

UMA ANÁLISE DO DESAFIO DE MUDANÇA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E DO VER-SUS NA PERSPECTIVA DO MOVIMENTO ESTUDANTIL¹²

Hêider Aurélio Pinto³

Carlos Alberto S. Garcia Jr.⁴

INTRODUÇÃO

O desafio de mudança da formação em saúde é um tema presente há muito tempo na pauta do movimento estudantil (ME) da área da saúde. A análise de documentos e ações desses coletivos e organizações de estudantes nos possibilita a compreensão do significado e sentido dessa pretendida mudança e qual a relação da mesma com a luta pela construção do Sistema Único de Saúde (SUS). As vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS), em especial, são importantes analisadores da abrangência, objetivos e dispositivos de ação desse duplo projeto: 1) mudar a formação de profissionais de saúde e 2) lutar pela efetivação do direito à saúde da população. Veremos ainda que o VER-SUS também cumpre papel na mobilização e formação de militantes para as causas citadas acima e para o próprio ME.

Na próxima seção debatemos o que foi o projeto de mudanças da formação em saúde para o ME nos anos 80, 90 e início dos 2000, com um aprofundamento maior no caso do movimento de mudança da educação e das escolas médicas. Na seção subsequente aprofundamos a análise sobre as diversas propostas de estágios de vivência (EV) no SUS, na perspectiva apontada acima, destacando dimensões e um período pouco ou não abordados na maioria dos estudos que o tomam como objeto: os estágios percussores do mesmo e o processo de invenção do VER-SUS pelo ME antes dele virar também uma

¹ Livro publicado em versão impressa e e-book no link
<http://online.fliphtml5.com/wskm/cbyq/#p=1>

² PINTO, HA; GARCIA JR, CA. Uma análise do desafio de mudança da formação em saúde e do VER-SUS na perspectiva do movimento estudantil. In: SILVA FILHO, CC; GARCIA JR, CA.; KOVALESKI, DF (Org). VER-SUS Santa Catarina itinerários (trans)formadores em saúde. Tubarão: Copiart, 2017.

³ Médico sanitarista, mestre em saúde coletiva e doutorando em políticas públicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - heiderpinto.saude@gmail.com

⁴ Psicólogo. Doutor em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente no curso de medicina da Universidade do Vale do Itajaí.

política pública estatal. Por fim, concluímos analisando o papel que tem tido na formação de gerações de militantes da reforma sanitária brasileira.

Nós, autores, temos importante implicação com o tema e participamos em diferentes momentos dessa história. Um de nós participou do VER-SUS como “vivente”, como facilitador e comissão organizadora local, como organizador nacional pelo ME e depois pelo Governo Federal em três momentos distintos, num período que compreende ao todo 18 anos. O outro foi participou como facilitador e comissão organizadora local. O que trazemos e lhes oferecemos aqui, sob o formato de ensaio, combina estudos, pesquisas, vivências e reflexões sobre o tema feito ao longo dos anos nos múltiplos papéis que já e ainda ocupamos na relação com o tema: estudante e docente, líder estudantil e gestor público, pesquisador e militante da reforma sanitária brasileira.

O MOVIMENTO ESTUDANTIL E O DESAFIO DE MUDAR A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Para iniciar a análise da proposta de transformação da formação em saúde e do nascimento do VERSUS, é importante dar destaque ao que foi gerado no âmbito do ME de medicina que, dentre as organizações estudantis da área da saúde, foi aquela que conseguiu organizar e protagonizar as mais significativas críticas, proposta alternativa e movimento de mudança na formação hegemônica. Além disso, foi responsável por inaugurar os EV na área da saúde.

Para contextualizar essa produção e a própria organização do ME de medicina é necessário se atentar para dois movimentos. Um relacionado à reorganização do ME geral e sua posterior diversificação, no contexto do fim da ditadura militar. Outro relacionado ao fortalecimento da pauta do movimento de reforma sanitária nos anos 80. Trataremos brevemente de ambos a seguir.

No fim dos anos 70, num processo que incluiu a reorganização da União Nacional dos Estudantes (UNE), o ME se tornou uma das importantes forças sociais no processo de luta contra a ditadura militar e pela redemocratização do país (ESCOREL, 2008). Inicialmente, o movimento de estudantes da área da saúde se organizava em torno da Secretaria de Biomédicas da UNE e se somavam à pauta geral do ME daquele período: derrubada da ditadura militar, redemocratização do país, diretas já, reforma universitária, etc. Contudo, ganhava cada vez mais volume uma pauta setorial

relacionada aos temas do movimento de reforma sanitária (ESCOREL, 1998): saúde como direito universal de cidadania, criação de um sistema público nacional de saúde, mudança do modelo atenção, atenção à saúde integral e gratuita, entre outras.

Nos anos 80 e 90, diversas questões contribuíram para a criação de novas organizações do “movimento de área”, chamado assim por envolver organizações estudantis que mobilizavam e representavam um determinado curso de graduação ou profissão, e por diferir das organizações “gerais”, que representavam o conjunto dos estudantes de uma universidade, como os Diretórios Centrais dos Estudantes (DCE), ou de um estado e mesmo do país, como as Uniões Estaduais dos Estudantes (UEE) e a UNE, respectivamente. Dentre essas questões, destacam-se desde o fortalecimento de pautas específicas que começaram a apresentar um déficit de representação nas organizações do movimento geral, passando pela busca de novos modos, pautas e estéticas de expressão e mobilização por parte dos estudantes, até insatisfações de grupos que são hegemônicos numa dada área ou curso e não o são na direção nacional do ME geral (MISHE, 1996; 1997).

No caso da criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) em meados dos anos 80, todos esses fatores estiveram presentes (SANTOS, 1998; PINTO, 2000), com destaque especial para o fortalecimento da pauta do movimento sanitário que passou a demandar uma agenda setorial específica dos estudantes da área da saúde. A DENEM foi criada no mesmo ano em que aconteceu a 8^a Conferência Nacional de Saúde, 1986, e em meio ao processo que culminou com a Constituinte e a garantia do direito à saúde na Constituição de 1988. Então, assim como outras organizações estudantis antes e depois, o movimento passou a se estruturar nacionalmente como executiva de curso, portanto, independente da UNE.

