

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**IMAGINÁRIO DOCENTE MÉDICO: O PAPEL DO
HABITUS MEDICUS NA SUA CONSTRUÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

LUIS AUGUSTO PEUKERT BASSI

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**IMAGINÁRIO DOCENTE MÉDICO: O PAPEL DO *HABITUS*
MEDICUS NA SUA CONSTRUÇÃO**

Luis Augusto Peukert Bassi

Tese de Doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Valeska Maria Fortes de Oliveira

**Santa Maria, RS, Brasil
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Tese de Doutorado

**IMAGINÁRIO DOCENTE MÉDICO: O PAPEL DO *HABITUS MEDICUS*
NA SUA CONSTRUÇÃO**

elaborada por
Luis Augusto Peukert Bassi

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Doutor em Educação

COMISSÃO EXAMINADORA:

**Profª Drª Valeska Maria Fortes de Oliveira
Orientadora**

Profª Drª Andrea Becker Narvaes (UNIPAMPA)

Profª Drª Dóris Pires Vargas Bolzan (UFSM)

Profª Drª Márcia Lise Lunardi-Lazzarin (UFSM)

Profª Drª. Maria Elly Herz Genro (UFRGS)

RESUMO

Tese de Doutorado
Programa de Pós-Graduação em Educação
Universidade Federal de Santa Maria

IMAGINÁRIO DOCENTE MÉDICO: O PAPEL DO *HABITUS MEDICUS* NA SUA CONSTRUÇÃO

AUTOR: Luis Augusto Peukert Bassi

ORIENTADORA: Prof^a Dr^a Valeska Maria Fortes de Oliveira

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 10 de Março de 2015

Esta pesquisa foi desenvolvida e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Educação da Universidade Federal de Santa Maria, na Linha de Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional, como Tese de Doutorado. Partiu de uma inquietação por parte do autor, ele mesmo um docente médico da instituição, com relação à forma como se constituem o médico, o docente e o docente médico, se este é um processo que guarda uma certa linearidade ou como ele se dá. Partindo dos conceitos de Imaginário de Cornelius Castoriadis no qual estaria inscrito e sobre o qual atuaria um *habitus medicus* - conceito oriundo do *habitus* de Pierre Bourdieu – a pesquisa direcionou-se para uma exploração junto a um grupo de docentes médicos desta universidade tentando acessar algumas concepções presentes no imaginário destes sujeitos de pesquisa, focando principalmente a atenção na construção e atuação de um *habitus medicus* com função estruturante destes imaginários, individuais e sociais. A metodologia adotada consistiu na realização de entrevistas semi estruturadas que posteriormente foram submetidas a uma análise de conteúdo. Da discussão decorrente da categorização e unitarização do *corpus* concluiu-se que é possível sim identificar um *habitus medicus* nos sujeitos de pesquisa, *habitus medicus* este cuja construção se inicia precocemente, ao adentrar-se ao curso de graduação em medicina, geralmente à sombra do *habitus medicus* de um outro professor, mais velho e influente, paulatina e inexoravelmente, levando a determinar como se dará a futura atuação do docente médico. A atuação dos profissionais, contrariando algumas das expectativas iniciais do próprio autor desta Tese, não coloca em oposição as funções de médico e de docente, mas antes as colocam em consonância, indissociavelmente unidas tanto na atuação técnica quanto didático pedagógica, variando apenas a intensidade com a qual um ou outro aspecto se mostra. Do evidenciado pelos docentes médicos, sujeitos de pesquisa, fica a ideia de que a sua formação didático pedagógica é deficitária, conforme eles mesmos reconhecem, sendo necessárias maiores ações institucionais no sentido de contornar esta situação. A adoção da ideia de que há um *habitus medicus* atuante nestes indivíduos, conferindo ao processo uma dinâmica diferenciada, poderá fazer com que, futuramente, as ações implementadas dentro do universo do ensino médico sejam reconfiguradas.

Palavras-chave: *habitus medicus*. Formação de professores. Imaginário

ABSTRACT
Doctoral Thesis
Program of Graduate Studies in Education
Federal University of Santa Maria

**IMAGINARY MEDICAL TEACHING: THE ROLE OF HABITUS
MEDICUS IN YOUR BUILDING**

AUTHOR: Luis Augusto Peukert Bassi

ADVISOR: Prof. Dr. Maria Strong Valeska de Oliveira

Date and Place of Defense: Santa Maria, March 10, 2015

This research was developed and presented to Program of Graduate Studies in Education, Education Center, University Federal of Santa Maria, Research Line of Knowledge and Professional Development, as Doctoral Thesis. Started from a concern on the part of the author, himself a medical teaching in this institution, with respect to how a subject became a physician, a teacher and a teaching physician, if this is a process that carries a certain linearity or how it happens. Based on the concepts of Imaginary by Cornelius Castoriadis in which would be insured and on which act one *habitus medicus* - coming from the concept of Pierre Bourdieu's *habitus* - the research was directed to a holding with a group of medical school of this university attempting to access some views present in their imaginaries of these research subjects, mainly focusing attention on the construction and operation of a *habitus medicus* structuring role of these imaginary, individual and social. The methodology consisted of semi-structured interviews which were then subjected to content analysis. The consequent discussion with the categorization and unitarization of the *corpus* concluded that it is possible to identify a *habitus medicus* in research subjects, whose construction begins early, when entering to the undergraduate course in medicine, usually in the shadow of an *habitus medicus* of another teacher, older and influential, slowly and inexorably, leading to determine how to give future medical teacher's performance. The work of professionals, contrary initial expectations of the author of this thesis itself, does not put as opposed medical functions and teaching, but rather put them in line, inseparably united both technical and pedagogical teaching performance, varying only the intensity with which one or another aspect shown. Do evidenced by professors, research subjects, is the idea that their educational didactic training is deficient, as they themselves recognize, requiring major institutional actions to get around this. The adoption of the idea that there is a *habitus medicus* active in these individuals, giving the process a different dynamic, making that future actions implemented within the medical education 's universe could be reconfigured.

Keywords: *habitus medicus*. Teacher training. Imaginary

SUMÁRIO:

1. PRIMEIRAS PALAVRAS:	8
2. ANTES DOS ACHADOS:	14
2.1 A percepção do problema	14
2.1.1 O tornar-se médico	16
2.1.2 Médicos são professores?	20
2.2 Os pressupostos: imaginário e habitus	24
2.2.1 O imaginário	24
2.2.2 Bourdieu e o habitus	31
2.2.3 Habitus medicus	34
3. AS QUESTÕES DE PESQUISA:	39
4. O PERCURSO INVESTIGATIVO:	40
4.1 Como investigar	40
4.2 Entrevista semiestruturada	42
4.3 Análise de conteúdo	44
5. A PESQUISA EM SI	45
5.1 ...E um primeiro percalço	45
5.2 Apresentando os sujeitos de pesquisa	45
5.3 O corpus e o processo de unitarização e categorização	48
5.4 Os achados ou o que dizem os docentes médicos da UFSM	50
5.4.1 Marcos históricos: (ou como, historicamente, cheguei até aqui?)	52
5.4.1.1 Motivação para fazer medicina	52
5.4.1.2 Influência familiar.....	53
5.4.1.3 Ensino médio.....	55
5.4.1.4 Vestibular.....	56
5.4.1.5 Graduação em medicina.....	58
5.4.1.6 Residência.....	63
5.4.1.7 Experiência profissional extra-universidade.....	64
5.4.1.8 Tempo de formado e tempo de docência.....	65
5.4.1.9 Carreira docente.....	66
5.4.2 O médico visto pelos outros: (ou como me enxergam como médico?).....	68
5.4.2.1 Cultura médica na família.....	68
5.4.2.2 Amigos e grupo familiar menos próximo.....	69
5.4.3 Docente médico (ou por que sou médico e docente?).....	70
5.4.3.1 Primeiras influências para a Docência.....	70
5.4.3.2 O que atrai na docência.....	72
5.4.3.3 Primeiras experiências como docente	73
5.4.3.4 Preparação didática.....	74
5.4.3.5 Pesquisa ou docência?.....	77
5.4.4 Percebendo-se (quem sou eu, docente médico?).....	79
5.4.4.1 Professor ou médico?.....	79

5.4.4.2 Sou diferente porque faço medicina?.....	81
5.4.4.3 Professor de medicina visto pelos outros.....	82
5.4.4.4 Gosto muito do que eu faço.....	86
5.4.4.5 Deficiência docente.....	95
5.4.4.6 Docentes médicos e não médicos.....	97
5.4.5 Daqui em diante (ou o que se poderia fazer de diferente?).....	101
5.4.5.1 Propostas para a instituição.....	101
6. À GUIZA DE CONCLUSÃO	106
7. REFERÊNCIAS	120
8. ANEXOS	124
8.1 Anexo 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada	124
8.2 Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	125
8.3 Anexo 3 – Termo de confidencialidade.....	127

1. PRIMEIRAS PALAVRAS:

A presente Tese de Doutorado insere-se na Linha de Pesquisa LP1 - Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional, enquadrando-se na Temática de Pesquisa do Imaginário e Narrativas de Formação do Programa de Pós-Graduação em Educação, do Centro de Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Tem como mote a exploração dos conceitos e percepções presentes no Imaginário de um grupo de professores do Curso de Medicina da UFSM, em diferentes estágios da sua carreira docente, sobre como se dá a construção do seu *habitus medicus* e como este impacta na constituição deste mesmo imaginário docente médico. O contato com os conceitos e concepções presentes no Campo do Imaginário, no âmbito do GEPEIS (Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Imaginário Social) da UFSM, é o principal motivador do desenvolvimento deste trabalho. Operar com o conceito do Imaginário Radical de Castoriadis é algo que modifica profundamente a forma como se compreende as relações pessoais e sociais. No contexto da profissão docente médica, especificamente, abre a possibilidade de que se desenvolva um outro olhar, menos determinístico e homogeneizante, a ser lançado sobre o grupo de profissionais que a constituem. Abre-se, assim, espaço para que as características pessoais do professor apareçam, inscritas no seu Imaginário pessoal, assim como permite que se interprete as relações entre este e o Imaginário Social no qual ele está imerso. O *habitus medicus* aparece, então, como um núcleo de referências, inscrito neste imaginário, que define o profissional - médico, docente, docente-médico - de várias maneiras, dependendo de onde focamos nossa atenção, quer na questão das representações sociais do professor, do indivíduo, do médico ou qualquer associação entre elas que nossa capacidade imaginativa permitir. Considerando que a presença de um Imaginário é algo inevitável - todos somos portadores de um -, que ele dá sustentação à realidade - já que nos movemos dentro dos limites do nosso imaginário e do permitido pelo imaginário social - e que o seu estudo permite relativizar muitas posições que de outra forma poderiam estar rígida e estaticamente definidas, produzir um trabalho sob a lente do Imaginário é uma empreitada cujo impacto enquanto dispositivo de mudança de concepções sobre a docência médica, embora ainda esteja por ser devidamente avaliada, carrega em si uma enorme

potencialidade em termos de compreensão e eventual modificação do panorama hoje posto.

Naturalmente este não é um projeto que nasce desvinculado da trajetória do seu autor. Aliás, embora esta seja uma possibilidade teórica, na prática é muito improvável: a implicação do autor com a sua obra é algo bem evidente e inúmeras vezes citado na literatura pertinente. Nas palavras de Flick (2009):

As questões de pesquisa não saem do nada. Em muitos casos, originam-se na biografia pessoal do pesquisador e em seu contexto social. A decisão sobre uma questão específica depende em grande parte dos interesses práticos do pesquisador e de seu envolvimento em determinados contextos históricos e sociais. Tanto os contextos cotidianos como os específicos desempenham aqui um papel. (FLICK, 2009, p. 183).

Esta é uma observação totalmente transponível para esta proposta de tese: sou egresso do mesmo Curso de Medicina cujos sujeitos elegi para a realização desta pesquisa. Alguns dos possíveis candidatos, especialmente os mais antigos, foram meus professores e, portanto, estive sob a influência deles ao longo de momentos decisivos da minha formação. Alguns dos mais novos foram ou contemporâneos meus ou indivíduos que tutei enquanto médico residente do Hospital Universitário de Santa Maria. Não bastasse este envolvimento direto com o objeto de estudo, também sou professor deste mesmo curso há mais de dez anos, ou seja, também sou portador de um imaginário recheado dos mesmos (pré)conceitos que igualmente afetam minha trajetória formativa nos aspectos pessoal e profissional.

