, tem sua matriz na promessa de um equilíbrio harmonioso

e dinâmico entre regulação e emancipação. A regulação é caracterizada pela articulação do princípio do Estado (Hobbes), pelo princípio do mercado (Locke) e pelo princípio da comunidade (Rousseau). Já a emancipação é constituída pela articulação de três dimensões da racionalização moderna e secularização da vida coletiva: a racionalidade moral-prática, da ética e do direito; a racionalidade cognitivo-experimental, da ciência e da técnica; e a racionalidade estético-expressiva, das artes e da literatura.

Segundo o autor (Santos, 1997), “à medida em que a trajetória da modernidade se identificou com a trajetória do capitalismo, o pilar da regulação veio a fortalecer-se à custa do pilar da emancipação” (p. 236), num processo oscilante e contraditório que provocou também rearranjos no equilíbrio dos princípios internos de ambos. No pilar da regulação, houve uma hipertrofia do princípio do mercado em detrimento do princípio do Estado e de ambos em detrimento do princípio da comunidade, esvaziado com a separação em sociedade civil e indivíduo. Já no pilar da emancipação, “a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência e da técnica desenvolveu-se em detrimento das demais racionalidades e acabou por colonizá-las” (p. 236), fenômeno que se traduziu pela progressiva hegemonia das epistemologias positivistas.

Concomitantemente à hegemonia da regulação, e por consequência dela, quatro axiomas fundamentais foram se compondo e, segundo Boaventura Santos, estão na base dos problemas que definem a crise da modernidade. O primeiro deles “deriva da hegemonia que a racionalidade científica assumiu e consiste na transformação dos problemas éticos e políticos em problemas técnicos” e jurídicos (p. 321). O segundo axioma, que promove o individualismo possessivo, é o da “legitimidade da propriedade privada independente da legitimidade do uso da propriedade”; esse axioma foi articulado com a cultura consumista e, assim, tende a desviar energias sociais da interação entre as pessoas para a interação com os objetos. “O terceiro axioma é o axioma da soberania dos Estados e da obrigação política vertical dos cidadãos perante o Estado (...). O quarto e último axioma é a crença no progresso, entendido como um desenvolvimento infinito, alimentado pelo crescimento econômico, pela ampliação das relações e pelo desenvolvimento tecnológico” (p. 321).

Ainda como subsídio para contextualizar as reflexões sobre a educação e a saúde, particularmente no caso da avaliação institucional do ensino médico, há mais um auxílio em Boaventura Santos. Para esse autor, é visualizável o conflito paradigmático na área

de *conhecimento e subjetividade*. Nessa área, desde a formação do paradigma moderno, a ciência, marcada pela racionalidade cognitivo-instrumental, produziu a única forma de conhecimento válido, que é demonstrável, cumulativo, atemporal e excludente. Essa racionalidade engendrou uma subjetividade individual, privatizada, segundo o modelo arquetípico do *homo economicus*. No paradigma emergente estariam presentes tantas formas de conhecimento quantas as práticas sociais consigam gerar e sustentar. O conhecimento é argumentativo, temporal, permeável a outros conhecimentos, articulável e complexo. Resultado do alargamento da racionalidade cognitivo-instrumental para uma razoabilidade onde cabem também as racionalidades moral-prática e estético-expressiva, esse conhecimento engendra uma subjetividade com características similares e compatíveis.

A aproximação dessa análise de conflitos paradigmáticos com a saúde pode ser feita por duas vias: pelo desenvolvimento enquanto ciência, onde facilmente se identifica a relação com a regulação social, e os tensionamentos produzidos na internalidade do sistema público de saúde, onde parece estar sendo gestado o fortalecimento das possibilidades de emancipação social.

Esse viés cognitivo-instrumental da ciência moderna atualizou-se no cuidado à saúde no que tem sido chamado de *medicalização*: a submissão das diversas práticas e saberes em saúde à racionalidade médica e o privilegiamento do eminentemente biológico na organização do conhecimento e das ações em saúde. Esse aspecto é analisado por diversos autores que traçaram o percurso das práticas em saúde realizadas pelas pessoas “comuns” até a franca hegemonia médica dos dias atuais (vale destacar que um bom “sintoma” desse fenômeno é o fato de, via de regra, essas práticas “populares” serem identificadas como práticas “da medicina” popular).

Luc Boltanski (1989) fez esse percurso estudando atos e representações sobre a saúde das classes populares urbanas e rurais na França nos anos de 1967 e 1968. Para esse autor, “*a história da medicina, pelo menos há um século, é a história de uma luta contra os preconceitos médicos do público e, mais especialmente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual*”.

A “hospitalização” da doença, esse marco na história da medicalização das práticas em saúde, foi identificado por Foucault (1992), no Século XVIII, com a aproximação da medicina - até então um campo de

observação da natureza (inclusive das práticas populares) e estudo das “crises” (que, na compreensão de então, significavam o momento em que se confrontavam a natureza sadia e o mal que atacava o indivíduo) - e o hospital (uma instituição religiosa de assistência, separação e exclusão dos pobres moribundos, ou então, como era o caso dos hospitais marítimos e militares, de vigilância das epidemias e uma espécie de “oficina” para “reparar” os soldados).