A DENEM, desde sua criação, com maior ou menor foco ao longo do tempo, identificou um papel estratégico específico para si no movimento de reforma sanitária: entendeu que a luta pela garantia do direito à saúde e a construção do SUS demandariam um novo perfil de médico “comprometido com o povo, sua libertação e com a transformação da sociedade” (DENEM, 2017). Tal auto percepção, associada à ideia de que o movimento deveria politizar o cotidiano dos estudantes e mobiliza-los para ações e práticas que mudassem concretamente o seu dia a dia, explicam a relevância que ganhou o debate das mudanças na formação médica no ME de medicina.

Como parte disso, a DENEM, ainda nos anos 80, apresentou a Proposta de Transformação do Ensino Médico (PTEM) como uma proposta radical de mudança da formação necessária para que as escolas passassem então a formar o profissional exigido pela população e pelo novo sistema de saúde. A proposta recuperava e atualizava vários elementos discutidos na clássica obra de Sérgio Arouca, “O Dilema Preventivista” (AROUCA, 2003). Em síntese, denunciava o poder da economia e do mercado do setor saúde de determinar a formação em saúde e todo um conjunto de características da educação médica relacionadas também, mas não só, a este fato. Assim, se criticava a formação dos profissionais dirigida ao que era mais bem remunerado no mercado, a centralidade no hospital e na medicina especializada, o foco na doença e não na pessoa, a reprodução das relações desiguais e autoritárias entre professores e alunos e entre estes e os usuários, entre outras questões.

A PTEM defendia um ensino baseado na comunidade no qual, desde o início da formação, o estudante, inserindo na comunidade e em serviços públicos de atenção básica, construiria de modo mais ativo seu conhecimento a partir da problematização da realidade. Essa problematização teria foco na pessoa, em seu contexto social e em sua situação no processo de produção social. Exigiria não só a implicação com a situação e posição dos usuários e da comunidade, como também uma solidariedade com sua perspectiva social. A DENEM com a PTEM pretendia colocar no centro do debate qual o papel que a escola médica, seus docentes, estudantes e egressos, assumiriam na luta de classes e em sua expressão no campo da saúde (PINTO, 2000a; 2000b). Essa posição da DENEM tinha uma radicalidade social mais marcada que a proposta "mudancista" que, segundo nossa opinião, era a mais avançada dentre as demais que existiam naquele momento: as formulações e experiências de mudança da formação em saúde sistematizadas e propostas pela Rede Unida.

A convivência do ME de medicina com a Rede Unida não era de todo tranquila. A DENEM fazia questão de diferenciar seu projeto daquele da Rede, embora apoiasse as mudanças propostas pela mesma destacando que eram necessárias, mas não suficientes. A DENEM criticava a Rede por ela, supostamente, restringir-se a mudança à inovações didático-pedagógicas e mudanças curriculares na linha do ensino baseado em problemas. Em grande parte, essas eram as mudanças viáveis naquele contexto, ao menos numa primeira etapa. Mas, de fato, a proposta da Rede Unida não se restringia a isso e convergia em vários pontos como as intenções e objetivos do ME. Como

exemplo, podemos citar a defesa da integração ensino serviço, a inserção dos estudantes desde o início do curso na prática de saúde realizada nas comunidades, a adoção de metodologias ativas de ensino aprendizagem, a colocação do educando no centro do processo educacional e a utilização de uma concepção mais ampliada e integral de saúde, de ser humano e de sistema de saúde (FEUERWERKER, 2002).

Outro elemento importante a ser destacado é que a proposta da Rede Unida avançava ao extrapolar a educação médica e as escolas de medicina e pautar a mudança para o conjunto dos cursos de graduação em saúde e também para a formação em saúde em geral, ou seja, envolvendo os trabalhadores já formados e em atuação no sistema.

Na década de 90 o debate sobre a mudança da graduação em saúde seguiu se desenvolvendo e, no caso da medicina, teve um reforço especial devido ao movimento de mudança das escolas médicas organizado em torno da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Criada em 1991, o processo que deu origem à CINAEM teve importante protagonismo do ME de medicina que apostou nessa articulação como uma resposta tecnopolítica a uma pauta conservadora e superficial apresentada de um lado, pelo Governo Federal e, de outro, por parte do movimento médico (SANTOS, 1996).

Na entrada dos anos 90, ante uma situação de “crise” na saúde, o Governo Federal atribuiu parte das responsabilidades a uma falta de competência e má gestão dos gerentes de serviços de saúde, em especial, hospitais, e à má formação e pouco compromisso do conjunto dos médicos. Algumas entidades médicas, embora tenham rechaçado essa imputação de responsabilidade, propuseram o controle da qualidade dos médicos por meio de uma avaliação aplicada ao final do curso que autorizaria ou não o egresso a exercer a profissão. Análoga, portanto, ao Exame de Ordem da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

O ME de medicina, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e algumas entidades médicas, como o Conselho Federal de Medicina (CFM) por exemplo, criticaram a medida como sendo uma individualização do problema, transferindo a responsabilidade ao estudante quando a escola eram quem deveria ser avaliada e, se necessário, ser objeto de mudanças que melhorassem a qualidade de sua formação.

Assim, foi criada a CINAEM com o objetivo de prover um amplo, e voluntário, processo de avaliação e transformação do ensino médico no Brasil. A CINAEM, de

1991 até sua extinção em 2001, realizou atividades de avaliação e mobilização em mais de 70 escolas de medicina e reuniu em sua coordenação mais 10 instituições da categoria médica, como ABEM, DENEM, CFM, etc., e da saúde, como o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Durante os anos 90 a CINAEM propôs 5 linhas de ação para o Projeto de Mudança das Escolas Médicas (DA CRUZ, 2004) que sintetizaremos a seguir. No “novo processo de formação” pretendia superar a separação entre ciclo básico e profissionalizante, a prática como mera demonstração da teoria, o processo pedagógico centrado no professor, unidisciplinar e com uso quase exclusivo de aulas expositivas e a formação centrada no hospital construindo um processo de formação que tomava como matéria prima da problematização as necessidades de saúde concretas da coletividade e das pessoas atendidas em serviços do SUS desde o primeiro dia da formação. Na “avaliação transformadora”, o modelo de avaliação predominantemente somativa, punitiva, mnemônica e centrada nos conhecimentos cognitivos. Na “docência médica profissionalizada”, a falta de formação em educação dos docentes, a insuficiente atuação dos mesmos no tripé universitário de ensino, pesquisa e extensão/assistência, a falta de estímulos ao investimento na carreira docente. Na “gestão transformadora”, o modelo de gestão vertical e burocrático, atomizado em disciplinas, com baixíssima participação dos estudantes e centrado em processos administrativos de gestão do trabalho do corpo docente e não na gestão do processo pedagógico. E, por fim, na “avaliação do processo” se pretendia investir na avaliação do processo de mudança e na articulação do movimento das escolas para a mudança.