Já muito se disse sobre a falta de preparo dos professores universitários em geral e dos professores médicos em particular para o exercício da docência. Na minha Dissertação de Mestrado (BASSI, 2006) feita neste mesmo Programa de Pós-Graduação em Educação discuti o assunto ao deparar-me com os achados da pesquisa em si. Este despreparo, todavia, não impede que os professores exerçam sua função a contento, isto é, sabe-se que de uma forma ou de outra – mais árdua para alguns, mais tranquila para outros – os alunos acabam aprendendo e, eventualmente, tornando-se profissionais capazes de atuar como médicos. As estratégias adotadas pelos professores consistem, via de regra, em remeter-se a modelos anteriormente vivenciados (MARCELO-GARCÍA, 1999, MASETTO, 2000;

FEUERWERKER, 2002; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; ISAIA, 2003) ou procurar apoio em áreas específicas, como eu mesmo tentei fazer ao cursar meu Mestrado em Educação. Estas formas utilizadas para dar conta da tarefa docente médica visam contemplar, basicamente, um incremento na capacidade de transmissão do conhecimento técnico ou, talvez melhor dito, propiciar uma melhor aquisição de conhecimento e domínio dos aspectos técnicos ligados ao exercício da medicina por parte dos acadêmicos. Existe uma outra dimensão da formação, todavia, que não se inscreve nos limites estreitos das technicalidades.

Já do senso comum origina-se a ideia que as pessoas são enormemente influenciadas pelos professores que tiveram. Um bom professor, ainda que ministrando um determinado conteúdo que pareça a princípio desinteressante, pode torná-lo atraente. No sentido inverso, um professor que não consiga estabelecer um pacto de ensinagem (ANASTASIOU & ALVES, 2003) com uma determinada turma de alunos passa a ser conhecido como um “mau” professor e, eventualmente, pode levar ao desenvolvimento de um certo rechaço¹ com o conteúdo ministrado, por mais importante para a formação do indivíduo que este possa ser. Os exemplos abundam, chamando muito mais a atenção os do segundo tipo do que do primeiro, embora, como tive oportunidade de perceber ao longa da realização desta pesquisa, a influência docente apontada como positiva é também muito comum, ao menos entre o grupo pesquisado.

A existência de uma resposta dos alunos à figura do professor deixa evidente um aspecto interessante da formação do futuro médico: há mais em jogo durante o processo do que simplesmente a aquisição de uma massa de conteúdos específicos, de cunho eminentemente técnico. É voz corrente entre os professores médicos que os alunos mudam ao longo do curso. Sendo o Curso de Medicina da UFSM um curso longo, como os demais cursos semelhantes no Brasil, que se desenrola durante um período mínimo de seis anos, é de se esperar que os alunos ingressantes e os egressos estejam, efetivamente, em fases distintas de suas vidas. Naturalmente há um certo amadurecimento ao longo do processo, quando não pelo simples passar do tempo – que nada garante, *a priori* – ou, muito mais provavelmente, pela elaboração das experiências vividas. Porém, há um fenômeno

1 No Curso de Medicina utiliza-se frequentemente a expressão “desenvolve anticorpos”

intrigante que se manifesta de forma gradativa e evidente, que parece entranhar-se nos alunos ao longo de todo o caminho de formação do futuro médico: os egressos têm o que poderíamos denominar “um jeito de médicos” que eles não tinham ao ingressar na escola médica. Alguns diriam que isso é mais do que esperado e lógico, afinal agora, no momento em que se formam, eles são realmente médicos, o que antes não eram. Dito de outra forma, eles agora agem e pensam como médicos. Esse processo de tornar-se médico acontece à sombra da figura de um médico mais experiente, figura esta que ao longo da história recebeu diversas denominações (pajé, xamã, curandeiro, homem-medicina, sacerdote médico) e hoje é chamado de Professor de Medicina. A incorporação progressiva deste jeito de médico ao seu jeito de ser acontece exatamente porque o professor também tem esse jeito, sendo um médico formado no passado dentro da mesma tradição que hoje forma este indivíduo. O processo de aquisição ou desenvolvimento deste jeito médico não se dá como uma simples cópia, uma reprodução, mas antes com uma reelaboração onde as influências são nítidas, embora o resultado final não seja homogêneo ou totalmente previsível, em função das características pessoais de cada indivíduo.

Uma abordagem mais estruturada deste fenômeno pode ser obtida se adotarmos o conceito, apresentado por Bourdieu, do *habitus*, por ele definido como sendo um “sistema de disposições duráveis e transferíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas as necessidades objetivas das quais ele é o produto” (BOURDIEU, 2003, p. 73). Deste conceito podemos retirar dois pontos importantes: o *habitus* é durável, ou seja, ele permanece relativamente estável ao longo do tempo (e por isso médicos tem um jeito de médico que pessoas de diferentes épocas reconhecem como tal) e é transferível (portanto é possível que um novo médico aprenda a ter esse jeito que o fará ser reconhecido como médico). Se perguntarmos à alguém como um médico aprende a ser médico, possivelmente a resposta será algo do tipo “estudando e convivendo com médicos mais velhos”. Esta é uma ideia que, provavelmente, corresponde em grande medida à realidade e que parece se preservar no tempo, embora muitas vezes permanecendo circunscrita ao senso comum, sem que uma abordagem mais objetiva do desenrolar do processo seja adotada em estudos na área. Este aspecto da formação, a construção do *habitus medicus*, acaba ficando um tanto relegada ao acaso, como se fosse um “dom” ou

algo desenvolvido espontaneamente. A percepção por parte do professor de como ele constrói o seu *habitus medicus* ao longo da vida e como isso influencia na formação dos seus alunos - o sentido final de ser professor de medicina ainda é formar médicos - pode funcionar como um potente dispositivo de formação docente na medida em que, repensando a sua trajetória, o docente médico pode repensar e eventualmente reformular sua forma de agir e pensar.

Fazendo parte da trajetória formativa do docente médico e se constituindo como um processo intersubjetivo, de auto e hetero formação (MARCELO GARCÍA, 1999), é surpreendente perceber que há pouca produção sobre o que poderíamos chamar de *habitus medicus*, expressão que aparece na literatura esporadicamente (LUKE, 2003). Talvez o fato se explique pela não utilização frequente do conceito do *habitus* fora do campo da sociologia, embora ele possa ser, a meu ver, algo útil para entender melhor as questões aqui propostas. Um ponto de grande interesse, volto a salientar, reside na expressão “transferível”, deixando claro que este *habitus medicus* é transmitido - ou ao menos é construído à sombra de outro *habitus* - de alguém que já o tem, previamente, para alguém que passa a possuí-lo também. Dito de outra forma, do professor, já médico, para o aluno, médico em formação. Parece-me que adotando este conceito a visão de como se dá a formação médica pode ser vista sob uma nova lente, de uma outra forma mais ampla, que transcende os limites estreitos das salas de aula, das grades curriculares e das ementas disciplinares. Passa-se a ter um substrato sobre o qual trabalhar para tentar entender melhor este processo de formação ou constituição do médico como profissional de saúde e da educação que transcende o cenário acadêmico formal.

Mesmo se aceitarmos que cada médico tem o seu *habitus*, inscrito no e circunscrito pelo seu próprio imaginário individual, não podemos deixar de considerar as características em comum, que configuram a própria existência e constituição do *habitus medicus*, talvez melhor denominado nesta perspectiva de *habitus medicorum*. Sendo este um constituinte tão importante da estrutura de personalidade do professor médico, torna-se importante buscar explorar ou minimamente discutir as características peculiares do seu desenvolvimento bem como a investigação de como e se estas mudam ao longo do tempo. Como o *habitus* atua na interface entre o imaginário pessoal, individual, e o imaginário

coletivo, social, há a necessidade de considerar as concepções sociais que acompanham ou determinam a atuação técnica médica e docente também. Tentar levantar indícios destes foi um processo curioso e divertido, até certo ponto, embora trabalhoso, no qual não tenho certeza de ter tido sucesso. Deixo este julgamento a cargo do eventual leitor.

2. ANTES DOS ACHADOS:

2.1 A percepção do problema

Sou professor de medicina da UFSM, em regime de dedicação exclusiva. “Grande coisa”, dirão muitas pessoas. Fugindo da tentadora possibilidade de começar uma discussão sobre se é uma “grande coisa” ou não, o fato de me identificar como professor e de conviver com o meio acadêmico, me faz a todo momento esbarrar com colegas, alunos, funcionários, médicos residentes, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, funcionários do hospital, enfim, com uma constelação de indivíduos e isto coloca, obrigatoriamente, as relações das e com as pessoas em perspectiva. Curiosamente, em nenhum momento deixo de ser reconhecido como médico e professor de medicina. Mesmo pessoas com quem não tive contato até então quase imediatamente me colocam no “lugar” de médico e professor. Por que isso acontece? Tive a curiosidade de, informalmente, perguntar para algumas delas e a resposta sempre foi algo do tipo “o senhor tem jeito de professor de medicina”. Entendo, a princípio, grosseiramente, o que elas querem dizer: o “jeito” é um conceito um tanto fluido, mas está ali e percebemos, ainda que sem racionalizar muito, o que ele seja. Meus colegas professores, mesmo tendo cada um seu jeito distinto, tem também um “jeito de professor de medicina”. Vejo isso, reconheço isso. Mas como falar desse jeito? Como apreendê-lo? E, talvez mais importante, por que fazê-lo?

A profissão médica, na qual se inscreve a função de ensinar medicina, segundo o Código de Ética Médica², está em um momento de crise, segundo tudo indica. Os médicos têm sido alvo de críticas por parte da sociedade, algumas muito pertinentes, outras nem tanto. Dentro da classe médica isto também acontece e, obviamente, repercute com muita força dentro da escola já que os alunos muito se interessam pelos rumos que o exercício da medicina tomará no futuro e que lugar eles ocuparão neste cenário. As discussões sobre a formação médica desejável tem sido bastante intensas, muito em função das modificações periodicamente apresentadas pelos órgãos competentes nas Diretrizes Curriculares dos cursos de

2 No Preâmbulo do Novo Código de Ética Médica, que entrou em vigor, em 2009, lê-se: “O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina.” Ou seja, o exercício da docência por parte de médicos passa a ser regida pelo código de ética, como parte do exercício profissional médico.

medicina, onde explicitamente se delineia um perfil do egresso dos cursos médicos. Isto interessa – e muito – aos docentes médicos porque, em última análise, fornecem os parâmetros da nossa atividade, determinando, no mínimo, quais são os pontos de chegada para os quais devemos direcionar os nossos alunos. Tarefa árdua, especialmente quando discordamos ou não vemos como essenciais algumas das metas colocadas. Discussões “conteudísticas” à parte, continuamos formando médicos com jeito de médicos. E somos professores com jeito de professores. Mais do que isso, observamos uma inter relação entre o jeito dos professores e o jeito adquirido pelos alunos. Isto é bem evidente, quase folclórico: alunos saem parecidos com seus professores. Mas como isso se dá? De que maneira essa “transferência de jeitos” acontece? Pensar nisto e nas repercussões eventuais – positivas e negativas – me parece, no mínimo, prudente. Daí decorre a importância de pensar sobre o jeito de ser professor.

Pensar em e falar em professores médicos nada tem de inédito na minha trajetória acadêmica. Já na minha Dissertação de Mestrado, intitulada Como o Professor Médico Percebe a Sua Formação ao Longo da Trajetória: Em Busca das Marcas Constituintes do Processo de Formação Docente (BASSI, 2006) eu me embrenhei neste terreno inóspito e pantanoso. As conclusões a que cheguei não diferiram grandemente do que é encontradiço na literatura, isto é, que

os professores de ensino superior têm, como principal característica, o fato de serem selecionados para atuar dentro de uma área específica, seleção esta baseada de forma quase exclusiva na sua competência científica ou técnica. A dimensão didática é, de forma quase uniforme, relegada a um segundo plano, considerada muito mais como um pendor natural, próprio de cada indivíduo e não como algo que possa – ou necessite – ser aperfeiçoada. Os docentes médicos não são exceção à esta regra. E como a quase totalidade dos seus colegas de ensino superior acabam por formar-se ao longo da sua trajetória docente, em constante interação com alunos, colegas, instituição onde trabalham e conjuntura social na qual estão imersos. (BASSI, 2006, p. VI)

O contato com meus sujeitos de pesquisa de então, propiciado pela pesquisa realizada, em muito contribuiu para o meu processo pessoal de constituição docente e de desenvolvimento da percepção da necessidade de desenvolvimento de uma “professoralidade como um processo de construção do sujeito, neste caso o professor, que acontece ao longo da trajetória da sua vida” (OLIVEIRA, 2003, p.

258). Este processo, permanentemente em curso, levou-me a outras leituras, o que acabou por resultar em um fortuito e feliz encontro com o conceito de Pierre Bourdieu do *habitus*, que norteia a presente pesquisa. O processo de construção do *habitus* de um professor de medicina, considerando as conclusões presentes na literatura - que este primeiro se estrutura como profissional médico e depois como docente - percorre uma trajetória de formação grosseiramente previsível no que concerne ao seu aspecto temporal embora recheada de nuances pessoais. Primeiramente o indivíduo se forma como médico e posteriormente opta ou é levado à docência por questões circunstanciais. No escopo desta proposta o conceito de Trajetória de Formação adotado é aquele proposto por ISAIA (2003), definido como sendo

percurso construído na inter-relação das dimensões pessoal e profissional, em que a pessoa do professor se reconhece ao longo do mesmo, formando-se e transformando-se em interação com os grupos com os quais interage. (ISAIA, 2003, p. 370)

Uso este conceito aqui associando-o à ideia de que neste processo se constrói e modifica o *habitus medicus* dos professores médicos, (re)formando de forma constante o seu Imaginário. Tendo isto em mente, repassemos rapidamente os marcos deste trajeto formativo.