Segundo descreve Foucault (1992), até o século XVIII, os personagens típicos do hospital civil eram, de um lado, o moribundo, os loucos, os devassos e as prostitutas, que precisavam ser assistidos espiritual e materialmente, e de outro, religiosos ou leigos caritativos que estavam lá para assegurar sua própria “salvação eterna” através do trabalho filantrópico. Nos hospitais alfandegários e militares, os primeiros como espaços onde os viajantes com suspeita de doenças epidêmicas permaneciam em quarentena - mas também um subterfúgio para os traficantes de mercadorias e objetos preciosos das colônias, que simulavam sintomas de doenças e, ao invés da fiscalização alfandegária, eram transportados aos hospitais; portanto como lugares onde passou a existir a necessidade de uma “vigilância” econômica - e os hospitais militares, que passaram a ser um investimento necessário aos governos, haja visto que, com o surgimento de novas tecnologias bélicas - principalmente o fuzil, no final do século XVII -, era preciso um grande investimento na formação de soldados, que não podiam ser “perdidos” com doenças ou deserção (muitos soldados simulavam doenças para manterem-se distantes dos campos de batalha). Havia, portanto, a necessidade de instituir-se um novo disciplinamento no espaço hospitalar, que se acoplou à necessidade da prática médica de uma observação mais sistemática para a consolidação de sua lógica argumentativa.

Nesse marco parece emergir uma articulação explícita da medicina com a instauração e a manutenção dos valores hegemônicos mais gerais da sociedade moderna, expressa por uma disciplinarização da diversidade, estigmatizada como desordem.

Uma síntese até aqui mostra que a medicina, tal qual a ciência moderna, toma a centralidade do seu conhecimento no natural-biológico, submetendo as dimensões do corpo e da vida, expropriadas das pessoas, ao seu monopólio, através de uma lógica autoritária (seu outro é “paciente”...) e disciplinarizadora (as prescrições associam procedimentos técnicos a normas e condutas ordenadoras, que têm como padrão a normalidade socialmente instituída), que se legitima no contexto social em que está inserida e está legitimada por ele.

No estudo anteriormente referido, Leite (1997) descreve como são articuladas essas e outras lógicas da profissão liberal no interior do curso médico: a lógica do profissionalismo - conferida pela busca do título universitário -, a lógica da produtividade - formação com o menor custo e no menor tempo -, com a lógica do mercado - necessidade dos equipamentos e das tecnologias mais recentes, mais sofisticados e “do primeiro mundo” -, a lógica do individualismo - apropriação individual e solitária do conhecimento -, a lógica da competitividade - estar à frente dos demais, junto aos mestres de maior prestígio -, a lógica da especialização, com a fragmentação do conhecimento e a verticalização dos currículos. A busca do conhecimento em outros espaços de aprendizagem - plantões, por exemplo - onde o contato com o doente é fracionado, os recursos são escassos e a supervisão inexistente, faz com que a competência técnica seja desafiada e, como consequência, institucionaliza-se a improvisação e o descaso com as queixas do doente. A ordenação de todas essas lógicas dos currículos formais e ocultos, como se vê, é feita sobre o corpo doente.

Para Leite (1997), as consequências da reordenação capitalista sobre a profissão médica no contexto da sociedade globalizada - perda do controle sobre o objeto e o processo de trabalho (assalariamento) no serviço público ou nas megacorporações, o avanço da tecnologia diagnóstica e terapêutica (rápido descarte do conhecimento) e o crescente acesso de novos profissionais ao mercado de trabalho - tornam muito oportuno pensar em rupturas com essas lógicas que dominam a organização curricular, a prática profissional e que articulam ambas. Que se está diante de um tensionamento com a lógica liberal da profissão médica não resta dúvida. É preciso refletir um pouco mais, e analisar concretamente os movimentos dessa transposição para o trabalho assalariado, que está sendo absorvido particularmente nos serviços públicos de saúde, onde algumas tensões fazem pensar que se trata de uma “zona de fronteira”, um híbrido da lógica moderna associada ao trabalho em saúde e uma emergência, talvez um fragmento pré-paradigmático, que demanda mais aprofundados estudos.

A lógica do serviço público de saúde, objetivo de reflexão posterior, e a avaliação do ensino médico que está sendo realizada pela CINAEM, parecem configurar, nesse desenho proposto por Boaventura Santos, propostas inovadoras. É o estudo preliminar da avaliação que se segue.

3 - Avaliação Institucional, transição paradigmática e a proposta da CINAEM

Tematizar a avaliação institucional em busca de inovação nesse contexto de transição é uma tarefa perigosa. Por um lado, a multiplicidade de modos de realizá-la esconde os mais diversos objetivos e valores (Requena, 1995). Por outro lado, há risco de equívocos que afirmam a lógica instituída, os quais podem ser ilustrados com uma metáfora utilizada por Santos (1997) quando analisa a promessa emancipadora da modernidade. Segundo este autor, os pilares da regulação e da emancipação, nos quais se assenta a modernidade, estão ligados por cálculos de correspondência, os quais que vêm garantindo, não a primazia da emancipação, mas da “equilíbrio contínua” de ambos na “mega-armadilha” que a própria modernidade preparou: “*a transformação incessante das energias emancipatórias em energias regulatórias*” (p. 93).