A proposta que a CINAEM defendia era aquela debatida e aprovada pelo movimento de escolas constituído em torno da mesma e que era chancelada por seu colegiado. O projeto de mudança almejado pelos estudantes incluía os elementos dessa proposta, dava ênfases diferentes a alguns pontos e também pautava outros desafios.

Segundo Almeida (1999), as reformas curriculares podem ser classificadas em três níveis. Em um primeiro plano, chamado de fenomênico, seriam feitas mudanças tão somente na criação ou ampliação de cargas horárias e de disciplinas e/ou a criação de experiência piloto ou periféricas que não impactariam significativamente a formação. Num segundo plano, o das relações de forças, seria fruto de mudança das relações sociais entre os sujeitos que compõem a escola e também aqueles que interferem na formação oportunizando inovações mais significativas no processo de formação e

permitindo o avanço na integração ensino-serviço. Por fim, no terceiro plano, o estrutural, haveria uma tal ordem de mudança no setor saúde, incluindo aí o modo de produção social da saúde, as políticas de saúde, o mercado e o processo de trabalho, que exigiria da escola um novo processo de formação coerente com esse novo contexto.

Considerando essa tipificação, a DENEM buscava produzir uma mudança estrutural por meio de uma atuação social com sinergia e convergência entre três frentes de luta: uma específica de mudança da formação médica, uma setorial de implementação do SUS e uma geral pela mudança do Estado e da sociedade brasileira. Ao mesmo tempo, buscava promover mudanças no segundo plano como acumulação de forças para o projeto mais amplo e profundo.

Essa mudança de segundo plano pretendida pela DENEM, quando relacionada à categorização de Frenk et al. (2010), superava as bases tanto da primeira geração de mudanças, centradas nas universidades e baseadas na ciência, quanto da segunda geração de mudanças, que tiveram foco na aprendizagem baseada em problemas. A mudança pretendida pelo ME estaria relacionada à terceira geração de mudanças descritas por Frenk que são aquelas que exigem a integração entre o sistema de saúde e de educação e que buscam a formação de profissionais com as competências adequadas à resposta às necessidades de saúde das pessoas e do sistema de saúde.

Mas a proposta pretendida pela DENEM era ainda mais ousada em seus objetivos últimos. Para a DENEM era necessário mais que remodelar as práticas didático-pedagógicas, com o objetivo de qualificar a formação e modernizar os métodos de ensino aprendizagem. Também era mais que colocar o estudante no centro do processo pedagógico. Era uma mudança que questionava fortemente o objetivo da formação e que afirmava o primado da aproximação e prática junto aos cidadãos usuários no contexto dos serviços do SUS, em especial, daqueles inseridos nas comunidades. Nesse aspecto, integra as mudanças de terceira geração na medida em que o perfil de profissional desejado estava relacionado às necessidades de saúde da população e do SUS e se advogava uma profunda integração com o sistema de saúde.

Mas esse perfil orientado para o SUS não dizia respeito só ao preparo tecnológico, ao desenvolvimento das competências necessárias à atenção integral à saúde das pessoas e das coletividades, almejava também produzir um compromisso ético político com a superação da condição de saúde e situação social do usuário, a construção do SUS e a reforma da saúde e da sociedade brasileira. A imagem, desde a PTEM, era a formação

de "intelectuais orgânicos" (GRAMSCI, 1999) da construção de um novo sistema de saúde que era parte do esforço de democratização progressiva da sociedade brasileira.

Também há o reconhecimento da relação de determinação e condicionamento exercido pelo setor de produção social da saúde, prática em saúde e mercado de trabalho sobre a educação em saúde (DONNAGELO, 1976; AROUCA, 2003). Daí que a afirmação do SUS como campo de prática e espaço de trabalho objetivava implicar os estudantes. Ter docentes que estivesse inseridos, trabalhassem e fossem implicados com a construção do SUS para que, além de ensinar aos estudantes nessas condições, pudessem servir como modelos de referência.

Além de tudo o que foi dito, era fundamental ainda promover uma mudança da formação e da escola que mudasse as relações de poder na escola: como processo de mudança, mas, fundamentalmente como conteúdo e objetivo da mudança. Assertivas como “à nenhum professor o poder de, individualmente, reprovar um aluno” apontam para algo mais que a mudança de práticas arcaicas e verticais de avaliação. Critica o autoritarismo presente em um formato de avaliação que, em última análise, dá ao docente um importante instrumento de coerção do estudante. Assim, se propunha a adequação aos modelos mais avançados de avaliação, mas, estrategicamente, a democratização dos processos de elaboração de avaliações e das regras, ritos e instâncias que poderiam resultar ou decidir sobre a reprovação de um educando ou em quaisquer outras punições ao mesmo.

Era corriqueiro, por exemplo, que, em um processo de reforma, os docentes contrários à mesma que ministravam disciplinas resistentes à mudança aumentassem a dificuldade de suas provas para passarem a sensação de que o novo currículo não dava conta de ensinar o essencial, para exigir mais gasto de tempo de estudo com sua disciplina ou simplesmente para punir uma turma ou alguns alunos. Assim, o ME, aprendeu a exigir que as avaliações não fossem por disciplinas e sim por módulos (multi ou interdisciplinares), envolvendo uma série de docentes e, assim, dificultando esse tipo de prática. Em algumas reformas mais avançadas, conseguiu-se incluir representação estudantil na definição dos objetivos das avaliações e em instância de decisão sobre as consequências delas.

Essa denúncia mirava as cristalizações de forças e poderes institucionais que incidiam na relação professor-estudante. Era provocada, em grande parte, por dois motivos. De um lado, pelas leituras e debates corriqueiros no ME sobre noções e pensamentos de

Michel Foucault, da Análise Institucional e presentes nas lutas dos estudantes universitários europeus nos anos 60 e 70, que lançavam luz sobre a escola como instituição e os modos como exercia poderes. De outro, pela experiência negativa de perseguição “acadêmica” que muitos membros do ME sofriam de professores conservadores ou que disputavam politicamente com esses estudantes os rumos da escola.