2.1.1 O tornar-se médico

Quando alguém se torna médico? Formalmente não há nenhum grande problema em responder a esta questão. Afinal, há um momento em que o coordenador do curso de medicina no qual o jovem médico estuda lhe impõe o grau e pronuncia a fatídica e definitiva sentença, o famoso “podeis exercer a medicina”, algo que aos ouvidos de alguns pode soar mais como uma sentença condenatória do que como uma prerrogativa. Sim, formalmente este é o momento em que, congelado no tempo, o indivíduo se torna um médico, em que ele “recebe o canudo”, na gíria acadêmica. Sintomaticamente o “canudo” é vazio, oco. Bonito na foto, colorido, serve para ser exibido. Só. Só? É um símbolo, naturalmente, de uma caminhada, de um ciclo que se encerra enquanto outro se inicia. “Podeis exercer a medicina” e não “tens que exercer a medicina”.

Outras questões se originam destas reflexões, naturalmente ligadas a

biografia de cada um, às suas vivências, experiências e recordações. Tema para muitas outras discussões, teorizações ou textos inspirados. Mas não era disso que falávamos. A pergunta era: quando alguém se torna médico? Talvez pudéssemos desdobrar essa questão em duas outras: quando alguém começa a se tornar médico e, por extensão, quando alguém termina de se tornar um médico? Poder-se-ia simplificar, colocando as respostas, temporalmente, no período de formação: começa-se a ser um médico quando se inicia os estudos na escola de medicina; temos um médico formado quando alguém termina o curso médico. Simplificação grosseira, na verdade. Começamos pelo final: se ao terminar a graduação um médico estivesse totalmente formado, capaz de exercer sua profissão por um tempo “de vida útil” bastante extenso isso seria ótimo. Ainda persiste entre as pessoas, nos mais variados contextos, muito daquela ideia de que primeiro se estuda, formando-se um profissional, e que depois este vai para o mercado de trabalho colocar em prática o que aprendeu na faculdade. Isso não é prerrogativa da medicina, naturalmente. Talvez em outros tempos isso fosse possível: atualmente a velocidade de produção de conhecimentos rapidamente torna obsoletos aqueles adquiridos na escola médica, fazendo com que os médicos precisem continuamente estudar e se atualizar. Berwanger e Figueiró (2010) estimam que aproximadamente dois milhões de artigos médicos são publicados anualmente no mundo. Tal volume de produção é impossível de ser abarcado por um indivíduo isoladamente: aquelas míticas figuras históricas dos grandes mestres que estavam familiarizados com todo o conhecimento da sua época cada vez mais se tornam distantes de uma realidade contemporânea. A necessidade de continuar obtendo conhecimentos e informações em medicina faz com que os médicos continuamente busquem cursos de aperfeiçoamento ou fontes de informações confiáveis que os mantenham razoavelmente atualizados. Estratégias como a Medicina Baseada em Evidências (SACKETT, 2003) tem encontrado seu lugar na formação continuada dos médicos exatamente porque a produção de material excede em muito a capacidade de consumo individual.

Disso tudo se depreende que o final da formação médica não é um momento detectável, congelado no tempo, já que existe a necessidade de uma “formação continuada”, de uma “atualização constante”, de uma “busca por novos

conhecimentos” ou seja lá qual possa ser a expressão ao gosto dos indivíduos. Modifiquemos nossa visão em cento e oitenta graus então: se não é possível determinar um momento em que o indivíduo termina sua formação médica em que momento ele a inicia? Novas dificuldades se impõem: ser médico é mais do que deter os conhecimentos técnicos da profissão. Não por acaso muitos profissionais, especialmente os professores de medicina, falam de uma dimensão diversa da área técnica, por alguns deles definida como “arte”. A arte da medicina. Nada de inédito nessa expressão já um tanto arcaica, utilizada para abarcar todas aquelas características que não se enquadram numa análise objetiva e determinista da profissão. Servindo-nos novamente do senso comum vamos por várias vezes encontrar afirmações de que algumas pessoas tem o “dom” para exercer medicina e que outros são privados deste. Se admitirmos algo neste sentido, teremos que aceitar que está “na natureza” de algumas pessoas ser médico. Nasceriam estes indivíduos já médicos então? Afirmação precipitada, facilmente refutada pela lógica mais rasa. Afinal, ninguém nasce formado, com um futuro obviamente determinado. Um dom, se é que isso existe, precisa ser lapidado e direcionado. Um médico precisa aprender a ser médico. Um médico precisa ser formado, afinal de contas.

E então nos deparamos com a ideia da formação. Se um médico precisa ser formado, o local em que isso acontece, contemporaneamente, é a escola médica. Não há dúvida disso. Médicos se formam em cursos de medicina espalhados atualmente pelos mais distantes e remotos cantos do mundo, embora eles pareçam, na atualidade, ter uma curiosa tendência de aparecer ou se multiplicar nos locais em que a concentração de pessoas - e conseqüentemente de renda - é maior. Nada de novo neste aspecto também. Entretanto precisamos tomar o cuidado de não naturalizar esta situação: nem sempre os médicos se formaram em escolas médicas. Nem sempre houve um currículo para se aprender medicina. A medicina nem sempre foi científica. Não existe, desde sempre, uma diferenciação entre a técnica e a arte em medicina. Da leitura de textos antigos, inclusive é possível perguntar-se se havia uma separação clara entre o médico e a medicina por ele exercida, se é que isso é possível mesmo nos dias de hoje.

Então resta uma dúvida maior ainda ao final destas considerações preliminares à nossa discussão mais importante: conclui-se que não se pode

determinar em que momento um indivíduo começa a ser médico nem quando ele termina sua formação. De maneira prudente, talvez na ânsia de precisar dar conta destas questões no escopo de uma pesquisa, poderíamos dizer que alguém começa a ser médico quando nasce e termina sua formação médica quando morre. Isto, claro, se não considerarmos as possibilidades apresentadas pelas doutrinas religiosas que acreditam que existe vida após a morte. Ou vidas entre as mortes. Talvez mortes entre vidas? Não, não nos assustemos: não vou acabar por concluir que ser médico faz parte do carma do indivíduo. Mesmo porque as evidências científicas neste sentido são, para dizer o mínimo, frágeis ou talvez controversas, para mantermos o debate no nível do politicamente correto. Consideremos, portanto, que a formação de um médico não compreende um período isolado da sua vida nem está marcada por um momento determinado. Ela decorre ao longo da existência, enquanto este percorre um trajeto de formação, constituindo-se e reformulando-se ao longo de toda a sua vida, nos mais diferentes aspectos.

Se existe algo que se pode tirar destas reflexões é que um indivíduo, para ser médico, precisa de um período de treinamento formal onde ele desenvolve as habilidades e atitudes que o fazem ser reconhecido como médico. Um período em que ele é tutorado e se apropria de conhecimentos e habilidades, desenvolvendo atitudes que permitirão que ele venha eventualmente a ingressar no dia a dia da sociedade com um status diferente daquele que teria como aspirante a médico ou estudante de medicina, num período em que, paulatina e inexoravelmente, desenvolve o que me proponho a chamar de *habitus medicus*. Ao longo da história humana a forma como isso se deu variou muito pouco: pode-se inclusive dizer, sem muito medo de estar errado, que mudou o contexto, não o sentido, outra ideia consonante com o conceito de *habitus*. Este contexto em que se insere socialmente o médico inscreve-se no imaginário social, conceito este que será discutido oportunamente mais adiante.

No Brasil atual vivemos um momento em que muito do que está cristalizado no imaginário dos médicos e da sociedade aflora - eventualmente de maneira violenta e agressiva - fazendo com que os médicos sejam apontados, não raras vezes, como responsáveis ou culpados pela situação da saúde (ou falta dela, pelo pouco atendimento) da população. Observar as manifestações diárias em redes

sociais e na imprensa - sobre tópicos como o Ato Médico ou os projetos do governo de modificar a formação médica - a partir de uma perspectiva que privilegie o imaginário social permite modificar grandemente a percepção destes fatos. Muito do que se diz na verdade parte de concepções e conceitos impressos no nosso imaginário há tanto tempo que sequer conseguimos precisar. Mas que ainda estão em transformação, como lhes é inerente.

2.1.2 Médicos são professores?

Novamente abro uma sessão discutindo algo que parece óbvio. Poder-se-ia dizer que, obviamente, se existem escolas de medicina e nelas docentes médicos, então os médicos, claro, são professores. Formalmente sim, esta é uma resposta satisfatória. Mas a questão tem algumas implicações um tanto mais sutis. Historicamente a medicina carrega consigo as figuras de um médico mais experiente que atua junto à população e de um aprendiz que o assiste e eventualmente torna-se, ele mesmo, médico (LOPES, 1969; SOUZA MELO, 1898; LYONS & PETRUCCELLI, 1997). Poder-se-ia dizer que isto é inerente à existência da medicina, nas mais diversas culturas e contextos, o que faz com que o próprio exercício desta profissão abarque uma dimensão didática. A prática profissional médica tem uma certa dimensão educativa no sentido de que se precisa orientar pacientes, individual ou coletivamente, sobre medidas protetivas ou promotoras de saúde. Os cursos médicos como hoje estão constituídos ainda permitem que uma certa ação educativa ocorra mesmo fora do domínio formal da relação docente/discente. Muito do aprendizado dos acadêmicos de medicina se dá na interação com colegas de semestres mais adiantados do curso, com médicos residentes ou médicos contratados dos hospitais que não são, formalmente, docentes. Ou seja, é ponto passivo que o ser médico implica em eventualmente tutorar colegas mais jovens em formação. É algo naturalizado, até. É da naturalização que podemos começar a pensar e problematizar produzindo teses, problemas de pesquisa. Neste caso, a tese da existência e influência de um *habitus medicus* na formação do professor médico. Não raro, em algum momento deste exercício compulsório das atribuições docentes na atuação médica surge uma percepção, uma centelha que é muitas vezes apontada como sendo quando o futuro professor médico se dá conta de que

poderia vir a exercer a função de docente como uma importante dimensão da sua atuação profissional. De forma análoga ao discutido sobre a impossibilidade de demarcar um momento em que alguém começa ou termina de se constituir médico, a constituição de um docente médico também é paulatina e se inscreve no trajeto formativo do indivíduo. Alguns apontam o prestígio de ser reconhecido como professor como algo que motiva os médicos a construírem uma carreira docente, mas esta é uma questão ainda em aberto que, na minha visão, se apoia sobre argumentos um tanto frágeis já que a grande maioria dos docentes médicos ainda ancora a sua identidade sobre a formação técnica em detrimento da docente. Ou seja, apresenta-se como médico e não como professor. No panorama do ensino das nossas universidades esta não é uma característica exclusiva da área médica, como bem salienta Zabalza ao dizer que a identidade do professor universitário “costuma estar mais centrada em suas especialidades científicas do que em suas atividades docentes” (ZABALZA, 2002 , p. 107), fenômeno também apontado por diversos outros autores (MARCELO-GARCÍA, 1999, MASETTO, 2000; FEUERWERKER, 2002; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; ISAIA, 2003).

Que a seleção dos professores que atuam no ensino superior - aí incluídos os professores médicos - se dá a partir de critérios como a produção técnica em detrimento do conhecimento de aspectos didáticos e pedagógicos é um fato ressaltado por esses mesmos autores. Tal condição acaba por reforçar e de certa maneira cristalizar a primazia dos aspectos científicos sobre os demais na própria constituição da identidade profissional do docente.

Quando se assume que a perspectiva da docência se estrutura sobre saberes próprios, intrínsecos à sua natureza e a seus objetivos, reconhecemos uma condição profissional para a atividade do professor (CUNHA, 2010, p. 20)

Este fato, todavia, não evita que cada professor, eventualmente e em graus variáveis, perceba a necessidade de fazer algum investimento na sua formação pedagógica já que, fatalmente, deparar-se-á com uma turma de alunos que dele exigirão alguma resposta que a formação técnica, isoladamente, não dá conta. Novamente o professor médico vive exatamente a mesma realidade dos seus colegas docentes de ensino superior. E cada um resolve o problema que se

apresenta conforme as suas capacidades, seja estudando individualmente, lendo materiais sobre educação, procurando uma formação em educação, culpando os alunos por não aprenderem adequadamente ou, mais provavelmente, fazendo uma mistura destas diversas possibilidades às quais se associam possivelmente muitas outras. As opções são variadas e determinadas pelas características individuais de cada professor. A questão individual pesa muito neste momento já que, habitualmente, as questões pedagógicas ocupam um espaço mínimo, se detectável, na formação dos professores de ensino superior. O pressuposto, naturalizado talvez pela dimensão didática que acompanha o exercício da atividade técnica médica, é o de que quem sabe fazer, sabe ensinar. De uma maneira bastante previsível evidencia-se um “desamparo dos professores diante da ausência de interlocução e de conhecimentos pedagógicos compartilhados para o enfrentamento do ato educativo” (ISAIA, 2003, p. 243), configurando o que esta autora denomina Solidão Pedagógica.