Esse metáfora desmistifica a idéia de uma avaliação aprioristicamente inovadora. Como explica o mesmo autor, a própria “*idéia da universidade moderna faz parte integrante do paradigma da modernidade*” (p. 223), como também as imagens e os conceitos que são normalmente utilizados para pensá-la. Assim, não basta identificar a crise pela qual, todos sabemos, a universidade passa, visto que essa crise é o afloramento da crise do paradigma moderno. É preciso identificar se a avaliação favorece “*o repensar a universidade na direção de uma busca da qualidade em consonância com seus compromissos com a sociedade*” (Morosini e Leite, 1997); se permite repensá-la com base numa atuação ativa, autônoma e estrategicamente orientada para o médio e longo prazo, assumindo plenamente a condição epistemológica da “*ciência futurante*” e, por consequência, da transformação social e da emancipação (Santos, 1997). Há que se ter cuidado, entretanto, com o que esse autor chama da “*vocação maximalista*” dos pilares sobre os quais se assenta o princípio da regulação: do Estado, do mercado e da comunidade. Particularmente no que diz respeito ao Estado, sensível e solícito às pressões do mercado no contexto de uma sociedade civil esvaziada, cujas estratégias de ação nos períodos de tensionamento com a Universidade já foram bem identificadas e descritas.

3.1 - O projeto da CINAEM

O projeto *Avaliação do Ensino Médico no Brasil*, da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), foi iniciado formalmente no ano de 1990 com a composição da Comissão. Nove enti-

dades médicas de representação nacional e dos estados com maior número de escolas médicas - Academia Nacional de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho Federal de Medicina, Conselhos Regionais de Medicina de São Paulo e do Rio de Janeiro, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Federação Nacional dos Médicos -, além do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras e do Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior, passaram a reunir-se regularmente com a finalidade de discutir a formação médica. Essa questão vinha sendo discutida difusamente nas entidades, no contexto das discussões da “*questão saúde*” ou no bojo das discussões sobre o ensino superior e os projetos de avaliação que “*pairavam no ar*”.

Além desses projetos, as mudanças institucionais introduzidas no sistema de saúde brasileiro e na formação e no desenvolvimento de trabalhadores para o setor pela Constituição Federal de 1988 e, no que diz respeito à saúde, regulamentadas pelas Leis Federais nº 8080/90 e nº 8142/90, resgataram esse tema para o centro da agenda de discussões dessas entidades.

Como se sabe, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que, naquele momento representou a materialidade legal das formulações do Movimento de Reforma Sanitária brasileira, que, dois anos antes, havia captado para a 8ª Conferência Nacional de Saúde o “*clima*” do incipiente processo de reabertura política do país e transposto para a área da saúde idéias de responsabilidade estatal para com o atendimento integral à saúde, integradas com as demais ações de seguridade social, e de controle social sobre o Estado.

Nesse contexto, a avaliação do ensino médico era problematizada mais pontualmente pelo estudantado de medicina, que buscava um espectro de alianças para conter a instauração de um exame de ordem, ao qual deveriam submeter-se os estudantes de medicina ao final do curso, proposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Santos, 1998). Como essa iniciativa materializava um propalado projeto de avaliação do ensino superior de iniciativa do Ministério da Educação, sua divulgação suscitou uma aliança inédita das entidades, não pela discordância do diagnóstico de crise com que era discursivamente justificado, mas pela crítica ao projeto em si, suas limitações e o equívoco que representa a avaliação através de uma prova objetiva para os estudantes ao final do curso, principalmente num contexto onde a fragilidade da política educacional

se traduz tão claramente na diversidade das condições de existência das Instituições de Ensino Superior. Assim, nesse mesmo contexto onde havia consenso no diagnóstico da situação mas dissenso na determinação das causas e, conseqüentemente, na proposição de alternativas (Gallo, 1996), ficou marcada a reação inicial dos estudantes, através da sua entidade nacional, que colhia os resultados de um processo recente de reestruturação. Santos (1998), descreve com precisão essa participação dos estudantes, não somente no desencadeamento da avaliação, mas também na sua manutenção e na superação dos impasses surgidos na Comissão no decorrer do processo.

Na constituição da Comissão, o dissenso foi superado com a proposição de um estudo acadêmico para diagnóstico preciso da realidade das escolas médicas e do ensino oferecido, com vistas à constituição de um *“movimento de envergadura nacional, capaz de discutir democraticamente o ensino e a profissão médica com representantes de docentes e discentes das escolas médicas, bem como da sociedade civil de todas as regiões do país”* (CINAEM, 1997). Esse objetivo, de *“formação de uma rede nacional de docentes, discentes e membros da sociedade civil, capaz de refletir de forma qualificada e permanente sobre a prática médica cotidiana, as novas experiências educacionais e a reformulação contínua do exercício profissional”* (idem) é reiteradamente repetido nas produções públicas, e complementa a formulação de que o *“projeto não objetiva estabelecer qualquer tipo de classificação, ou mesmo juízo de valor numérico sobre as escolas e/ou as categorias estudadas”* (idem). Os diversos conflitos surgidos internamente na Comissão, relativos aos dissensos nas estratégias de enfrentamento dos problemas identificados, foram mediados, em grande parte, pelo estudantado (Gallo, 1996), que, através de sua entidade nacional, já vinha analisando a metodologia desenvolvida e, portanto, a participação do seu representante transpunha para essa Comissão um acúmulo de conhecimentos e estratégias produzido antecipadamente no interior do Movimento Estudantil de Medicina. Tal fato é melhor ilustrado pela participação estudantil, ao contrário das demais entidades participantes da Comissão, também na Equipe Técnica que operacionalizava a avaliação (Santos, 1998).