A luta pela mudança da gestão da escola, outra pauta central do ME que pouco estava presente nas mudanças, estava relacionada ao que foi dito acima, mas era mais amplo. Criticava a gestão da escola por ser restrita às questões administrativas dos docentes: como liberação para atividades de pós graduação, viagens para congressos, aprovações isoladas de cargas horárias, de posição e duração de disciplinas nos currículos. Por não se ocupar do processo de formação efetivamente. Mas, além disso, mirava a transformação da gestão da escola como um todo caracterizada como: hierarquizada, autoritária, excessivamente burocratizada e ritualizada, exercida quase que exclusivamente pelos docentes e fragmentada de um modo que, os poucos espaços colegiados de gestão da escola, não tinham capacidade de incidirem nas decisões e nos poderes quase absolutos do docente sobre sua disciplina.

Assim, a democratização da escola passava pela modernização e aperfeiçoamento de seu processo de gestão (a exemplo do que se discutia para a gestão do SUS com ajuda dos campos de gestão e planejamento da saúde coletiva), pela democratização e co-gestão da escola e por uma abertura da mesma à sociedade, em especial, à ampliação da permeabilidade ao SUS e seus atores: usuários, comunidades, organizações da sociedade, trabalhadores e gestores. Além disso, a mudança da gestão implicava também na clássica luta pela ampliação radical dos espaços de participação estudantil.

Por fim, a DENEM compreendia a escola como uma poderosa máquina de produção de subjetividades marcada por uma orientação para o mercado privado, a competição, a reprodução de relações autoritárias, o isolamento dos estudantes de medicina dos demais estudantes e profissionais; onde a imagem de referência eram os professores especialistas e bem sucedidos economicamente num mercado privatizado e especializado; que reproduzia relações de poder autoritárias entre professor e aluno, entre profissional de saúde e usuário; que utilizava lógicas pedagógicas superadas, e que, com isso tudo, em vez de produzir processos de subjetivação que contribuissem com profissionais de saúde necessários à saúde da população eo SUS, resultava em seu

contrário. A escola ainda refletia uma formação pouco crítica da organização do conjunto da sociedade, carecendo de atuar na formação de subjetividades insurgentes e contribuindo para a formação de sujeito alienados de tudo aquilo que não dissesse respeito especificamente aos conhecimentos necessários ao exercício de uma ciência e prática médica descontextualizada e anistórica (DONNANGELO, 1976)

Assim, o ME lutava para que a escola fosse esse lugar de formação de profissionais de um novo tipo e de produção de novas subjetivações. E, nessa luta e reflexão, ou seja, por meio dessa práxis, cada vez mais se deu conta que o próprio ME era também uma escola e que deveria já aplicar, vivenciar e exercitar valores, relações, dispositivos e práticas defendidos para a formação desejada (PINTO, 2000b; PINTO, 2000c). Isso colocava as próprias organizações estudantis em análise e exigia delas a apropriação implicada das lutas pela democratização institucional, a capacidade de acolher as singularidades e as formas particulares de expressão dos envolvidos com o processo, o investimento na formação de seus membros, o exercício de práticas libertárias e a rejeição de relações e comportamentos autoritários.

Essa concepção fez com que o ME buscasse dispositivos que contribuíssem para a maximização de espaços com esse papel formativo. É aqui que se situa a história das Frentes de Trabalho em Saúde nos anos 80, dos Estágios de Vivência em Comunidade no ano 80/90/2000, dos Estágios de Vivência no SUS a partir da segunda metade dos 90, dos Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS em 2001 e, finalmente, das Vivências e Estágios na Realidade do SUS a partir de 2002.

OS ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA COMO MÁQUINAS DE PRODUÇÃO DE SUBJETIVAÇÕES INSURGENTES

Guattari (1992) considera que as subjetividades são plurais e polifônicas e não possuem uma instância dominante de determinação que, conforme uma causalidade unívoca, norteie as outras instâncias. Para Baremblitt (2002) e o movimento institucionalista é possível produzir acontecimentos que promovam linhas de fuga em relação ao processo hegemônico de produção de subjetivações uniformes, sujeitadas e submetidas. O engendramento de processos de produção de subjetivações livres, produtivas, desejantes, insurgentes, revolucionárias são decisivos para gerarem sujeitos singulares comprometidos com a luta contra todas as formas de exploração, dominação e

mistificação, contra o instituído (LOURAU, 1995) e para “engrossar o caldo” da contracultura (GRAMSCI, 1999).

Todos esses elementos devem ser considerados se quisermos compreender o papel desejado pelo ME para os EV, que vão muito além de ofertar aos estudantes contato com questões sub-apresentadas em seus currículos.

Foi na intensa e crescente ebulação social dos 80, no contexto da queda da ditadura militar e no processo de redemocratização do país, que o ME da área de agrárias, na segunda metade da década, começou a promover EV em comunidades campesinas. Os estágios - comumente relacionados a atividades práticas realizadas em locais de trabalho, reconhecidos como carga horária nos currículos e destinados a desenvolver competências previstas neles - foram apropriados e ressignificados pelo ME como forma de promover vivências, imersões intensas, em realidades e processos com o potencial de revelar ao estudante outra realidade, impacta-lo afetivamente, promover reflexão crítica, reposicionamento social e compromisso com a luta pela superação da situação das classes populares.

O ME também lutava pelo posicionamento social da Universidade e por maior presença das atividades de extensão nos currículos e prioridades dos cursos. Mas os EV eram outro tipo de atividade e investimento. Estavam integralmente sobre a gestão estudantil. O movimento gozava de liberdade de organização e fazia isso junto com movimentos sociais de luta pela terra e lideranças da própria comunidade. Eram curtos, até 15 dias ou um mês. Contudo, em vez de passar horas em uma atividade em um ou mais dias da semana, eram imersões em tempo integral nas quais se experimentava viver como as pessoas daquela comunidade viviam.

O estudante ou dupla de estudantes, tinha que fazer um esforço quase etnográfico de deixar de ser quem era ou de tentar ser o que pretendia ser, um agrônomo, por exemplo, para viver dias com aquelas pessoas naquela comunidade comendo, trabalhando na terra, se divertindo, dormindo etc. como aquelas pessoas faziam. Não tinha que tentar “transmitir” àquela comunidade tecnologias agrárias apreendidas no curso. Tinha que vivenciar aquele modo de vida e trabalho.