Embora a trajetória formativa dos professores de ensino superior possa ser abordada a partir de seus aspectos em comum, cada área específica tem as suas peculiaridades. Provavelmente muito disso se deva ao fato, já salientado, de que a dimensão técnica é tida como mais importante ou relevante do que a dimensão didático-pedagógica. Professores de medicina tendem a defender ferozmente seu espaço de trabalho dentro do cenário do curso, como bem se evidencia nas tentativas de mudança curricular feitas nas diferentes escolas. Modificações de abordagem metodológica são vistas com desconfiança e desconforto, quando não sofrem franca oposição. Dispende tempo para uma atualização que fuja dos aspectos eminentemente técnicos de sua área de especialização são via de regra relegados a um segundo plano e, preferencialmente, não implementados. Áreas pouco valorizadas no passado - como a medicina social - são tidas como “contaminantes” do processo de formação dos alunos e há sempre uma dificuldade enorme em conseguir docentes dispostos a nelas atuar. Mas nem tudo é negativo: no caso específico da reforma das escolas médicas do Brasil observa-se uma progressiva aceitação das questões ligadas à humanização dos cursos. Sujeito a todo tipo de críticas o termo “humanização da medicina” se cristalizou no imaginário dos professores, talvez em decorrência da sua maciça e quase uniforme adoção nos

discursos e documentos oficiais. Hoje se admite que há a necessidade de investir na formação humanística dos alunos do curso, o que leva, naturalmente, ao fato de que precisa-se discutir a formação humanística dos próprios docentes, responsáveis por conduzir este processo.

Ainda distantes da quimérica meta representada pela formação humanista do egresso, tarefa que demandaria legiões de “professores intelectuais”, no mundo real e hodierno das faculdades de Medicina quiçá ficaremos, ao menos por enquanto, naquilo que se costumou chamar de *aurea mediocritas* (a partir de versos latinos de Horácio), ou seja, a sabedoria do dourado meio-termo: nem tanto ao mar – uma “missão civilizadora” impositiva, portanto propensa ao fracasso –, nem tanto à terra – o descuido em aplicar estratégias propiciadoras de uma postura reflexiva no meio acadêmico. (SANTOS, 2011, p. 549)

Embora nesta citação a expressão “dourado meio-termo” possa ser entendida como uma crítica negativa ao que hoje se apresenta, prefiro enxergar como uma possibilidade menos funesta do que aquela presente no cenário em que me formei, onde estas questões não eram sequer aventadas, quanto mais discutidas. A chave para compreender como se dá a transformação de um médico em docente médico é, em resumo, a compreensão da incompletude do processo: a trajetória formativa não tem um ponto início ou de término. Mesmo seu direcionamento está na dependência das interações com o local de trabalho, com os colegas docentes, com alunos, com leituras e reflexões que nascem da exposição a esta constelação de possibilidades. A constituição do *habitus medicus* destes professores influencia nas suas vidas e é por elas influenciado, especialmente se considerarmos que o processo todo, inscrito no imaginário individual e social, se dá na interação dos diferentes *habitus* individuais.

Colocadas estas considerações em perspectiva, tendo-as em mente, podemos concluir, para responder à questão inicial, que médicos não exatamente são professores, mas tornam-se professores ao longo do processo sem que isto tenha um momento “final” ou um ponto de chegada. Se eventualmente reconhecem a si mesmo mais como professores do que propriamente médicos - como muitas vezes me vejo, no meu caso pessoal - é uma questão individual que se assenta sobre a trajetória de vida de cada um. Estará, em outras palavras, na dependência da construção do *habitus* de cada um.

2.2 Os pressupostos: imaginário e habitus

O ponto de partida desta pesquisa foi o meu questionamento sobre o que seria este tal “jeito de médico” que as pessoas parecem reconhecer mas que não está enunciando em nenhum lugar. Eventualmente me deparei com o conceito bourdieuano do *habitus* e este me pareceu a chave para responder à esta questão de forma satisfatória: os médicos são reconhecidos como médicos porque possuem um *habitus medicus* que as pessoas sabem ser, com o perdão da redundância, dos médicos. Mas realmente eles o possuem? É possível configurá-lo como tal? E se existe ao longo da história, por que não foi mais explorado ou evidenciado?

Novas perguntas surgem da resposta às velhas perguntas, como já se sabe. Motivado pela curiosidade com relação ao *habitus medicus*, descobri que esta não é uma expressão inédita. Ela aparece na literatura médica esporadicamente, colocada em diferentes contextos e sob diferentes perspectivas. Entretanto penso que há uma utilização até certo ponto descuidada e indiscriminada do termo, apelando-se para o senso comum para entendê-lo. *Habitus* é um conceito claramente definido por Pierre Bourdieu como sendo um “sistema de disposições duráveis e transferíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas as necessidades objetivas das quais ele é o produto” (BOURDIEU, 2003, p. 73). A definição do conceito de *habitus medicus* que é fundamental para a elaboração desta pesquisa, nada mais é do que um desdobramento deste conceito original com uma aplicação ou limitação dele à uma área profissional específica, a saber, a medicina. De uma forma ainda mais específica, propus-me a acessar o imaginário de alguns professores médicos da UFSM e neste movimento explorei o quanto eles percebem a existência deste *habitus medicus* bem como o quanto isto interfere na sua atuação como docente de uma instituição superior e, até certo ponto, como colabora com a formação de um *habitus medicus* nos seus alunos, *habitus* este que ainda está se constituindo. Esse encadeamento e, de certa maneira, embricamento de ideias demanda que dois conceitos sejam preliminarmente elucidados: o de imaginário e o de *habitus* propriamente dito.

2.2.1 O imaginário

Quando alguém se inicia na discussão sobre Imaginário, uma das primeiras

questões que se coloca é a habitual confusão conceitual entre este e a Imaginação. Quando se associa ao quadro a ideia do Imaginário Radical, cuja referência maior e central é Castoriadis, os conceitos se tornam ainda mais intrincados, necessitando ser situados e claramente definidos. Coloco na discussão a seguir as minhas concepções e entendimento sobre estes conceitos, as mesmas que foram adotadas ao longo do tenebroso caminho do desenvolvimento da presente pesquisa.

Cristalizadas no senso comum diversas confusões se imiscuem e de certa forma distorcem as percepções dos conceitos de Imaginário, Imaginação e Imaginário Radical. Começemos com a ideia do Imaginário Radical: a palavra radical tem sido empregada, em diferentes contextos, desvinculada de sua origem. Muitas vezes se usa o termo “radical” associado a extremismo, como na “radicalização dos posicionamentos” ao longo de uma discussão, por exemplo. O sentido principal de radical se liga ao de “raiz”, ou seja, aquilo que, ancorado no terreno do passado, sustenta e nutre o que posteriormente se desenvolveu. A raiz de uma planta é que a mantém viva, embora a um observador primeiramente se ofereça ao exame os ramos, galhos, folhas, frutos, etc. Naturalmente a raiz tem diferentes conformações e eventualmente pode estar quase ausente em algumas plantas (poderíamos classificá-las como “plantas não radicais”? Intrigante questão para os botânicos de plantão...) mas o sentido geral é este. Portanto o Imaginário Radical tem esta característica: ele é um sustentáculo para a existência do indivíduo, o arcabouço que, em última análise, define o próprio indivíduo. Conceber um indivíduo sem um Imaginário é desumanizá-lo completamente, na sua forma mais extremada. Porque o Imaginário é isso, radical, vem da raiz, acompanha cada indivíduo ao longo da sua vida. É como o tecido de uma tela sobre a qual se pinta com cores vivas ou mais sombrias o quadro da existência deste indivíduo. E quem pinta esta tela? Em boa parte a Imaginação, esta faculdade do Imaginário que coloca em ação novas possibilidades e perspectivas a partir de experiências adquiridas. A Imaginação é “uma criação espontânea e, num primeiro nível, gratuita” (CASTORIADIS, 2002, p. 95), de certa forma também radical. A Imaginação age sobre o Imaginário modificando sua textura e abrindo novas possibilidades, num processo de auto retro alimentação contínuo ao longo da existência do indivíduo. Segundo Castoriadis

“A psique é um *formante* que só existe em e por *aquilo* que ele forma e *como* aquilo que ele forma; ela é Bildung e Einbildung – formação e imaginação - ela é imaginação radical que faz surgir já uma “primeira” representação a partir de um nada de representação, isto é, a partir de nada.” (CASTORIADIS, 1982, p. 325)

Ou seja, na visão castoriadisana a Imaginação emana do Imaginário ao mesmo tempo que o configura (o que nos permite dizer também que o Imaginário emana da Imaginação), determinando neste processo a própria construção da auto percepção do ser humano, num processo contínuo que inexoravelmente se estende ao longo de toda a existência do indivíduo.

Outra confusão potencial e frequente decorre da lógica dual e oposicionista que tanto condiciona ou engessa o nosso pensamento. Muitos conceitos são dados ou sintetizados por oposição, como quando, por exemplo, se diz que a escuridão é a ausência de luz. Um conceito assim elucidado, embora simples e facilmente compreensível, não diz o que é escuridão e sim o que ela não é, ou seja, a presença da luz. Seguindo esta senda muitas vezes se opõe o Imaginário ao Real, como se fossem coisas antagônicas, mutuamente excludentes. Se aceitamos o conceito há pouco discutido do Imaginário Radical então esta ideia da oposição não se sustenta em função de que a própria percepção da realidade que nos cerca - portanto o Real - depende do Imaginário que estrutura nossa personalidade e, aí incluída, esta mesma percepção. O Real, nesta perspectiva, está inscrito no Imaginário e não em situação de oposição a este. O Imaginário estrutura o Real e é reabastecido por ele. Nas palavras do próprio autor

O imaginário de que falo não é imagem de. É criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente é possível falar-se de “alguma coisa”. Aquilo que denominamos ‘realidade’ e ‘racionalidade’ são seus produtos. (CASTORIADIS, 1982, p.13)

As mudanças do Real e do Imaginário são possíveis a partir da ação da faculdade da Imaginação, que testa limites, expande conceitos, cria novas possibilidades e soluções. Cria, portanto.

Minha compreensão destes conceitos não se dá no vácuo, obviamente, nem são estes conceitos originais. Meu Imaginário sempre foi mais afeito ao científico, muito em função da minha formação ao longo da vida, da construção do meu

habitus, que se deu num contexto tal que propiciou esta estruturação. Das leituras e discussões realizadas ao longo dos anos junto ao GEPEIS estes conceitos foram se solidificando (sem se cristalizar) e modificando ao longo do tempo. Expô-los é sempre um instantâneo, uma visão do que penso e entendo hoje, mutável e modificável como todo o resto. Alguns autores são muito felizes em colocar alguns balizadores para a compreensão da dinâmica do processo, sobretudo Da Silva que entende o Imaginário como

um reservatório/motor. Reservatório, agrega imagens, sentimentos, lembranças, experiências, visões do real que realizam o imaginado, leituras da vida e, através de um mecanismo individual/grupal, sedimenta um modo de ver, de ser, de agir, de sentir e de aspirar ao estar no mundo. O imaginário é uma distorção involuntária do vivido que se cristaliza como marca individual ou grupal. Diferente do imaginado – projeção irreal que poderá se tornar real - , o imaginário emana do real, estrutura-se como ideal e retorna ao real como elemento propulsor. (DA SILVA, 2006, p. 11-12)

Cabe ainda abordar um outro aspecto, na verdade um conceito derivado destes: o do Imaginário Social. Como as repercussões dos imaginários individuais se fazem sentir no coletivo, no convívio com os outros indivíduos, pode-se inferir que nossas vidas acontecem na intersecção de nossos imaginários individuais. Como é um processo amplo, dinâmico e, em função das características da vida contemporânea, difícil de delimitar, emerge um novo imaginário, dito Imaginário Social, que é ao mesmo tempo decorrente destas múltiplas interações, está presente em todos nós mas, curiosamente, não é de ninguém em particular. Somos a todo momento direcionados, perpassados, guiados e influenciados por ele mas não conseguimos apreendê-lo com clareza porque no momento em que tentamos fazê-lo ele já se modificou. É fluido, rápido, difícil de abarcar em todas as suas tonalidades. Falando das significações imaginárias sociais, que compõem o Imaginário Social, Castoriadis diz que elas “não *denotam* nada e *conotam* mais ou menos tudo” (CASTORIADIS, 1982, p. 173), o que mostra claramente que a atribuição de significado a quase qualquer coisa depende de uma compreensão conjuntural. Isto é, para compreendermos algo precisamos também compreender o entorno, o Imaginário das pessoas que com ele se relacionam. Talvez por isso mesmo estes sejam conceitos que ainda provocam um certo desconforto em determinados círculos acadêmicos. As pessoas parecem tender a não gostar – ou

no mínimo desconfiar – de coisas não enquadráveis nos limites estreitos do racional e quantificável.