3.2 - O Estudo Ecológico

A escolha do delineamento ecológico do “método epidemiológico” para organizar a primeira intervenção do processo de avaliação da Comissão é mais um indicativo do cuidado *estratégico* dessa Comissão, particularmente da Comissão Técnica escolhida para

conduzir operacionalmente o estudo, com o dissenso já indicado no conjunto das próprias entidades. Conforme os próprios pesquisadores, a escolha desse delineamento e sua reiterada afirmação, cumprem o objetivo de preservar os resultados para as escolas, as “unidades da análise”, evitando o viés da culpabilização dos estudantes pelas condições de ensino das instituições, transposição freqüente em projetos de avaliação e, mais particularmente, pressuposto do exame de ordem ao qual se contrapunham as entidades participantes da Comissão.

Assim, com o objetivo de *“descrever o perfil das escolas médicas brasileiras e testar um modelo de análise capaz de explicar as relações entre algumas variáveis da escola médica que determinam a adequação e a qualidade do médico formando, como se processa essa influência, em que magnitude e de que forma ela ocorre”*, os pesquisadores enviaram à totalidade das escolas médicas do país um questionário estruturado auto-aplicável, elaborado a partir de um modelo utilizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O questionário foi devolvido por 76 (setenta e seis) das 80 (oitenta) escolas então existentes, o que representou um significativo percentual de 95%.

A análise dos dados, a partir de um modelo hierarquizado previamente estabelecido e de um tratamento estatístico, mostrou aos pesquisadores que, *“em relação aos aspectos considerados [vínculo jurídico da escola, data de criação da escola, estrutura econômico-administrativa, estrutura político-administrativa, infra-estrutura material, recursos humanos, modelo pedagógico e papel da escola na assistência e na pesquisa], o desempenho das escolas não alcançou dois terços do score desejável, não atingindo metade desse valor em aspectos cruciais como, por exemplo, recursos humanos (docentes), papel das escolas na assistência e na pesquisa e médicos formados. (...) Ou seja, os achados revelam um desempenho medíocre e similar para a grande maioria das escolas estudadas”* (CINAEM, 1997). A afirmação enfática, segundo os pesquisadores, se deve à similaridade de desempenho das diversas escolas, atestada pela análise estatística, bem como com a representatividade da amostra por região geográfica, por vínculo jurídico e por “idade” das escolas. Dessas análises, os pesquisadores concluíram que as variáveis *estrutura econômico-administrativa, recursos humanos (docentes) e modelo pedagógico* mostraram-se significativos para explicar a adequação dos médicos formandos nas escolas brasileiras. Já que a variável *docentes*, relacionava-se não somente com as demais variáveis do estudo, mas como também com as próprias variáveis significativas, os pesquisadores optaram por desencadear um estudo para a caracterização

do desempenho docente e, concomitantemente, uma avaliação de acompanhamento do desempenho docente.

3.3 - O Estudo Transversal

Para o estudo do corpo docente das escolas médicas, com o objetivo de detalhar as características relacionadas com o desempenho docente, os pesquisadores utilizaram o delineamento transversal do método epidemiológico. Foram investigados aspectos demográficos, formação profissional, inserção na escola médica e produção científica dos docentes. Os indicadores do desempenho docente obtidos foram utilizados em correlação com o desempenho cognitivo dos formandos, na etapa seguinte do estudo. Essa etapa foi realizada descentralizadamente, entre junho de 1995 e fevereiro de 1997, sendo precedida e acompanhada por oficinas de discussão entre a comissão técnica (os pesquisadores) e representantes das escolas participantes. Nas oficinas prévias ("oficinas de instalação"), foram treinados um docente e um discente de cada uma das escolas participantes, de forma a que constituíssem um "núcleo gestor local da pesquisa", encarregado da coleta dos dados e o repasse local das discussões complementares realizadas regional e nacionalmente. Nessa etapa, percebe-se um decréscimo do número de escolas participantes: 47 (quarenta e sete) mantiveram-se participando (59% das existentes no início da pesquisa), sendo que 31 (trinta e uma) realizaram o estudo do desempenho docente (39% das existentes no início da pesquisa), o que permitiu uma amostra de 4193 (quatro mil, cento e noventa e três) docentes. Essa redução não mudou significativamente o perfil de representação geográfica e de vínculo jurídico das escolas existentes.

O estudo identificou entre os docentes um predomínio das seguintes características: sexo masculino (67%), faixa etária de 30 a 49 anos, ingresso na docência há dez anos ou menos (51%), a graduação na própria instituição (52%), a categoria de auxiliar (31%), a pós-graduação *lato senso* - residência médica (80%), a carga horária de trabalho entre 20 e 39 horas semanais (35%) e o exercício de outra atividade fora da escola médica (74%). Mais da metade (56%) dos docentes pesquisados manifestaram insatisfação com a infra-estrutura da escola. A grande maioria dos docentes está insatisfeita com o salário percebido na docência (79%), 70% dos pesquisados obtêm menos da metade da sua renda mensal com a docência. A maioria dos docentes pesquisados dedica menos de 10 horas semanais à pesquisa (79%), menos de 20

horas semanais à assistência (80%), menos de 20 horas semanais ao ensino (79%) e menos de 10 horas semanais a atividades administrativas na escola médica (88%). Quanto à produção científica, pouco mais da metade dos docentes (55%) proferiram palestra na cidade onde trabalham, 33% no país e 10% fora do país, 41% tiveram artigo em publicação nacional e 26% em publicação internacional, 22% publicaram capítulo de livro e 6% publicaram livros.

A reduzida produção científica e os indicadores de dedicação ao trabalho docente permitiram aos pesquisadores concluir que "*para a grande maioria dos entrevistados, a docência constitui-se como uma atividade complementar à profissão médica*" (CINAEM, 1997).