Ao mesmo tempo, eram escolhidas comunidades envolvidas no processo de luta pela democratização da terra. Assim, o estudante mergulhava no seio de uma comunidade com coletivos mobilizados e comprometidos com a luta pela reforma agrária. Apreendia

a perspectiva daquelas pessoas. Relacionava a situação de vida delas com suas crenças, ideais, valores e como isso se relacionava com a luta e que visão tinham da mesma.

Os EV se constituíram como poderosos dispositivos de mobilização de estudantes, radicalizando o compromisso dos mesmos com a reforma agrária e também com a superação da ordem social que subordinava as populações campesinas. Foi também um elemento importante para ampliar as fileiras do ME, percebido pelos mesmos como espaço que poderia dar vaso, organizar ou seguir lutando em prol daquele compromisso, agora despertado, fortalecido, renovado ou radicalizado.

Ainda no fim dos anos 80, o ME de medicina conheceu as experiências das executivas de curso dos estudantes de agrárias. Alguns participaram e trouxeram a ideia para a DENEM. A recepção da ideia não foi consensual. Criou ao menos uma divisão que, de maneira simplificada, podemos explicitar da maneira que descrevemos adiante.

O grupo que trouxe a ideia pretendia executá-la exatamente como as executivas das ciências agrárias faziam, afinal, se o estudante não ia até a comunidade como estudante de algo, então pouco importava que curso fazia. O central seria promover o choque de realidade, em especial, para os estudantes de medicina - majoritariamente urbanos, brancos e filhos da classe média alta - e comprometê-los com a superação da situação econômico-social daquelas pessoas e com a luta pela superação da ordem social, ao mesmo tempo que mobilizava os estudantes para compor a DENEM e tensioná-la para ser um instrumento dessa luta mais ampla.

A resistência era justamente do grupo hegemônico da DENEM que, embora comprometidos com o mesmo projeto de superação da ordem social, entendia que o *locus* estratégico de atuação do ME era a luta do movimento de reforma sanitária e a transformação da escola médica para que ela passasse a formar novos médicos também comprometidos com esse triplo projeto: fazer as reformas da escola, a sanitária e a da sociedade.

O grupo proponente fez uma adaptação da proposta e chamou de Frentes de Trabalho em Saúde uma estratégia nacional que promoveria várias vivências agregando também o foco da luta da reforma sanitária: discutindo a determinação social do processo saúde doença, problematizando a saúde como “núcleo subversivo da ordem social” (TEIXEIRA, 1989), buscando articular também movimentos e organizações populares de saúde e agregando às lutas a necessidade de realização da reforma sanitária.

Mesmo com as adaptações, a proposta não se tornou uma proposta prioritária do movimento nacional de medicina. Contudo, o formato de organização da DENEM, como uma rede de centros acadêmicos, permitia que projetos que não eram prioridade nacional pudessem ser desenvolvidos pelos centros acadêmicos que o consideravam como tal, promovendo trocas entre os que estavam fazendo. Por isso diversos EV, nos moldes como os propostos na estratégia das frentes de trabalho, foram desenvolvidos e muitos estudantes vivenciaram essa experiência. Na cultura oral que se acumulou no movimento, havia inclusive relatos de estudantes que deixaram a medicina e migraram para as ciências sociais após serem fortemente impactados por essas vivências: relatos caricaturados e/ou romanceados que adquiriam o funcionamento de lendas do movimento.

Os EV só foram entrar na agenda prioritária do ME de medicina na segunda metade dos anos 90. O contexto da luta pelo direito à saúde no Brasil era caracterizado pelo processo de implantação descentralizada do SUS. Em diversos municípios do país, buscava-se implantar o SUS conforme os princípios e diretrizes do movimento de reforma sanitária a despeito da hegemonia da política neoliberal no Governo Federal e na maioria dos governos estaduais.

O modo de ressignificar e reposicionar os EV na DENEM foi transformando-os em “estágios de vivência no SUS”. Assim, os estágios ganhariam um foco: a promoção de uma vivência em um local considerado pelo movimento como uma boa experiência de luta de implantação do SUS e garantia concreta do direito à saúde.

Nessa adaptação do estágio alguns elementos mudaram significativamente. As vivências não seriam mais de um ou dois estudantes em cada comunidade, passariam a ser de grupos de 10 a 30 em um determinado município. A hospedagem e alimentação não seriam mais na própria casa de uma família da comunidade, seriam organizadas pelo ME em parceria com a gestão dos municípios no quais se fariam as vivências. A hospedagem passou a ser feita em alojamentos coletivos e a alimentação contratada.

Mudava-se também a natureza do elemento a ser vivenciado. O seria mais uma imersão nos modos de vida e trabalho das comunidades populares campesinas. O que deveria ser conhecido era uma experiência concreta de implantação do SUS. Eram conhecidos os serviços em transformação, buscando compreender como acontecia seu processo de trabalho e organização, no que as práticas de cuidado avançavam na perspectiva da integralidade, se superavam os limites da clínica degradada (CAMPOS, 2000), se

avançavam na superação do modelo assistencial hegemônico (PAIM, 2008), se desenvolviam experiências potentes de educação popular etc. A conversa, com o objetivo de conhecer a experiência e compreender como os diferentes sujeitos participavam, se relacionavam, se posicionavam e tomavam parte nela, era com os sujeitos que construíam aquela experiência, fossem trabalhadores de saúde, usuários dos serviços, gestores, lideranças populares ou sindicais etc. Dialogava-se com trabalhadores de saúde mais parecidos com o perfil de profissional que o ME entendia que a escola deveria formar. Buscava-se conhecer experiências e dispositivos de horizontalização da gestão e de práticas participativas e democráticas em todos os níveis da gestão - da gestão da equipe e do conselho local de saúde ao colegiado de gestão da secretaria de saúde, orçamento participativo da prefeitura ou conselho municipal de saúde. Refletia-se sobre a experiência buscando compreender como aconteceu, quem foram os atores sociais que atuaram no processo, como atuaram, quais foram as estratégias de luta, quais os princípios do processo de mudança, quais as relações entre valores, objetivos e práticas desses sujeitos (SADER, 1995). Tudo isso deveria enriquecer a caixa de ferramentas do estudante militante para tentar reinventar experiências semelhantes em seu local de inserção social e política.