Sendo o imaginário um conceito difícil de apreender formalmente, que tanto pode ser aplicado a indivíduos como a grupos destes, ele tende, de certa forma, a ser banalizado, utilizado sem maiores cuidados com a sua definição nos mais variados contextos. Muito disso se deve, ao meu ver, ao fato de que o “imaginário é, ao mesmo tempo, uma fonte racional e não-racional de impulsos para a ação. O imaginário social instala-se por contágio”. (DA SILVA, 2006, p. 13). Sendo não-racional, ele não é racionalizável em sua totalidade. Portanto, carrega em si algo de incontrolável, imprevisível, surpreendente, exatamente o que encanta quem se propõe a estudá-lo e assusta a outros tantos. Estudar Imaginário é algo que modifica, inevitável e irreparavelmente, quem o faz. Os fatos do dia a dia tomam outra dimensão quando gastamos algum tempo nos debruçando sobre estes conceitos. E, eventualmente, inclusive fazem surgir novas compreensões, tornando possível até imaginar - ou seja, colocando a Imaginação em ação - conceitos novos como o do *habitus medicus*.

A discussão sobre Imaginário Social e Medicina, na atual conjuntura do Brasil, é algo de que praticamente não se consegue ficar de fora. Estando imerso na atividade docente médica, então, falar nisto é quase irresistível. Durante muito tempo a medicina foi vista como uma área a que se dedicavam pessoas bem dotadas intelectualmente. Ou seja, fazer parte de uma elite intelectual – dotada de um capital cultural³ diferenciado - é algo acessível a poucos indivíduos, reservada para aqueles que mais se destacam na sua geração. Pierre Bourdieu – de quem utilizo principalmente o conceito de *habitus* nesta tese, aplicando-o especificamente a um contexto em que ele é lido como *habitus medicus* - em mais de um momento destaca de sua extensa produção a importância deste capital cultural de elite, bem como o uso que se faz dele. Também ressalta que, diferentemente do que se inscreve no censo comum, não há uma correlação direta entre capital cultural e capital econômico, diferença esta presente desde a destinação de recursos para a

3 “A noção de capital cultura impôs-se, primeiramente, como uma hipótese indispensável para dar conta da desigualdade de desempenho escolar de crianças provenientes das diferentes classes sociais, relacionando o 'sucesso escolar', ou seja, os benefícios específicos que as crianças das diferentes classes e frações da sociedade podem obter no mercado escolar, à distribuição do capital cultural entre as classes e as frações e classe”. (BOURDIEU, 1998 , p. 73)

formação escolar dos filhos.

As frações mais ricas em capital cultural são propensas a investir mais na educação de seus filhos e, ao mesmo tempo, em práticas culturais propícias a manter e aumentar a sua raridade específica. As frações mais ricas em capital econômico dão primazia aos investimentos econômicos em lugar de investimentos culturais e educativos. (BOURDIEU, 2007, p. 324)

Entrar em um curso médico é algo difícil, a competição é de tal magnitude que o “não conseguir” é a regra, fazendo com que o indivíduo que consiga a aprovação em um processo seletivo - especialmente nas instituições públicas onde a concorrência é ainda maior - seja visto como alguém diferenciado. Começa por aí, já na seleção para o curso, um processo que coloca o médico - ou futuro médico, se preferirem - como alguém que é visto sob outra lente. Ele consegue estar em um lugar em que muitos gostariam de estar e não conseguem. Ao lado da admiração que esta posição inspira, surge também outros sentimentos “menos nobres” como a inveja para citar apenas o que os alunos mais comumente detectam nas pessoas com quem convivem no meio universitário. A resposta natural é um voltar-se para o grupo que o acolhe e que tem uma percepção e compreensão da vida - um imaginário grupal ou social compartilhado - com o qual ele mais facilmente se identifica. O processo gera um *feed back* positivo, ou seja, quanto mais em evidência o indivíduo está mais ele se sente “diferente” e até certo ponto excluído do convívio com as outras pessoas, o que faz com que mais ele se volte para o grupo, acabando por ficar ainda mais afastado dos “de fora” desse grupo. Como o curso é altamente envolvente e mexe com sentimentos e concepções muito profundas - ninguém gosta, a princípio de lidar com sofrimento, morte e perdas, especialmente quando se têm por volta de vinte anos de idade - isto faz com que o exotismo do médico fique ainda mais acentuado.

Após o término da graduação e o início da atividade profissional o cenário não se modifica substancialmente. As relações entre médicos e não médicos, como todas as relações sociais, acontecem nos dois sentidos e têm um miríade de aspectos difíceis de se determinar já que há muitas idiosincrasias e variações individuais. Percebe-se frequentemente, entretanto, uma dificuldade de alteridade de parte a parte que acaba fazendo com que algumas distorções de visão eventualmente se incorporem ao imaginário social, sendo praticamente

naturalizadas.

Durante muito tempo foi aceito que os médicos são pessoas que “lidam com o que há de mais importante na vida das pessoas, sua saúde, e isso não tem preço”. Há duas leituras absolutamente antagônicas que podem emergir desta ideia: ou os médicos devem trabalhar sem receber nada - porque lidam com algo cujo valor não é quantificável - ou devem receber uma quantidade enorme de dinheiro porque lidam com algo extremamente valioso. Aceitando-se que há geralmente uma lógica dual e oposicionista nisto, quem vai aderir à qual visão é algo fácil de entender, logicamente. Outra ideia que durante muito tempo se disseminou foi a de que “a medicina é um sacerdócio e é preciso um dom pra exercê-la”, ou seja, algo que só pessoas muito especiais poderiam fazer. Novamente duas posições antagônicas: médicos são tão especiais que merecem um reconhecimento - financeiro ou de *status*, o que muitas vezes se confunde no senso comum como já ressaltamos acima - especial pela sociedade ou são pessoas tão diferentes que deveriam cumprir sua missão com abnegação sem exigir nada em troca. Em diferentes momentos históricos as visões tendem a um ou outro posicionamento.

No momento atual do Brasil as leituras são as mais variadas possíveis. Entendo, pessoalmente, que a crise vivida pela Saúde Brasileira é um reflexo de algo muito mais profundo do que um problema médico ou mesmo de sistema de saúde. Vivemos uma crise de gerenciamento do país, um momento em que infelizmente – na minha concepção – um modelo baseado em princípios economicistas joga cifras e números para todos os lados e tudo se justifica por isso enquanto o descontentamento e a desassistência da maioria não é quantificável porque isso não interessa. Direcionar a atenção e atribuir a culpa “ao bando de esquisitões no nosso meio” não é uma tática nova em política, especialmente governamental. A classe médica é um alvo óbvio, neste contexto. Os desdobramentos daí decorrentes são imprevisíveis, caindo num possível exercício de futurologia a que podemos nos entregar em outro contexto, longe de uma tese acadêmica como essa.

Sim, eu sei que esta discussão pode estar mal situada no momento e que talvez devesse ser suprimida. Apenas peço ao eventual leitor que considere um argumento antes de criticar o que estou fazendo: é relevante para a discussão sobre

o *habitus medicus* dos professores de medicina da UFSM entender, ainda que minimamente, as concepções que permeiam o imaginário social hoje. Sendo o curso de medicina um curso onde se formam médicos que em sua grande maioria atuarão – num conceito amplo – como técnicos em saúde, estas discussões assumem uma importância enorme e quis pontuá-las antes de adentrar ao que realmente é o nosso foco aqui.

Posto isto, foquemos nosso olhar nos sujeitos de pesquisa desta proposta de tese, os professores médicos. Há um imaginário cercado a docência superior como um todo que eu já tive a oportunidade de visitar na minha Dissertação de Mestrado. Como já salientei não há, pelo menos em termos gerais, grandes especificidades ou diferenças entre o que se relata na literatura sobre docência superior em geral e o que eu encontrei entre os docentes médicos. O ancoramento da identidade profissional na formação técnica é proeminente, a ausência de um momento formal de preparação para a docência é percebido claramente, há um sentimento de isolamento muito forte e a auto suficiência são características de ambos os grupos. Entre os docentes médicos a entrada na profissão dá-se muitas vezes por uma conjunção de oportunidades fortuitas e alguns nem sabem explicar claramente porque optaram por este direcionamento. Remetem-se a modelos, a uma sensação instigante de estar próximo a indivíduos que buscam conhecimento e à possibilidade de, mantendo-se em contato com a Escola Médica, manterem-se atualizados. Incorporando a estas observações prévias o conceito de um *habitus medicus* inscrito em um Imaginário, muito se enriquece a discussão sobre os achados, como veremos adiante. Mas antes, vamos falar mais de Bourdieu e o *habitus*.

2.2.2 Bourdieu e o *habitus*

Pierre Bourdieu (1930-2002) foi um filósofo francês. A simples enunciação desta frase, que soa quase como um epitáfio, não deixa ver claramente a importância e influência deste indivíduo para as mais diferentes áreas da cultura e conhecimento humanos. Não pretendo aqui fazer uma revisão ou uma apresentação ampla da obra de um autor de tamanha importância e relevância. Julgo necessário, entretanto, situar seu campo de estudo e interesse porque o conceito de *habitus*, por ele enunciado, balizou e orientou a elaboração e condução desta pesquisa.

Bourdieu era, de formação, filósofo. A reorientação de sua produção da Filosofia para a Sociologia e Antropologia se deu durante um período de serviço militar na Argélia, então sob ocupação francesa, nos anos 50, numa tentativa de “compreender o mundo que o cerca, dar um sentido àquilo em que ele se encontra preso” (BOLTANSKI, 2005, p. 155). A questão central do trabalho bourdieuano já na sua fase inicial era o entendimento da forma como se dá a mediação entre o mundo e o indivíduo, como eles se relacionam e interagem na prática, como a interpenetração mútua e recíproca dos determinantes sociais afeta e é afetada pela subjetividade dos indivíduos. Surge então o conceito de

habitus - conforme lemos no primeiro capítulo de *Esquisse d'une théorie de la pratique*, escrito em 1960 e consagrado ao “princípio da honra” - é essa “disposição cultivada”, que permite a cada agente criar, a partir de um pequeno número de princípios implícitos, todas as condutas conformes às regras da lógica do desafio e da resposta a apenas elas”. Portanto, o *habitus*, como conjunto de esquemas interiorizados, é esse espaço intermediário - se assim pudermos dizer - que permite passar, nos dois sentidos, das estruturas determinadas ao longo do trabalho de organização do *corpus* às ações de um ator singular às experiências que ele adquire. (BOLTANSKI, 2005, p. 160)

Nas palavras do próprio Bourdieu, haveria uma “dialética da interioridade e da exterioridade, isto é, da interiorização da exterioridade e da exteriorização da interioridade”. (BOURDIEU, 2003, p. 53). E nesta relação é que se constitui o *habitus* do indivíduo que, eventualmente, influencia e repercute nos conceitos sociais, voltando a realimentar a estruturação do *habitus* de cada um. A ideia do *habitus* contraria àquela da oposição entre indivíduo e sociedade, antes aproximando-os no sentido de que um complementa e determina o outro, num processo contínuo de retroalimentação de dupla via.

Pensar a relação entre indivíduo e sociedade com base na categoria *habitus* implica afirmar que o individual, o pessoal e o subjetivo são simultaneamente sociais e coletivamente orquestrados. O *habitus* é uma subjetividade socializada. (SETTON, 2002, p. 63).

Em termos simples - mas não simplórios - , o conceito de *habitus* permite pensar nestas relações entre indivíduo e sociedade de uma maneira mais aberta do que o que acontece nas abordagens mais estruturalistas. Esta possibilidade de pensar de forma menos fechada é criticada em alguns momentos mesmo por

autores que a incorporam, quando se lê, por exemplo que “poderíamos lamentar o fato de ele não ter sido mais explícito e mais claro” (BOLTANSKI, 2005, p. 162). Parece-me, todavia, que o conceito em si carrega algo de subjetividade que lhe é caro e estruturante, além de inerente.

Concebo o conceito de *habitus* como um instrumento conceptual que me auxilia pensar a relação, a mediação entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos. Trata-se de um conceito que, embora seja visto como um sistema engendrado no passado e orientando para uma ação no presente, ainda é um sistema em constante reformulação. *Habitus* não é destino. *Habitus* é uma noção que me auxilia a pensar as características de uma identidade social, de uma experiência biográfica, um sistema de orientação ora consciente ora inconsciente. *Habitus* como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas. (SETTON, 2002, p. 61)

Chamo a atenção para a expressão “*habitus* não é destino” na citação destacada acima. Creio que ter isto em mente confere ao conceito de *habitus* uma dinâmica e – até um certo ponto – uma consciência de incompletude nas quais reside a sua maior riqueza: um *habitus* não é algo estático, fixo, pronto. Não existe um momento em que ele termina de se constituir ou ser constituído. Está sempre em constante renovação, retroalimentando-se das experiências vividas e determinando – sem ser essencialmente determinista – a tendência para a qual se orientam as futuras ações do indivíduo. Em função disto, ainda permite que exista um certo espaço próprio, individual, onde as escolhas dos indivíduos, mesmo que não desvinculadas das estruturas do seu arcabouço cultural, têm uma certa capacidade de autonomia. Dentro desta perspectiva, encontro aqui um ponto de confluência ou de encontro do *habitus* bourdieiano inscrito no imaginário casotriadisano. As estruturas não são, em ambos, fixas, rígidas e pré determinadas, mas antes movem-se de forma contínua e, dentro de determinados parâmetros, de forma bastante ampla. Não são fixas nem devem ser naturalizadas como “sempre tendo sido desta forma”.