Correlacionando os dados obtidos, os pesquisadores observaram que o regime de trabalho, variável normalmente relacionada ao desempenho docente, embora tivesse um predomínio geral nas categorias de menos de 40 horas semanais, crescia à proporção que aumentava o tempo de inserção na carreira e no intervalo de idades entre os 30 e 59 anos. Comportamento similar, em relação à idade, apresentou o indicador de formação em pós-graduação senso estrito, que também foi mais freqüente entre os docentes com dedicação exclusiva à escola médica. Para o indicador de satisfação com o salário e com a infra-estrutura da escola, as respostas positivas foram obtidas principalmente nas categorias extremas de idade (até 29 anos e 60 ou mais anos).

Analisando os indicadores de desempenho docente e sua relação com as variáveis já caracterizadas, os pesquisadores constataram que a maior produção científica (palestras, publicações, dedicação ao ensino, pesquisa e assistência e projetos de pesquisa financiados) está relacionada com a idade do docente, com o tempo utilizado na docência (principalmente com 40 e mais horas, com a dedicação exclusiva às atividades da escola e com a formação senso estrito. Constatação sugestiva: os pesquisadores relacionaram negativamente esses indicadores de desempenho com a satisfação salarial e com a situação financeira global, o que define um contexto onde os docentes melhor preparados e com melhor desempenho estão também mais insatisfeitos com a sua situação financeira e com seu salário.

A caracterização dos docentes com maior atividade administrativa na escola também é bastante sugestiva. A maior dedicação a essa atividade foi identificada entre os docentes sem treinamento específico para essa função, com formação na própria instituição, com maior carga horária de trabalho na escola, com maior idade e tempo de docência, sem atividades fora da escola, com formação senso estrito

e satisfeitos com a infra-estrutura da escola. Entre o conjunto das variáveis, “o regime de trabalho e a formação senso estrito revelaram-se as variáveis de maior centralidade e poder de determinação sobre o desempenho dos docentes” (CINAEM, 1997).

As variáveis da pesquisa demonstraram uma situação de desestímulo à carreira docente e indicam que a “educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento e levado a cabo em uma estrutura administrativa patrimonial” (CINAEM, 1997). Entre as escolas estudadas, os indicadores de desempenho docente foram significativamente maiores nas escolas públicas e, por consequência, com maior tempo de existência:

3.4 - O Estudo de Coorte

Para avaliar o desempenho discente, foi elaborado um estudo de coorte, com três instrumentos de acompanhamento: um Teste de Qualificação Cognitiva Inicial (TQCI), que foi aplicado no ingresso dos estudantes no internato curricular; um Teste de Qualificação Cognitiva Final (TQCF), aplicado após um ano de internato; e uma ficha de avaliação de habilidades e atitudes.

Os Testes de Qualificação Cognitiva visavam à análise do crescimento cognitivo dos estudantes e englobaram questões nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, gineco-obstetrícia e saúde pública, com critérios de prevalência, letalidade, potencialidade de prevenção primária e fundamentos de metodologia científica, éticos e humanísticos. As habilidades e atitudes foram avaliadas através de uma ficha estruturada, padronizada e pré-codificada, com 78 itens de cada uma das áreas básicas do estágio curricular, agrupados de acordo com os passos do trabalho médico (anamnese, exame físico, definição de problemas, estudo inicial, solicitação e valorização de exames complementares e cuidado imediato) e com respostas coletadas pelo docente durante a observação do atendimento do aluno. Os dados obtidos foram associados aos indicadores de desempenho docente analisados na etapa anterior.

Do universo das 47 (quarenta e sete) escolas que realizaram o Estudo Ecológico, 41 (quarenta e uma) realizaram o TQCI, 39 (trinta e nove) realizaram o TQCF e 17 aplicaram a Ficha Estruturada de Avaliação Prática, com uma amostra de 2214 (duas mil, duzentas e catorze) avaliações iniciais - 76% do total de alunos ingressantes no internato das escolas participantes -, 1749 (mil, setecentas e quarenta e nove)

avaliações finais - 60% dos alunos em internato nas escolas participantes - e 1637 (mil, seiscentas e trinta e sete) observações. Embora o critério de inclusão tenha sido a adesão espontânea das escolas, ficou mantida a proporcionalidade em relação ao vínculo jurídico e distribuição geográfica das escolas participantes, permitindo aos autores a suposição de que os dados obtidos reflitam a realidade nacional.

Os resultados obtidos nos testes cognitivos mostraram um crescimento cognitivo dos alunos no internato ligeiramente superior ao do período inicial da graduação, particularmente na área da clínica médica, mais ou menos homogêneo pelas diversas regiões do país e um desempenho ligeiramente superior nas escolas públicas. Além disso, os pesquisadores observaram uma distribuição mais homogênea por escola dos indicadores de desempenho cognitivo dos seus alunos, bem como de um maior crescimento cognitivo dos alunos com melhor desempenho inicial, o que permitiu a conclusão de que o sistema educacional privilegiou os alunos que, de alguma forma, já eram privilegiados.

O desempenho discente apresentou correlação com o desempenho docente, principalmente associado às variáveis de formação em doutorado, publicações recentes e atividades de pesquisa.

A ficha de observação teve um grande volume de perdas, segundo as hipóteses formuladas pelos pesquisadores, pela extensão e dificuldade de aplicação do instrumento e, principalmente, “existência de uma cultura bem estabelecida de avaliação através de exames cognitivos, o que teria tornado mais fácil a operacionalização do TQC, enquanto a avaliação de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes, por não fazer parte do cotidiano das escolas, tenha apresentado enormes entraves em sua execução” (CINAEM, 1997).