A comunidade, as pessoas das classes populares rurais e suas condições e modos de vida, deixava de ser o centro da vivência. Nos EV no SUS a comunidade com a qual se dialogava, mas não se mergulhava, era aquela próxima aos serviços visitados. As pessoas da comunidade ou eram conhecidos e entrevistados como usuários dos serviços ou como líderes comunitários. Além disso, diferente do estágio anterior, a maioria das comunidades visitadas eram urbanas.

O centro da convivência diária deixava de ser a comunidade e passava a ser os demais estudantes nas atividades de visita, reflexão, troca e estudo, nas atividades de lazer, na roda de violão ou de caroé⁵ à noite, na organização das tarefas de viabilização do alojamento, nos momentos de alimentação, de repouso etc. O EV no SUS mantinha então o objetivo de produzir uma experiência de alta intensidade, mas o mergulho era junto aos demais estudantes e seus modos de ser, se organizar, lutar e se relacionar. O choque de realidade era buscado no confronto entre a organização e funcionamento dos

⁵ Jogo de roda no qual uma pessoa assume sua condução (o caroé), exige e testa a atenção dos participantes que devem dar respostas predeterminadas em função das chamadas do “caroé” sob pena de ter que beber de “virada” um copo de bebida caso erre ou deixe de responder. Cumpre um papel de ritual e mística de integração.

serviços de saúde, o modo de fazer a gestão pública, a luta social e as práticas de cuidado em saúde do local tido como experiência exitosa frente ao o local de inserção de cada estudante.

A título de síntese, podemos dizer que sobressaem como objetivos do ME nos EV no SUS a ampliação do compromisso e potência de cada estudante para a luta de construção do SUS, para a crítica e luta de mudança da formação e da escola e para a organização e engajamento de cada estudante na luta do ME. A aposta era que os estudantes, ao vivenciarem experiência exitosas de implementação do SUS, passassem não só a crer que de fato era possível avançar concretamente na luta da reforma sanitária como também conheceriam modos como isso fora construído e formatos concretos que isso ganhara em termos de sistema, serviços e práticas de cuidado, gestão, participação etc.

Pretendia-se, por meio do “choque” de comparação, aguçar a crítica aos serviços – estrutura, organização, funcionamento, práticas e sujeitos - que eram campos de prática da formação. Com a experimentação da vivência, enquanto processo pedagógico mais participativo, com mais autonomia estudantil e gerido pelos próprios estudantes – na condição de educandos, educadores e organizadores –, baseado na problematização interdisciplinar da realidade vivenciada e que combinava intensamente elementos cognitivos e afetivos, teóricos e emocionais, técnicos e políticos, militante e profissionais etc. buscava-se demonstrar aos estudantes o quanto o processo de formação do curso de medicina e as concepções, práticas pedagógicas e atitudes do docentes e preceptores eram tradicionais, obsoletos, pouco eficientes e autoritários.

Também se esperava muito da intensa vivência das relações estudantis e da auto-organização para a viabilização do dia a dia - mutirões de limpeza, brigadas para o café da manhã, comissão de alvorada etc. O contato dos colegas vistos como lideranças e o próprio amadurecimento político, teórico e comunicacional dos estudantes participantes. Todos esses processos deveriam contribuir para a produção de uma subjetivação afirmativa da: possibilidade, facilidade, potência, prazer e necessidade de auto-organização dos estudantes; constituição e multiplicação de coletivos estudantis; da integração em um coletivo maior e nas lutas do ME.

Assim, a partir de 1996, foram organizados vários EV no SUS pela DENEM. Mais nas férias de verão que nas de inverno e sempre em cidades identificadas nacionalmente ou regionalmente como avanços da reforma. Normalmente, estudantes que haviam

participado de um Estágio, buscavam oferecer outro nas férias seguintes aproveitando a experiência e empolgação com o EV em que foi participante.

Um fato novo aconteceu no fim da década de 90. As relações entre as executivas de curso foram estreitadas e fortalecidas com a reativação do Fórum de Executivas de Curso que voltou a ser um espaço de articulação do ME devido a três processos principais: o progressivo crescimento e fortalecimento das executivas de curso ao longo dos anos 90 (MISHE, 1996); a especificidade da estratégia de enfrentamento das executivas à política de ensino superior do Ministério da Educação do Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que, além de integrar a luta do ME geral de boicote ao Exame Nacional de Cursos (o Provão), estava envolvido na construção de uma alternativa de avaliação institucional do ensino superior no Brasil; e ao fato de que um Fórum com executivas fortes e em crescimento, com uma agenda de lutas que mobilizava os estudantes e com um proposta de ação mais “ sofisticada ” que a da UNE, tornou-se rapidamente um espaço de interesse para os grupos que disputavam ou a política da UNE nesse campo ou a própria direção da UNE.

As executivas da área da saúde se aproximaram e começaram a desenvolver mais ações conjuntas e, dentre essas ações, surgiu a proposta do Estágio Nacional Interdisciplinar de Vivência no SUS envolvendo mais fortemente, a princípio, as executivas nacionais de medicina, nutrição, veterinária, enfermagem e, pouco depois, fisioterapia, odontologia e psicologia.

Nesse mesmo período, mais especificamente em 2000, o ME da área de saúde criticou e lutou contra algumas propostas do Ministério da Saúde (MS) para o provimento de profissionais em equipes de saúde da família, entendidas pelo movimento na ocasião como pontuais e paliativas. Numa primeira fase desse processo, o MS acenou com um espaço de negociação para a mudança da proposta. Propôs ainda o financiamento federal do estágio nacional e interdisciplinar de vivência no SUS argumentando que a ele interessava fomentar iniciativas que reforçassem a importância da saúde da família e a necessidade de atuar nas regiões com maiores necessidades de profissionais.

Apesar de uma desconfiança inicial, venceu a posição entre as executivas de que deveriam participar dos dois processos: a negociação para mudança da proposta de provimento e a construção do estágio. O estágio começou a ser construído, foram escolhidas aproximadamente 10 cidades para as vivências e constituídas comissões

locais de organização com a participação dos estudantes e de representantes da gestão municipal.