Enfim, o conceito de *habitus* não expressa uma ordem social funcionando pela lógica pura da reprodução e conservação; ao contrário, a ordem social constitui-se através de estratégias e de práticas nas quais e pelas quais os agentes reagem, adaptam-se e contribuem no fazer da história. A total coerência, ou melhor, a total reprodução das estruturas não é uma perspectiva contemplada pelo *habitus*. O princípio que funda o conceito é o da relação dialética entre uma conjuntura e sistemas de disposições

individuais em processo de interação constante com as estruturas. Assim, a perspectiva histórica, a interpenetração entre passado, presente (trajetória) e futuro (o devir) são dimensões constitutivas dos *habitus* individuais. (SETTON, 2002, p 65-66)

Partindo da minha curiosidade sobre o quanto a existência de um *habitus* é percebida, intuída e/ou aceita por um grupo de docentes médicos da UFSM é que tomou forma inicialmente a proposta e depois a pesquisa, em si. Mas antes de abordar questões de pesquisa de forma mais objetiva, parece-me necessário falar algo sobre o *habitus medicus* propriamente dito, da forma como ele foi entendido ao longo do trabalho.

2.2.3 Habitus medicus

Anteriormente afirmei que a expressão *habitus medicus* não era inédita, assim como salientei a ideia de que, no escopo do aqui proposto, trata-se basicamente de um desdobramento do conceito bourdieuano de *habitus*. Pelo exposto até o momento acredito que consegui deixar claro ao eventual leitor que o *habitus*, aquele “sistema de disposições duráveis e transferíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas as necessidades objetivas das quais ele é o produto” (BOURDIEU, 2003, p. 73), pode ser um conceito de grande importância para a compreensão do desdobramento do processo de constituição de qualquer indivíduo. Atendo-me mais especificamente ao que é o objeto desta proposta, a compreensão do quanto este *habitus medicus* influencia no trajeto formativo do docente médico bem como na sua interação com os alunos, indivíduos que vivem mais intensamente – de maneira mais dramática, poderíamos dizer – a constituição do seu próprio *habitus medicus* particular. Mas qual a real utilidade do reconhecimento ou adoção desta perspectiva a partir da revisão de um conceito?

Do exposto até aqui não fica difícil notar que há sempre a percepção de que o formador tem uma grande influência pessoal sobre os jovens médicos. Até por volta do século XIX, com a medicina sendo muito mais individualizada – no sentido de ser personalizada, calcada na figura de grandes mestres –, a prática de cada um dos profissionais o destacava e colocava em evidência. Havia maiores descobertas a fazer, campos a demarcar, especialidades se descortinavam. Era muito mais fácil então criar algo semelhante a “um feudo” – expressão ainda em voga nos círculos

acadêmicos – onde reinava absoluta a figura em destaque de um grande professor. A melhor expressão desta organização no ensino superior em geral e médico em particular eram as cátedras. Ser um professor catedrático colocava o indivíduo num patamar diferenciado, conferindo-lhe uma aura de poder e sapiência. Com a evolução do conhecimento médico a especialização em sub áreas tornou-se a tônica, muito disso se devendo ao fato de que o volume de conhecimentos cresceu a tal ponto e com tamanha velocidade que mesmo uma sumidade em algum assunto provavelmente é, principalmente hoje, um quase completo ignorante em outras áreas. O prestígio pessoal diminuiu bastante neste contexto e as escolas e centros de trabalho, bem como os grupos de estudo ou qualquer outra forma de associação tornaram-se mais frequentes. A relação entre alunos e professores também tomou este direcionamento nas escolas médicas, particularmente nas brasileiras, ao longo do século XX. A conjuntura política nacional levou a um desmantelamento do conceito associado às cátedras nas universidades brasileiras e, no intuito de não permitir a proximidade de ideias e pensamentos, chegou-se a terminar com as faculdades, transformando-as, nas universidades públicas, em Cursos ligados a um Centro, servidos por Departamentos Didáticos, onde os alunos – não mais as turmas, mas os indivíduos – cursavam diferentes Disciplinas. O sentido de unidade, até de identidade de curso ou profissão, ficou intensamente enfraquecido dentro deste contexto. Obviamente não foi algo que aconteceu sem resistências, críticas ou sobressaltos. Não houve uma adesão subserviente ao modelo imposto, embora o discurso oficial tenha sempre ressaltado os vários benefícios que uma adesão plena ao modelo flexneriano trazia para a formação médica.

A Reforma Universitária, implementada através da Lei 5.540/68, terminou com o curso seriado, instituiu a departamentalização, provocando uma fragmentação do Curso, perdendo este sua unidade e dispersando professores e alunos, prejudicando o convívio entre si, para atender ao modelo flexneriano que possibilitava a especialização precoce. (DOCKHORN & COELHO, 1997, p. 176)

A adoção posterior e ainda em curso do dito paradigma da integralidade e especialmente o estímulo à opção por novos métodos mais interativos e ativos de aprendizagem levaram a uma reaproximação entre professores e alunos⁴. No atual

4 Uma discussão confrontando o modelo flexneriano e o paradigma da integralidade no contexto da educação médica do Brasil pode ser encontrada na minha Dissertação de Mestrado (BASSI,

currículo do curso de medicina da UFSM abrem-se maiores possibilidades de convívio entre docentes e discentes; em vários momentos há efetivamente um diálogo maior e um reconhecimento, de parte a parte, dos sujeitos envolvidos no processo. A priorização de atividades em pequenos grupos, seminários e discussões leva a isso. Como tive a oportunidade de ser formado dentro de uma outra lógica curricular, com uma estruturação bem flexneriana, percebo claramente as mudanças: minha formação se deu às expensas de aulas teóricas, expositivas, magistrais, centradas no saber do professor. Via de regra só sabíamos qual seria o assunto abordado em aula quando o professor escrevia o título da aula no quadro. E docente, não raro, sequer tinha ideia de quem éramos já que a aula era ministrada “para o semestre” e não “para os alunos”. Este panorama modificou-se bastante, embora ainda haja muitas críticas, restrições e saudosismos.

Questões internas à parte, a atual estruturação curricular e a orientação metodológica adotadas no curso de medicina da UFSM direcionam a formação médica para um convívio mais próximo entre docentes e discentes, em consonância com o recomendado nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (MEC, 2014). Neste contexto, inevitavelmente, aparecem as características pessoais de forma bem mais acentuadas, fazendo com que a constituição do *habitus medicus* dos jovens aprendizes se faça sob uma ainda maior influência do professor. Aqui podemos nos perguntar: mas o *habitus* não se formaria de qualquer maneira? Porque um desdobramento lógico e possível do conceito bourdieuano é exatamente este: o *habitus* é necessário para que o indivíduo interaja com o meio social em que vive, para que atue de forma reconhecível como inerente à sua profissão. Parece-me que a resposta é “sim”, mas acho que a questão é mais profunda e exatamente nisto reside a riqueza de fazer aflorar, conscientemente, o conceito de *habitus medicus*. Com esta maneira diferente e mais próxima de atuar do professor junto ao aluno a sua influência em parte migra do saber técnico e científico consolidado – sem que este seja de maneira nenhuma algo a ser considerado descartável ou secundário – para algo mais personalizado: a influência das características pessoais de personalidade do docente sobre o aluno em formação tornam-se muito mais importantes. Dentro desta perspectiva cria-se a

desconfortável – para alguns – situação em que as características idiossincrásicas do professor ficam evidentes. O professor deixa de ser um repassador de conhecimentos para ser alguém que participa explicitamente do processo formativo do aluno, nas suas mais variadas dimensões, inclusive as humanísticas, tão caras aos estudiosos da educação médica. Os percalços no caminho têm suscitado debates interessantes e análises que redundam em ainda mais dúvidas. De uma maneira geral se aponta a influência das características pessoais do professor – seu *habitus* – como sendo cada vez mais relevante para a atuação docente.

Esta suposta influência ampliada – talvez em certa medida uma tomada de consciência de uma influência que sempre existiu – aumenta a responsabilidade docente no processo, até onde percebo. Responsabilidade é sempre uma palavra carregada de atributos. Ser responsável por algo, na nossa cultura, não raramente se associa à ideia de “ser culpado de” alguma coisa, talvez da formação dos nossos alunos. Raramente somos chamados à responsabilidade quando há algo bom ou elogiável em questão. Mas esta abordagem apocalíptico-punitiva não é o meu foco aqui. Pelo contrário. Tentando passar longe de um juízo de valores simplificado ou simplista, acredito que a ideia a ser abordada é a de que existe uma aquisição ou construção paulatina e inexorável de um *habitus medicus* ao longo do trajeto formativo do professor e que isto, impresso no imaginário docente, repercute nas suas relações pessoais e profissionais. O *habitus* do formador, portanto, de certa maneira modula o *habitus* daquele em formação. Mas há algo que ainda não foi dito explicitamente que também me parece extremamente relevante, senão óbvio: este processo é inevitável. Não me parece possível qualquer outra abordagem a não ser esta: o processo ocorre queiramos ou não, quer o julgemos adequado ou pernicioso. Negar a sua importância ou existência talvez seja um risco muito maior do que tentar explorá-lo e estudá-lo porque, deixando o processo ao acaso – entregue meramente aos “dons” individuais dos “bons professores” – talvez acabemos por nos deparar com distorções individuais potencialmente indesejáveis para a sociedade em geral e para a profissão médica em particular. Antes de pensar na prevenção de danos, acredito que voltar o olhar para a dinâmica de renovação, aquisição ou construção do *habitus medicus* por parte dos docentes e como isso pode repercutir na formação dos alunos de medicina pode levar a uma maior

reflexão por parte dos professores por eles responsáveis para atentarem às nuances do processo como um todo. Mais do que isso: permite que mudanças sejam implementadas – ou ao menos discutidas – no sentido de promover uma formação mais próxima dos objetivos determinados pela escola de medicina em que os alunos se formam, as orientações e rumos que a medicina contemporânea exige, as demandas sociais, etc. Em boa parte, também, a percepção da existência e da importância deste inevitável *habitus medicus* e da interação entre os aspectos individuais da personalidade dos alunos e professores potencialmente promoverá nestes últimos maiores reflexões sobre as suas atitudes e formas de conduzir-se perante os colegas – atuais ou futuros – funcionando, assim, como um dispositivo formativo para estes docentes.

Com esta breve explanação espero ter deixado claro qual a minha compreensão da questão do *habitus* em geral e do *habitus medicus* em particular, especialmente no que tange à aplicação destes conceitos no trajeto formativo do docente médico e seu potencial impacto no Imaginário destes docentes. Também tenho a pretensão de ter contaminado os eventuais leitores com o que me parece ser uma perspectiva instigante, a de explorar os conceitos de alguns professores médicos a respeito dos determinantes deste processo no escopo da sua trajetória formativa e atuação profissional no curso médico da UFSM. Vejamos então como esta pesquisa foi encaminhada metodologicamente.

3. AS QUESTÕES DE PESQUISA:

Toda Tese precisa – a menos eu acho que precisa – de um direcionamento. Deve ter um ponto de partida, uma questão a ser elucidada e um caminho a ser trilhado para que esta questão, senão elucidada, seja compreendida da melhor forma possível naquele momento. Partindo da ideia de que o *habitus medicus* existe nos docentes médicos e considerando que a Linha de Pesquisa no qual este Projeto de Tese se inscreve se denomina Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional, propus-me a estudar a percepção e os conceitos de um grupo de professores médicos do Curso de Medicina da UFSM com relação às condições em que se dá a estruturação ou a construção do *habitus medicus* destes mesmos professores, intentando perceber como isto estrutura sua atuação docente e afeta o seu Imaginário. Mais especificamente intrigava-me saber o quanto deste processo é consciente ou, se não o for, quanto pode ser trazido à consciência bem como a maneira como os professores médicos enxergam a dinâmica disto tudo, se é que o fazem.

Resumindo, o grande tema desta pesquisa poderia ser assim enunciado:

No Imaginário de um grupo de professores do Curso de Medicina da UFSM como eles percebem a aquisição ou a construção de um *habitus medicus* e quanto e como isso afeta seu Trajeto Formativo como docente?