Mesmo com a baixa adesão na aplicação desse instrumento, os pesquisadores obtiveram dados instigadores dos resultados das fichas de observação. Entre eles, que há um padrão seqüencial no atendimento prestado que independe do tipo de problema ou área de atuação, caracterizando assim a hipótese de que o processo médico ainda é orientado a partir da história natural das doenças. Também constataram que mais da metade dos formandos observados desconsiderava princípios básicos da relação interpessoal, como a apresentação ao doente no início da consulta, a explicação sobre os procedimentos que realizavam e a orientação adequada ao final do atendimento. A “fascinação pelo raro e complexo” no cotidiano da formação médica foi comprovada estatisticamente com a constatação do bom desempenho de uma elevada proporção dos formandos em

procedimentos complexos e diferenciados em contraste com o reduzido número que demonstrou proficiência em procedimentos também importantes mas bem menos complexos.

Ao contrário do que sugeria o baixo desempenho dos alunos nos testes de conhecimentos, a observação demonstrou um bom desempenho dos alunos na definição dos problemas, mesmo que tenham demonstrado uma performance desfavorável na realização de estudo inicial em tempo hábil. Também demonstraram dificuldade na incorporação racional da tecnologia disponível, através do desempenho insuficiente na consideração dos custos e viabilidade da solicitação de exames complementares, da não observação da seqüência recomendável de exames complementares, bem como da própria dificuldade de interpretação dos chamados "exames de primeira linha".

Embora ainda não concluído o processo de avaliação do desempenho discente, os pesquisadores formularam três constatações: que há um crescimento cognitivo lento dos alunos durante a graduação traduzido num "*investimento muito grande de tempo de um contingente enorme de adolescentes em uma fase extremamente rida de suas vidas para obter um retorno bastante aquém do possível e do desejável*" (CINAEM, 1997); que nas escolas médicas há "*ausência de tradição e consequentemente de estrutura para avaliação de conhecimentos aplicados, habilidades e atitudes*" (idem); e que há uma "*proporção significativa de formandos que apresentam deficiências significativas em aspectos básicos do conhecimento aplicado, habilidades e atitudes*" (idem). Para os pesquisadores, os resultados e a homogeneidade dessas avaliações demanda esforços urgentes, solidários e criativos na proposição de novos paradigmas para a educação médica, incluindo os aspectos da docência médica.

3.5 - O Modelo Pedagógico

A avaliação do modelo pedagógico das escolas médicas configurou o que os pesquisadores chamaram de "Segunda Fase do Projeto de Avaliação das Escolas Médicas". Para essa etapa, além dos dados levantados nas etapas anteriores com os delineamentos do modelo epidemiológico, foi utilizada a metodologia do Planejamento Estratégico. Para os pesquisadores, essa opção fundamentou-se pela necessidade, manifestada pelo conjunto das entidades que compunham a CINAEM, de "*desencadear um pro-*

cesso que não se limite à constatação dos problemas, mas que seja também um estímulo à sua superação, indicando as distintas possibilidades resolutivas propostas pelos diversos segmentos envolvidos nesse contexto" (CINAEM, 1997). A Figura 1 demonstra o desenho da metodologia proposta pelos avaliadores.

O objetivo geral de avaliar o modelo pedagógico das escolas médicas foi desdobrado em quatro objetivos específicos: descrição e análise do modelo pedagógico; a descrição e análise do sistema de gestão; a descrição e análise do processo de formação; e a criação e instrumentalização dos atores no movimento de transformação do ensino médico. Esses objetivos foram associados com o objetivo geral através de um desenho que articulou quatro categorias de análise e um conjunto de variáveis: **contexto** (formas de organização social, modelo pedagógico hegemônico, sistema de saúde, modelo econômico, demanda social), **formação** (estrutura curricular, linhas de ensino, pesquisa e extensão, compromisso social e qualidade da escola médica, corpo docente), **gestão** (infra-estrutura material, recursos humanos, recursos financeiros, processos de gestão, cultura organizacional, participação e envolvimento) e produto final (médico formado e adequação à demanda social).

A operacionalização desta segunda etapa da avaliação se deu através das "Oficinas de Implantação" e das "Oficinas de Acompanhamento", para as quais foram convidadas a totalidade das escolas médicas do país, então em número de 83.

Nas "Oficinas de Implantação", realizadas entre julho de 1995 e abril de 1996, participaram docentes e discentes de 50 escolas médicas, com o objetivo de produzir dados empíricos referentes à gestão das escolas e à formação médica. Esses dados foram produzidos por consenso entre os participantes, em atividades de grupo organizadas de forma a desenvolver cinco "etapas interligadas e sucessivas": análise situacional, análise de objetivos, análise de alternativas de ação, análise estratégica e gestão estratégica (Figura 2). Essas etapas articularam as "Oficinas de Implantação" e as "Oficinas de Acompanhamento". Nestas, o objetivo foi o monitoramento da operacionalização do projeto de avaliação nas escolas, através da discussão de problemas operacionais e das etapas realizadas. Participaram delas, entre setembro de 1995 e agosto de 1996, 48 das 50 escolas médicas que iniciaram essa segunda etapa da avaliação.