Contudo, na agenda em torno da formulação do programa de provimento, seguiram acontecendo conflitos, cada vez mais abertos e públicos. O governo incorporou algumas proposições relevantes das executivas de curso e outras não. Depois de mudanças significativas no programa original, lançou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Em meio ao processo de disputa, a maioria das executivas saíram das negociações e houve afastamento entre as executivas que seguiram e as que não seguiram na formulação junto ao governo. Um dos resultados desse conflito foi o fim do acordo que permitiria o financiamento federal do estágio nacional e interdisciplinar de vivência no SUS. O governo não queria mais financiar e a maioria das executivas não queria mais o financiamento federal, embora tenha decidido fazer os estágios mesmos assim. Em 2001, cerca de metade dos estágios previstos conseguiu ser realizada mesmo tendo perdido o financiamento há menos de 3 meses da vivência.

O episódio como um todo parece ter produzido alguns aprendizados importantes. A partir daquela experiência, tanto a de organização quanto a de vivência interdisciplinar nos estágios realizados, se identificou que os estágios, a partir daquele período, deveriam sempre ser interdisciplinares e com estudantes de vários cursos, participando tanto da vivência quanto da organização, fosse por meio de uma articulação nacional entre as executivas ou devido à presença na comissão organizadora local dos Centros Acadêmicos (CA) dos vários cursos da área da saúde independente de suas executivas estarem ou não participando da iniciativa nacionalmente. Antes era comum ver um ou outro estudante de outro curso nos EV no SUS, mas a decisão a partir daquele momento foi de promover estágios realmente interdisciplinares e multiprofissionais.

Além disso, a partir de 2000, começaram a ser organizados novamente os EV em comunidade, numa versão também interdisciplinar, fruto do reconhecimento que os dois estágios eram diferentes e ambos eram necessários. Passaram a ser organizados prevendo momentos coletivos de reflexão teórica de preparo para a vivência e para o processamento do que foi vivenciado. Essas reflexões eram alimentadas com debates de noções etnográficas da antropologia e da educação popular até elementos da teoria da complexidade de Edgar Morin (2007).

Outro aprendizado foi a identificação de que, além do apoio dos governos municipais para a realização das vivências, poder-se-ia buscar o apoio de governos estaduais

progressistas e comprometidos o avanço do SUS para a realização de vários EV nas cidades daquele estado.

Nesse momento, no Rio Grande do Sul, o governador era Olívio Dutra (1999-2003), e a secretaria estadual de saúde (SES) era Maria Luiza Jaeger, que havia sido a representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) na comissão de reforma sanitária nos anos 80. Além disso, estavam na SES Alcindo Ferla, que havia sido um dirigente da DENEM numa época importante de discussão da concepção dos EV, e Ricardo Ceccim, então diretor da Escola Estadual de Saúde Pública. Esse contexto foi profícuo para que os estudantes dos vários cursos da área da saúde se articulassesem regionalmente e construíssem com o governo estadual um projeto de EV interdisciplinar no SUS em vários municípios do estado.

O projeto ganhou o nome de Vivências e Estágios na Realidade do SUS, ganhando a sonora e simpática sigla de VER-SUS, e passou a ser, pela primeira vez, uma política pública estatal com pretensões de continuidade. Dizemos pretensões porque o fato de, no ano seguinte em 2003, ter assumido a gestão do governo um grupo conservador fez com que a política fosse interrompida.

Porém, 2003 foi o ano que Lula assumiu o governo federal. Além de um discurso e projeto que apontavam para o fortalecimento das políticas sociais, o contrário da ênfase que o Governo FHC dava à necessidade de redução do papel do Estado, em seu MS estavam Humberto Costa, que como parlamentar e secretário de saúde de Recife, havia conhecido e apoiado os EV, Maria Luiza Jaeger, como dirigente da recém criada Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), e Ricardo Ceccim, como diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES).

O VER-SUS surge como proposta do MS logo no primeiro ano de governo e em 2004 acontece em dezenas de cidades do país como uma política pública nacional vinculada a um projeto mais amplo de mobilização e formação de coletivos comprometidos com a mudança da formação em saúde e com o desenvolvimento de práticas de educação permanente em saúde, traduzidas no programa Aprender-SUS (BRASIL, 2004) e na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Os VER-SUS aconteceram de 2004 a 2005. Amargaram uma interrupção no período de 2005 a 2010, quando o partido do movimento democrático brasileiro (PMDB) assumiu a direção do MS. Em 2011, o MS voltou a ser dirigido por quadros do movimento

sanitário ligados ao Partido dos Trabalhadores (PT). Mas mais do que isso, foi composto por vários quadros que foram da DENEM. A título de exemplo haviam sido coordenadores gerais da DENEM o ministro da saúde, Alexandre Padilha, o secretário da SGTES, Mozart Sales, e o diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB) e depois também Secretário da SGTES, Héider Pinto, um dos autores desse capítulo. Com efeito, em 2011 o VERSUS é retomado, inicialmente no DAB e, depois, em seu local de origem, a SGTES.

Nesse período de interrupção da realização do VER-SUS pelo governo federal, vários EV aconteceram por iniciativas do ME junto a governos municipais e estaduais, como o da Bahia, por exemplo.

Como muitos estudos e pesquisas têm contado a história dos EV a partir do momento que tornaram política pública do Estado, em 2002 com o governo gaúcho, não seguiremos com essa narrativa porque a histórica pode ser bem conhecida com a leitura desses trabalhos. Com isso seguimos para a seção de conclusão do capítulo.

CONCLUSÃO

Em primeiro lugar, vale dizer que, ao longo do tempo, os EV vêm cumprindo papel importante em mobilizar sujeitos e potencializar atores para a realização da luta coletiva dos estudantes pela mudança da formação e construção do SUS segundo os princípios da reforma sanitária brasileira. Mostrou também ao longo do tempo ser capaz de impactar, quantitativa e qualitativamente, a participação dos estudantes no ME e de construir uma implicação com essa luta, mesmo após passado o período de graduação. Em dinâmicas de apresentação, reconhecimento de grupo e reconstrução de história de vida realizadas em gestões do SUS nos três níveis, não raro, quando vemos pessoas que cursaram as faculdades a partir dos anos 2000, vemos sujeitos que marcam a participação ou organização de um EV como um divisor de águas na sua implicação com a construção do SUS.