Delimitado este tema central, desdobrou-se ele em algumas questões de pesquisa, a saber:

- 1. De que maneira este *habitus* se constitui?**
- 2. Que imaginários construíram os médicos sobre ser professor no curso de medicina?**
- 3. Que imaginários construíram os médicos no ambiente da docência?**
- 4. Ele prioriza o ser médico ao ser docente em um curso de medicina?**
- 5. Pensar a atuação profissional do docente considerando a existência de um *habitus medicus* inscrito no Imaginário Social e Individual mudaria, potencialmente, a forma de encarar o processo formativo em medicina?**

4. O PERCURSO INVESTIGATIVO:

4.1 Como Investigar

Há uma velha assertiva que diz, de forma adoravelmente cínica, que a solução de velhos problemas gera novos problemas. Creio ser esta uma das grandes verdades da vida. A delimitação de um Tema Central e o seu desdobramento em Questões de Pesquisa não deixa de ser uma solução ou uma forma de organizar minha curiosidade sobre um determinado assunto, no caso a inter relação entre *habitus medicus*, docentes médicos e sua constituição como tal. Este tema central, desdobra-se em diversas questões de pesquisa mais específicas, com o intuito de abordar diferentes aspectos do tema em estudo para, ao final disso, obter-se um panorama mais amplo, preferencialmente iluminando alguns “cantos escuros”. Mas é então que mais problemas se apresentam: como investigar estas questões de pesquisa? Que método utilizar?

O velho dilema da metodologia. Por ser oriundo de uma área eminentemente técnica, seria natural esperar que eu tivesse alguma(s) resistência(s) à utilização de um método qualitativo na realização de uma pesquisa. Dito de outra forma, seria esperado – e acho que até natural – que eu me sentisse mais à vontade com o uso de um método quantitativo já que a medicina é, definitivamente, uma área que privilegia o quantitativo. Entretanto já me defrontei por este problema ao cursar o meu Mestrado, quando me debati, intimamente, com o dilema de qual deveria ser o método empregado na pesquisa realizada. Na verdade, por uma questão de formação, sempre me pareceu que a objetividade científica era um terreno mais firme para trilhar. Enveredar pelos caminhos pouco claros – para mim – da subjetividade era uma empreitada perigosa. Encontrei em BAUER & GASKELL (2003) uma observação interessante, a de que não há pesquisa quantitativa sem um certo grau de qualitativa. Ao menos é o que se vê no momento da interpretação dos achados. Se não fosse assim o debate científico não existiria. A verdade seria única. E o mundo seria muito mais chato, previsível e aborrecido.

Mesmo com um rápida olhada nas minhas questões de pesquisa, ficou imediatamente evidente que uma pesquisa quantitativa não seria uma forma adequada de chegar aos objetivos propostos. Pelo contrário: as impressões ou concepções subjetivas tanto do pesquisador quanto daqueles indivíduos

submetidos ao estudo é que são o foco deste trabalho. Coloco-me, pesquisador, dentro do estudo porque acho difícil, senão impossível, não me envolver nele considerando a minha biografia pessoal. Acredito que para o que pretendo estudar “a subjetividade do pesquisador, bem como daqueles que estão sendo estudados, tornam-se parte do processo de pesquisa” (FLICK, 2009, p. 25). Não tenho como negar que estou imerso no universo dos sujeitos investigados. Então não há a necessidade de “mergulhar” ou de “ser aceito” neste contexto. De fato eu não sou um estranho ao que é pesquisado: sou um colega docente médico dos meus sujeitos de pesquisa. Mais do que somente um colega minha identificação com a reforma curricular no curso de medicina da UFSM, implementada a partir de 2004 e a minha atuação dentro do Pilar Humanístico deste curso⁵ – sou um dos docentes responsáveis pela Disciplina de História da Medicina – é bem conhecida por todos os sujeitos de pesquisa. Em função disto suponho que uma coleta de dados guiada por um questionário fechado levaria a uma óbvia e previsível “contaminação” dos resultados porque os sujeitos de pesquisa imaginariam quais respostas eu “gostaria” de obter e que, provavelmente, estaria procurando encontrar. Seria quase uma indução, uma maneira de chegar a comprovar algo que, de antemão, eu já teria elaborado. Sempre há este risco em uma pesquisa, pode-se argumentar. Aliás, a maioria das pesquisas publicadas confirma a hipótese que a gerou. Mas trabalhar com conceitos individuais, procurar definir os contornos do *habitus medicus* destes docentes exigiu uma constante vigilância metodológica e uma abordagem menos direta e indutiva. Encontro respaldo – e não uma orientação metodológica, que fique bem claro – para esta abordagem em algumas leituras sobre o Paradigma Indiciário, especialmente em Rodrigues (2006) que, coincidentemente – ou não – cita diversos exemplos médicos ao longo da história como momentos em que se utiliza a pista, o indício não obrigatoriamente implícito no discurso para evidenciar um fato. Baseando sua explanação sobre indiciarismo em Barth e Ginzburg a autora inclusive se aproxima do conceito de *habitus* ao afirmar que

5 A Reforma Curricular do Curso de Medicina, implementada em 2004, passou a estruturar o Currículo sobre três pilares longitudinais, que percorrem todos os semestres: um Pilar Científico (que abrange praticamente a totalidade das disciplinas que até então constituíam o currículo), um Pilar Social (que contempla o atendimento à saúde da população e acrescenta as questões teóricas de legislação e estruturação do sistema de saúde do Brasil) e o Pilar Humanístico (no qual se privilegia a discussão das questões mais ligadas aos aspectos subjetivos da formação médica). A integração destes pilares, idealmente, conforme o expresso no Projeto de Reforma Curricular, deveria se dar tanto horizontal como longitudinalmente no curso.

Indivíduos de um mesmo grupo social podem acumular experiências particulares e fazer uso de diferentes esquemas de interpretação da realidade. Por isso é problemática a conexão direta entre consequências objetivas dos eventos e a maneira como são interpretados, pois o consenso social pode ser o principal fator que molda as ações dos atores sociais. Por outro lado, os atos podem sempre ser contestados e seu significado pode ser reelaborado pelos próprios indivíduos. (RODRIGUES, 2006, p. 48-49).

Utilizei no escopo deste trabalho não um método ou direcionamento indiciarista, mas apenas cito este porque em diversos momentos, marcadamente na realização das entrevistas, fui guiado pela intuição ou pela presença de uma “pista” que levou a áreas ainda não exploradas do imaginário do sujeito de pesquisa – e do entrevistador também, não vamos negar – em questão. Igualmente tentei evitar um direcionamento excessivo das questões para o que me parecia “mais pertinente no momento”, tentando abarcar o cenário de forma mais ampla possível. Tendo em mente este não direcionamento excessivo, acredito que algumas coisas interessantes emergiram, alguns *insights* oportunos, difíceis de reproduzir quando se coloca apenas alguns trechos de entrevista para a apreciação do eventual leitor deste trabalho. Há expressões, pausas, escolhas de palavras difíceis de reproduzir mas que acabam revelando ao pesquisador ideias ou sentimentos que funcionam melhor como indicadores de concepções ou sentimentos do que o discurso exposto. Lancei mão destas impressões na condução das entrevistas várias vezes, o que acabou por, de alguma forma, influenciar no que concluí ou inferi. Mas acho que estou me adiantando: falo na realização das entrevistas sem antes anunciar que fiz entrevistas. Vamos corrigir esta distorção, então.

4.2 Entrevista Semiestruturadas

Na proposta de tese determinei que os meus sujeitos de pesquisa escolhidos para esta pesquisa seriam 10 (dez) professores efetivos do Curso de Medicina da UFSM, distribuídos em 5 (cinco) grupos:

- Dois professores com menos de cinco anos de carreira docente
- Dois professores com mais de cinco e menos de quinze anos de carreira docente
- Dois professores com mais de quinze e menos do que vinte e cinco anos de

carreira docente

- Dois professores com mais de vinte e cinco anos de carreira docente
- Dois professores aposentados

Estes sujeitos de pesquisa, de acordo com a proposta, seriam – e foram – entrevistados por mim, utilizando-se como roteiro de entrevista uma ficha semiestruturada, com questões abertas, baseadas nas questões de pesquisa. Este roteiro está reproduzido no ANEXO 1.

As entrevistas foram todas gravadas e transcritas. A necessidade de gravação e posterior transcrição das entrevistas justifica-se porque “diferentemente dos filósofos, os etnógrafos, de um modo geral, não inventam as conversas. Em vez disso, observam e registram as suas observações através de anotações de campo” (SILVERMAN, 2009, p. 188). De uma maneira geral, pode-se lembrar razoavelmente de uma conversa, mas

não podemos confiar em notas anotações ou lembranças de conversas. Com certeza, dependendo de nossa memória, podemos, em geral, resumir o que diferentes pessoas disseram. Mas é impossível lembrar (ou mesmo anotar na hora) atitudes, como pausas, justaposições, inspirações, etc. (SILVERMAN, 2009, p. 188)

A autorização dos entrevistados para que ocorresse a gravação, transcrição e posterior utilização do material coletado foi formalmente obtido a partir de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, cujo texto está disponível no ANEXO 2.

Após a transcrição das entrevistas estas foram submetidas a uma nova leitura por parte dos entrevistados. Este dispositivo foi adotado para possibilitar que os sujeitos de pesquisa corrigissem impressões erradas ou mesmo vetassem a inclusão de uma determinada parte da entrevista caso eles julgassem necessário ou importante que tal atitude fosse adotada. Na verdade facultou-se aos indivíduos a possibilidade de retirar-se do estudo a qualquer momento, opção esta que, naturalmente, implicaria na exclusão da entrevista deste sujeito da pesquisa. A ideia de uma possibilidade de censura *a posteriori* foi bastante bem recebida pelos participantes já que a entrevista aborda trajetória de vida, trazendo à baila a lembrança de fatos e situações, o que pode eventualmente levar ao relato de

conflitos ou desavenças interpessoais que, no “calor do momento” da entrevista podem assumir um tom potencialmente interpretado como desabonatório ou ofensivo. Com a possibilidade de censurar a entrevista depois, os sujeitos se sentiram mais à vontade para falar livremente, dando curso às suas lembranças e deixando entrever mais claramente as suas concepções, sem o freio do politicamente correto. Esse movimento garante o que chamamos a ética na prática de pesquisa.

4.3 Análise de conteúdo

Após a gravação, transcrição e aprovação as entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo, nos moldes do proposto por MORAES (1998, 2003). Esta, metodologicamente, se divide em quatro momentos principais:

A unitarização consiste em uma desmontagem do *corpus*⁶ fragmentando-o em diversas unidades temáticas. Geralmente este processo gera um grande número de unidades, o que não é desejável para a análise dos dados.

A categorização acontece num segundo momento, em que o pesquisador retoma as categorias geradas na unitarização, agrupando-as por semelhanças ou proximidade temáticas.

A descrição e a interpretação, sintetizadas sob o nome geral de comunicação, como as próprias denominações já definem, são o fechamento desta análise; apoiam-se nos momentos precedentes e permitem, quando não exigem, que se revise a teoria, entrelaçando-a com os achados e inferências oriundos do processo todo. É neste momento que se interliga “de modo mais aprofundado o texto com o contexto.” (MORAES, 1998, p. 126).

Estes diferentes momentos, é importante salientar, não seguem uma lógica linear já que acontecem “revisões e correções permanentes” (idem., p. 122) o que tem um efeito muito interessante sobre o pesquisador: o processo todo carrega consigo uma dinâmica que, sem dúvida, favorece a transformação e a reavaliação dos conceitos e ideias de quem trabalha com este método.

6 Entenda-se por *corpus*, na definição do próprio MORAES (1998), o conjunto de documentos utilizados na análise.

5. A PESQUISA EM SI

5.1 ...E um primeiro percalço

Conforme a minha Proposta de Tese, esta pesquisa num primeiro momento consistiu da realização de entrevistas semiestruturadas que foram gravadas, transcritas, revistas pelos Sujeitos de Pesquisa, aprovadas e liberadas para utilização no escopo do presente trabalho. Num segundo momento este material escrito foi submetido à Análise de Conteúdo, também dentro do previsto na Proposta de Tese. Dentre os percalços dignos de nota creio que se faz necessário citar um: houve um sujeito de pesquisa que concordou verbalmente em participar da pesquisa mas com quem nunca consegui agendar uma entrevista. O contato inicial foi amistoso – não tenho nenhuma desavença ou problema pessoal com o colega – mas a partir do momento em que tentei marcar uma data e um local para realizar a entrevista este passou a postergar, dar referências vagas – “vamos ver alguma hora para a semana que vem” – e, eventualmente, parou de responder às minhas tentativas de fazer contato. Talvez a proximidade com o final do ano letivo explique, embora eu ache que não justifique, tal atitude. Afinal, nove outros colegas se dispuseram a realizar as entrevistas no mesmo período do calendário e efetivamente o fizeram, gerando um material farto e rico. Então reputo o acontecido a alguma questão pessoal do colega, que pessoalmente desconheço, tentando não fazer qualquer julgamento, e passo a considerá-lo como exercendo o seu direito de não participar da pesquisa.