Na etapa de análise da situação inicial, "realizou-se a explicação ativa da realidade, elaborada a partir das visões de distintos atores que compartilham de um espaço de produção social onde desempenham um papel. Foi o momento de partilha inicial da vi-

sões dos atores sobre um espaço de produção social - a escola médica” (CINAEM, 1997). Nessa etapa, os participantes identificaram os problemas importantes, hierarquizaram as relações entre os problemas, definiram os problemas centrais, detectaram e analisaram as relações explicativas e elaboraram uma “árvore de problemas” (diagrama de relações entre os problemas identificados).

Na etapa de análise de objetivos, os participantes definiram, a partir dos dados produzidos na etapa anterior, uma “árvore de objetivos”, ou seja, um diagrama que, considerando critérios de eficácia, factibilidade e viabilidade (portanto com a análise das alternativas de gestão), descreveu a “situação futura” que os participantes propunham com a solução dos problemas identificados.

Na análise estratégica, os participantes avaliaram a situação em cada escola e do projeto como um todo, e identificaram formas de viabilizar as ações necessárias para, do modo menos conflitivo e mais eficaz possível. Assim, essa etapa desencadeou também a etapa de gestão estratégica do processo, que, na prática, representa a articulação das etapas anteriores com o objetivo de fazer avançar o processo. É preciso assinalar que essas etapas descritas foram permeadas pelos resultados dos estudos realizados na primeira fase da avaliação.

O processo de Avaliação das Escolas Médicas da CINAEM encontra-se atualmente na fase de ampliação para as demais escolas que não participaram até agora, bem como para a incorporação desse processo no cotidiano das escolas, de forma a estimular um contínuo processo de mudanças e adequações da formação dos profissionais ao contexto da saúde.

Esse objetivo difere do que normalmente se identifica como “preparação para o mercado de trabalho” pois, embora os serviços públicos de saúde sejam o maior mercado de trabalho para os profissionais de saúde e, mais ainda, o único mercado em expansão, está-se construindo no país uma organização do processo de trabalho em saúde permeável ao controle social. O paralelo com a globalização dos mercados, as demais influências do liberalismo econômico e suas conseqüências no acesso a bens e serviços resultantes das políticas sociais do Estado, está sendo feito por uma participação social no sistema público de saúde, garantida legalmente e nem sempre implementada na prática, mas que, vagarosamente, vai produzindo bolsões sociais de inclusão, principalmente em municípios e regiões onde essa lógica já foi responsável por avanços também na forma de gestão pública. Se é verdade que essa emergência, no campo da política mais geral, significa a emergência

de uma perspectiva de pensar a “transformação e a emancipação sociais”, também é verdade que a construção do controle social no campo da saúde tem uma história recente, prenhe de estudos mais cuidadosos. No presente estudo, trata-se de estabelecer uma “arqueologia virtual” e provisória para orientar esses estudos. É o “caso” da avaliação do ensino médico é desafiador, como se verá a seguir.

4 - Avaliação do Ensino Médico: vibrações inovadoras

A síntese que se apresenta como desafio para essa reflexão, que é uma primeira aproximação analítica do processo de avaliação das escolas médicas brasileiras com o referencial teórico apresentado, é a identificação de fragmentos que permitam cartografar uma “arqueologia virtual” (inovadora, portanto) da formação médica. Sem a pretensão de esgotar a análise ou de extrair dela conclusões absolutas, ao gosto do paradigma moderno.

Uma primeira aproximação, nesse sentido, é permitida pela contextualização dos processos de avaliação. Desde o ponto de vista da ação do Estado, a avaliação proposta pelas entidades que compõem a CINAEM pode ser caracterizada como reativa e antecipativa. Reativa porque tratou de se contrapor a uma iniciativa pontual de implantação de um exame de ordem, por parte do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, com vistas a avaliar o nível de conhecimentos dos médicos recém-formados, como condição prévia ao seu registro profissional. Antecipativa porque esteve inserida num contexto em que se mostrava iminente uma ação avaliativa governamental mais ampla, que acabou se concretizando posteriormente com o Exame Nacional desencadeado pelo Ministério da Educação e ao qual estão submetidos os formandos de alguns cursos. No cenário atual da avaliação institucional, a atuação vertical do Estado na avaliação tem se mostrado portadora de uma lógica reguladora. Embora um movimento ativo de resistência das entidades médicas pudesse indicar um movimento exclusivamente corporativo, regulador também, a participação de outras entidades da sociedade civil e a permeabilidade aos órgãos do sistema de saúde estão indicando um movimento de tensionamento mais profundo.

Enquanto análise da opção política dos avaliadores, dois elementos permitem pensar seu caráter democrático e participativo: os objetivos e a amplitude. Trata-se de uma avaliação processual que objetiva a produção e divulgação de informações indicativas da

qualidade do processo de formação médica, consensuada com o conjunto das escolas que espontaneamente participam dela e mantida por um grande conjunto de entidades médicas. Deve ser reiterado o nível de participação dos estudantes no processo, que, como se viu, garantiu a sustentação técnica e política em diversos momentos do processo. Outro dado indicativo, que também sugere uma participação "da margem", prenhe de novidade, portanto, é o envolvimento com as instâncias de participação social no sistema público de saúde: o processo foi acompanhado pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo sido também discutido durante a 10ª Conferência Nacional de Saúde¹. Embora uma avaliação mais consistente da qualidade da participação dessas instâncias esteja demandando um estudo mais cuidadoso e, principalmente, da permeabilidade que será ou não criada como desdobramento da pesquisa, é possível constatar que, também nesse aspecto de análise, existem indicativos de um movimento que tem uma orientação potencialmente inovadora. A questão básica será identificar se a avaliação irá desencadear também a aproximação das escolas e dessas instâncias de acompanhamento e controle.