Enquanto processo, os EV são modos ético-estético-políticos complexos da formação para o SUS, com grande intensidade de construção de conhecimentos e de produção de subjetivações. Ao mesmo tempo que se produz uma formação interventiva – mais nos próprios estudantes que nos serviços e nas pessoas que estão lá - concebe-se uma intervenção formativa. E esse processo ocorre conectado com práticas inovadoras

também na gestão, atenção e participação, afirmando valores democráticos e assumindo formatos dialógicas e cheios de afecções. Trata-se de uma abordagem político-pedagógica diretamente refletida sobre metodologias problematizadoras e interessada na estruturação de uma militância compromissada com a construção do SUS.

O caráter do sujeito implicado com um coletivo ou movimento carrega em si um sujeito epistêmico, com suas teorias, métodos e concepções. A implicação reflete nas disputas e situações vivenciadas. Em outras palavras, a questão ético-estético-política produz conhecimentos, habilidades, atitudes, implicação e potencializa a capacidade de intervenção, seja individual e/ou coletiva, problematizando experiências e os modos de produzir saúde e de reinventar outras experiências, tão ricas e complexas quanto.

Como dissemos, a experiência é marcante a ponto de encontrarmos sujeitos que se entendem como “filhos do VERSUS”. Uma conexão afetiva com uma experiência, mas principalmente, o vínculo com uma mesma luta: a defesa do direito à saúde, a defesa radical da produção de vida, a persistência em seguir sonhando e lutando por outros modos de viver.

As edições dos diversos estágios e encontros, quaisquer que tenham sido os papéis que os sujeitos assumiram neles, demarcam os atores envolvidos e determinados grupos de participantes possibilitando a construção de laços que transcendem as barreiras geográficas. Para esses sujeitos implicados o VER-SUS operou como uma potente experiência-máquina de produção de relações e subjetivações que, num só tempo, habitou as dimensões macropolítica e micropolítica. A micropolítica mobilizando desejos, emoções, corpos e a liberdade de se insurgir contra os instituídos, a macropolítica alimentando e subsidiando a organização do processo de luta e implementação de projetos de mudança coerentes com os objetivos micropolíticos: a tão cara busca dessa geração pelo máximo de conexão entre o desejar, pensar, dizer e agir.

Seguindo a análise de um ponto de vista mais macro, a história dos EV nos mostra, de um lado, no âmbito dos diversos sujeitos implicados, uma constante ação de realização e reinvenção dos EV e, de outro, do lado das organizações sociais e da própria máquina de Estado, períodos que oscilam entre assunção de responsabilidades, pretensões de continuidade, descontinuidades e retomadas. Mesmo o ME mostrou, ao longo do tempo, conferir maior ou menor prioridade aos EV o que refletiu na potência e abrangência que os mesmos tiveram na formação de estudantes e constituição de coletivos em cada período.

O pensamento hegemônico que toma conta do governo federal e de diversos governos estaduais nessa quadra, é, certamente, senão hostil, menos entusiasta de processos como o VER-SUS, seja em qualquer uma de suas dimensões, ética, política ou estética. De outro lado, o VER-SUS nunca havia mobilizado volume tão grande de pessoas e nem contado com tantas outras em espaços de gestão, formação e atuação no SUS que reconhecem e valorizam seu papel e potência.

Se um dos desdobramentos desse cenário é claro, a perda de incentivo governamental ao mesmo, ao menos no âmbito nacional e estaduais. De outro, a possibilidade de nova fase de auto-organização dos estágios é ainda mais presente e virtual que nas décadas anteriores e a oportunidade dos mesmos serem assumidos por gestões municipais interessadas em mobilizar sujeitos e coletivos em prol de projetos de mudança e resistência é ainda uma incógnita capaz de encher de expectativa os mais esperançosos ao mesmo tempo que alimenta receios nos mais céticos.

Em síntese, no caso do VER-SUS, por tudo que veio acontecendo nos últimos 15 anos, há um grau de descentralização de protagonismos e capacidades potentes para mobilizar sujeitos, coletivos e organizações na produção de novas experimentações. E, uma vez, que essas vivências são identificadas como processos de mobilização, formação, luta e resistência, pode ser que seja apropriada pela militância do SUS como parte integrante do necessário projeto de reencantamento de sujeitos para a defesa do SUS e do direito à saúde frente à forte ofensiva de destruição do pouco que avançamos em termos de Estado de bem estar social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS

ALMEIDA, Márcio J. **Educação médica e saúde:** possibilidades de mudanças. Rio de Janeiro: Ed. UEL & ABEM, 1999.

AROUCA, Sergio. **O dilema preventivista:** contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, 2003.

BARENBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 5^a. Ed. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996/07, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. [documento internet] 2007. Disponível em: <http://www.esp.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/66/2015/05/portaria_1996.pdf>. Acesso: mar/2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

DA CRUZ, Kathleen Tereza. A formação médica no discurso da CINAEM. 2004. 336 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

DENEM. História. Disponível em: <<http://www.denem.org.br/sobre/historia/>>. Acesso em: fev/2017.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Ligia. et al. (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**: volume 3: Maquiavel, notas sobre o estado e a política. Editora Record, 1999.

GUATTARI, Félix. Da produção de subjetividade. In: Caosmose; um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 11- 44

LOURAU, René. **Análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1995.

MARTINS FILHO, João Roberto. **Movimento estudantil e ditadura militar**, 1964-1968. Papirus Livraria Editor, 1987.

MISCHE, Ann. Redes de Jovens. **Teoria e Debate**, v. 31, 1996. Disponível em: <<http://www.teoriaedebate.org.br/materias/sociedade/redes-de-jovens>>. Acesso em: fev/2017.

_____. De estudantes a cidadãos. Redes de Jovens e Participação Política. **Revista Brasileira de Educação**, v. 6, p.134-150, 1997.

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade**: os sete saberes e outros ensaios. 4. ed. São Paulo: Cortez: 2007

PAIM, Jairnilson . **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Editora FIOCRUZ; 2008.

PINTO, Héider Aurélio. O Movimento Estudantil de Medicina e a transformação da Escola Médica. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 7, p. 159-160, 2000a.

_____. Reflexões: a DENEM como escola. Mimeografado, 2000b.

_____. Um olhar acerca da subjetividade da DENEM. Mimeografado, 2000c.

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

SANTOS, Rogério Carvalho. Um ator social em formação: da militância à descrição e análise do processo de formação médica no Brasil. 1998. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. Cortez Editora. 2º ed. Rio de Janeiro, 1989. p. 17-46.