Dos aspectos metodológicos relativos aos desenhos de avaliação institucional, o tempo e os movimentos internos descritos destacam seu caráter processual, a composição consensual de critérios e constante revisão apontam uma natureza formativa, o objetivo básico de transformação do ensino médico e a busca de lógicas ocultas através dos indicadores utilizados garante perfeitamente essa caracterização.

Sobre as finalidades da avaliação, deve ser destacado que a avaliação não se restringiu ao "produto final" (o médico formado), mas englobou o ensino oferecido pelas escolas; sua associação com o próprio processo de ensino nessas escolas, para o que contribui decisivamente a existência dos grupos locais (com docentes e discentes); o cuidado metodológico que

está descrito nos resultados; o envolvimento dos representantes da comunidade dessas escolas, tanto na composição do modelo de análise - na avaliação do modelo pedagógico - quanto nas avaliações parciais realizadas - oficinas e encontros periódicos das escolas participantes; pela composição de metodologias quantitativas e qualitativas de avaliação. Enfim, vários indicadores de que esse processo visa a orientar a qualificação do ensino médico oferecido atualmente, mensurando sua eficácia.

Desde um ponto de vista das orientações metodológicas utilizadas, é possível afirmar que a avaliação das escolas médicas realizada pela CINAEM teve opções inovadoras. Entretanto, o limite da presente avaliação está nos objetos de análise: os relatórios apresentados, outros documentos produzidos e alguns relatos. O estudo posterior, mais específico, das relações de contexto dessa avaliação com as escolas participantes e com o sistema de saúde oferecerá mais elementos para qualificar melhor o potencial inovador dessa avaliação.

Tendo em vista as dificuldades próprias do contexto de "transição paradigmática" para a realização de sínteses absolutas, como já foi dito, o objetivo aqui é buscar elementos que permitam uma existência de alguma possibilidade inovadora à formação médica, em tensionamento e/ou superação à orientação hegemônica medicalizadora. No que se refere à aproximação com os serviços, diferentemente da sobreposição que costuma acontecer com os projetos de "integração" docente-assistencial, o que parece acontecer com essa avaliação é a interação de lógicas de funcionamento, com o protagonismo de outros atores além dos "médicos-professores". Não parece ser possível pensar apenas numa justaposição de posições, mas de uma "contaminação" mesmo das racionalidades que organizam cada um dos segmentos envolvidos na formação médica, nos serviços de saúde e nos Conselhos de Saúde; uma reconfiguração de saberes e poderes está fortemente insinuada nesse aspecto, visível pela permeabilidade que está sendo produzida.

Por último, e com uma especificidade bastante maior, é necessário um olhar também sobre o resultado da avaliação e dos modelos propostos por ela, conforme está previsto para a continuidade deste estudo. A eficácia da ação profissional dos atores egressos dessas escolas no sistema de saúde será inovadora? Conseguirá romper com a *medicalização* moderna da ação em saúde transitando para uma prática tecnicamente bem fundada em defesa da vida das pessoas? Conseguirá superar o distanciamento *científico* do senso comum, reconfigurando-se em "um conhecimen-

1 Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde são órgãos nômades (governo e sociedade civil), com a atribuição legal do controle das políticas de saúde e de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde no país. Embora com níveis de participação diferenciados dos usuários, a disposição legal garante a paridade de 50% deles em ambos os fóruns. Sobre a apropriação dessas instâncias do processo de avaliação, serão posteriormente analisadas as atas do Conselho Nacional de Saúde onde, por diversas vezes, o processo foi apresentado e discutido, e o Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, onde essa avaliação foi citada.

to prudente para uma vida decente”? Esses elementos ajudam a pensar num perfil profissional adequado ao tempo de crise paradigmática em que vivemos e está anunciado no projeto de avaliação da CINAEM. É também, como já foi dito, decisivo para prognosti-

car o desdobramento da tensão que está vista no cotidiano das escolas médicas entre as propostas com objetivos inovadores, entre as quais o projeto da CINAEM se inclui, e as estruturas medicalizadoras, ainda hegemônicas.

Bibliografia

- CINAEM, Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. **Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral**. Brasília: CINAEM, julho de 1997. 115 p.
- GALLO, Edmundo. Inovação, planejamento estratégico e gestão de qualidade nas escolas médicas brasileiras. *Cadernos FUNDAP - Fundação para o Desenvolvimento Administrativo*. São Paulo: FUNDAP, n. 19, jan./abril de 1996. P. 131 - 152.
- LEITE, Denise e cols. A inovação como fator de revitalização do ensinar e do aprender na Universidade: Relatório de pesquisa. CNPq/FAPERGS/ILCE, 1995.
- LEITE, Denise B. Conhecimento social e profissionalmente válido: currículos da área médica. Montevideo, maio de 1997b.
- MOROSINI, Marília Costa; LEITE, Denise B. C. Avaliação institucional como um organizador qualificado: na prática, é possível repensar a universidade. In: SGUISSARDI, Valdemar (Org.). *Avaliação universitária em questão: reformas do Estado e da educação superior*. Campinas: Autores Associados, 1997. (Coleção educação contemporânea)
- SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- _____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 1997.
- SANTOS, Rogério Carvalho. Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil. Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social - Universidade Estadual de Campinas, 1998. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva)
- SCHRAIBER, Lilia. **Educação médica e capitalismo**. São Paulo: Hucitec, 1989.