Não acredito que a não participação deste docente em particular tenha prejudicado de alguma forma importante à realização desta pesquisa. Um argumento metodológico neste sentido é que, ao realizar a unitarização do corpus as unidades pararam de se multiplicar na terceira entrevista analisada. Ou seja, a partir deste momento nenhuma unidade de análise nova foi acrescentada embora, obviamente, contribuições de todas as entrevistas subsequentes tenham sido acrescentadas, na imensa maioria das vezes com opiniões concordantes e algumas outras instigantemente divergentes. Mas isto já é adiantar-me. Antes de falar dos achados, preciso caracterizar os Sujeitos de Pesquisa.

5.2 Apresentando os sujeitos de pesquisa

Apenas lembrando, os sujeitos de pesquisa desta Tese são todos docentes efetivos do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, escolhidos por estarem em diferentes fases de suas carreiras. Uso a expressão “docente efetivo” para caracterizar os indivíduos que têm função docente de fato e de direito, ou seja, pessoas que exercem a docência, são concursadas e estão funcional e burocraticamente lotadas como docentes na universidade. Parece-me pertinente fazer esta observação prévia por dois motivos:

O primeiro é que no cenário do ensino médico brasileiro, onde se inclui do curso de medicina da UFSM, existe um grande contingente de indivíduos que exercem função de ensino mesmo não sendo docentes. São chamados, dependendo do contexto, de Contratados, Plantonistas, Preceptores, Médicos do Serviço, Supervisores ou, possivelmente, de outras maneiras politicamente bem menos corretas. São eles médicos contratados, fazendo parte do corpo clínico do Hospital Universitário, como parte do segmento Técnico Administrativo que tem, inclusive, previsto contratualmente a atividade de ensino junto aos alunos de graduação por tratar-se de um hospital escola. Em diversos momentos são estes médicos que guiam a aquisição de conhecimentos por parte dos alunos, formando na prática os futuros médicos. Como estes profissionais atuam muitas vezes em regime de plantão ou atendendo ambulatórios e unidades de internação, pode-se dizer, sem medo de errar, que o convívio com os alunos se dá de forma intensa e extensa.

Então vem a segunda observação: se existem esses indivíduos que exercem a função de ensino tanto quanto, senão mais, do que os docentes do curso por que não utilizá-los como sujeitos de pesquisa? Novamente dois argumentos: a linha de pesquisa onde se inscreve esta Tese é a de Formação de Professores, portanto há uma clara delimitação de onde se produzir trabalhos. Embora sujeito a críticas, esta foi uma conjectura importante feita por e para mim. O segundo argumento se baseia em uma impressão bem pessoal: a de que estes indivíduos, não sendo professores de direito, também não se identificam com a função de fato. Dito de outra forma, eles não se enxergam como professores de medicina, embora exerçam uma supervisão (também muitas vezes chamada de orientação) sobre os alunos da graduação de uma forma naturalizada. Ter jovens médicos em formação sob sua tutela é uma

situação historicamente tida como fazendo parte do próprio exercício da medicina. A ideia de uma docência médica como algo potencialmente diferente disto, fora deste cenário, demandando uma preparação e formação específicas é visto, por muitos, ainda com estranheza.

Posto isto, vamos a mais algumas considerações sobre a nomenclatura adotada no escopo desta tese: correndo o risco de incorrer na ira de eventuais leitores – talvez melhor dizendo leitoras – desta pesquisa, optei por seguir as regras gramaticais no que concerne ao gênero. Ou seja, quando citado em conjunto, os sujeitos de pesquisa são citados como médicos, embora o grupo inclua tanto homens quanto mulheres. Esta escolha não se baseia em nenhum pressuposto machista, apenas segue a regra gramatical que diz que quando num conjunto de pessoas há indivíduos de ambos os sexos se trata o conjunto como masculino. Se a regra é discriminatória – acho que esta é uma leitura possível – deve ser mudada, sem dúvida. Mas enquanto continua válida, será utilizada aqui.

Outra situação é a questão da confidencialidade dos sujeitos de pesquisa. No intuito de mantê-los anônimos serão todos tratados por *professor* substantivo masculino, já que há um predomínio de homens no grupo. Optei também por suprimir as referências à especialidade de cada um porque o universo médico santamariense é tão restrito que qualquer um dos membros do grupo seria facilmente identificado se isto fosse revelado. Como exemplo posso inclusive citar a mim mesmo: só há um gastroenterologista formado em 1991 que é professor do Curso de Medicina da UFSM. Em alguns setores do Hospital Universitário a situação fica ainda mais dramática já que diversos serviços contam apenas com um professor e diversos médicos contratados. Ou seja, revelar a especialidade ou o gênero iria permitir a identificação do sujeito, o que comprometeria a pesquisa de um ponto de vista ético.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e dezembro de 2014. Entrevistei docentes médicos da UFSM em suas salas, em consultórios particulares, em salas de aula, em salas de coordenações. Os sujeitos de pesquisa foram distribuídos, conforme a Proposta de Tese, em cinco grupos:

- Docentes com até 5 anos de carreira: Professor 3 e Professor 5

- Docentes entre 5 e 15 anos de carreira: Professor 1 e Professor 8
- Docentes entre 15 e 25 anos de carreira: Professor 6 e Professor 9
- Docente com mais de 25 anos de carreira: Professor 7
- Docentes aposentados: Professor 2 e Professor 4

Sem dificuldade se percebe que o sujeito de pesquisa que exerceu seu direito de não participar estaria no grupo dos docentes com mais de 25 anos de carreira o que não prejudica grandemente a pesquisa, se pensarmos em termos de tempo na docência, porque há dois outros indivíduos que se enquadram deste critério e que já estão aposentados.

Antes de passarmos aos achados propriamente ditos, um último esclarecimento: no escopo do texto desta tese, em diversos momentos me referirei aos professores “mais jovens” ou “mais velhos”. Estas expressões relacionam-se sempre ao tempo de carreira docente e não à idade cronológica das pessoas. Tal observação parece-me importante porque alguns sujeitos de pesquisa entraram na docência poucos anos após a sua graduação, outros décadas depois, o que pode conferir uma proximidade de idade mas um tempo de carreira muito distante, ou vice-versa, aos indivíduos.

5.3 O corpus e o processo de unitarização e categorização:

Após a realização das entrevistas, transcrição e aprovação das mesmas, iniciei o processo de análise de conteúdo. Num primeiro momento desta análise se procede a uma unitarização, ou seja, se procura no texto unidades temáticas distintas, sob cujo título ou enunciado são colocadas as falas dos sujeitos de pesquisa. Da leitura das entrevistas resultaram 23 unidades, listadas a seguir:

1. Tempo de formado. Tempo de Docência.
2. Primeiras influências para a Docência
3. Motivação para fazer Medicina
4. Influência familiar
5. Vestibular
6. Cultura médica na família

7. Amigos e grupo familiar menos próximo
8. Ensino Médio
9. O que atrai na docência
10. Docentes Médicos e não Médicos
11. Professor ou Médico?
12. Preparação Didática
13. Deficiências Docente
14. Propostas para a instituição
15. Pesquisa ou docência?
16. Residência
17. Experiência profissional extra-universidade
18. Professor de medicina visto pelos outros
19. Sou diferente porque faço medicina?
20. Gosto muito do que eu faço
21. Graduação em Medicina
22. Primeiras Experiências Docentes
23. Carreira Docente

O segundo passo na análise de conteúdo passa por uma categorização, ou seja, um reordenamento das unidades obtidas na unitarização por proximidade temática, tentando-se colocar as unidades similares em categorias que permitam uma análise mais estruturada – conforme a visão e a capacidade do pesquisador que está analisando o corpus – do que foi dito pelos sujeitos de pesquisa. Deste processo resultaram 5 categorias:

- 1) Marcos Históricos: (ou como, historicamente, cheguei até aqui?)
 - 1.1) 3. Motivação para fazer Medicina
 - 1.2) 4. Influência familiar
 - 1.3) 8. Ensino Médio
 - 1.4) 5. Vestibular
 - 1.5) 21. Graduação em Medicina
 - 1.6) 16. Residência

1.7) 17. Experiência profissional extra-universidade

1.8) 1. Tempo de formado. Tempo de Docência.

1.9) 23. Carreira Docente

2) O médico visto pelos outros: (ou como me enxergam como médico?)

2.1) 6. Cultura médica na família

2.2) 7. Amigos e grupo familiar menos próximo

2.3) 19. Sou diferente porque faço medicina?

3) Docente médico: (ou por que sou médico e dou aula?)

3.1) 2. Primeiras influências para a Docência

3.2) 9. O que atrai na docência

3.3) 22. Primeiras Experiências Docentes

3.4) 12. Preparação Didática

3.5) 15. Pesquisa ou docência?

4) Percebendo-se (quem sou eu, docente médico?)

4.1) 11. Professor ou Médico?

4.2) 19. Sou diferente porque faço medicina?

4.3) 18. Professor de medicina visto pelos outros

4.4) 20. Gosto muito do que eu faço

4.5) 13. Deficiência Docente

4.6) 10. Docentes Médicos e não Médicos

5) Daqui em diante: (ou o que se poderia fazer de diferente?)

5.1) 14. Propostas para a instituição

A comunicação, passo seguinte que contempla os tempos de a descrição e a interpretação, sucede a estes primeiros dois momentos e passa a constituir os achados da Tese propriamente dita, como começo a explanar no próximo tópico.

5.4 Os achados ou o que dizem os docentes médicos da UFSM

A presença de um imaginário, na concepção de Castoriadis, é inerente ao ser humano, “[...]um imaginário último ou radical, como raiz comum do imaginário efetivo e do simbólico” (CASTORIADIS, 1982, p. 154), como já vem sendo colocado ao longo deste texto. Geralmente, no escopo de um trabalho acadêmico – e este não é uma exceção –, ao se abordar um determinado grupo, cria-se sub denominações, intentando reclassificar este grupo a partir de características comuns aos imaginários dos indivíduos que se acredita pertencer a ele, sempre balizados pela maneira como o pesquisador consegue enxergar o panorama (ou, dito de outra forma, limitados pelas possibilidades do imaginário do pesquisador). Daí surgirem denominações como imaginário docente ou imaginário médico, por exemplo. Esta é uma abordagem que tem o seu valor quando se intenta explorar concepções, impressões, visões ou ideias comuns a um determinado grupo de pessoas, mas há riscos em aceitar acriticamente a sua utilização: imaginário, como levantado anteriormente à apresentação dos achados da pesquisa em si, é algo muito mais amplo, estruturante da personalidade do indivíduo e, portanto, pleomórfico. Por isso não é possível reduzir, limitar ou encaixar completamente o imaginário de um indivíduo dentro das fronteiras do imaginário de um grupo ao qual ele pertença ou com o qual ele compartilhe algumas características comuns. Ou seja, a concepção de um imaginário docente médico serve para tentar entender melhor como são, como agem, como percebem ou sentem ser percebidos pelos demais os indivíduos que são docentes médicos, mas estes não se resumem – ou são redutíveis – a isto. Os docentes médicos não são explicáveis, individualmente, na sua totalidade, por um imaginário médico docente comum. Mesmo partilhando características com os demais, estes indivíduos têm tantas outras características distintivas entre si que, vistos de longe ou dependendo da abordagem adotada pelo observador, talvez nem sejam reconhecidos, a princípio, como pertencendo ao mesmo grupo. Se outras questões fossem colocadas, como gênero, especialidade, área de atuação, para citar apenas alguns exemplos, muito provavelmente os achados e principalmente as conclusões difeririam bastante do que aqui apresento.

Colocados estes pontos iniciais com o intuito de fugir da tentação das generalizações, vamos ao que me proponho a delinear, ou seja, os contornos ou ao menos alguns balizadores ou características comuns ao imaginário docente médico

de um grupo de docentes médicos da UFSM, em diferentes fases de sua carreira docente, aqui eleitos como sujeitos de pesquisa.

5.4.1 Marcos históricos: (ou como, historicamente, cheguei até aqui?)

5.4.1.1 Motivação para fazer medicina:

Vem do senso comum a ideia de que médicos são indivíduos vocacionados para a sua profissão, que “desde sempre” quiseram atuar na área. Não raramente se escuta um discurso de que há um “dom”, um “pendor” ou uma “grande vontade de ajudar às pessoas”. Talvez este seja um discurso politicamente correto ou ainda decorra da projeção dos desejos inconscientes, inscritos no imaginário social. Afinal, quem, estando doente, não gostaria de se atendido por um profissional competente que toda a vida desejou estar ali, para ajudar as pessoas a melhorarem, tendo se dedicado fervorosamente a isso? Na literatura algum respaldo à esta ideia não raro se encontra, ao nos depararmos com afirmações do tipo

as motivações quanto à escolha do curso foram determinadas por fatores não só inconscientes, como também conscientes, sendo atribuído um juízo de valor diante do que era esperado, bem como das necessidades pessoais. Foram evidenciados temas como humanismo, afinidade, status social, imagem cultural, utilidade, transcendência, conhecimento e independência financeira. (TRINDADE & VIEIRA, 2006, p. 552)

Neste grupo de docentes médicos da UFSM, entretanto, estes fatores não foram apontados como relevantes. A maioria dos entrevistados direcionou-se ou foi direcionado para a medicina por uma combinação de dois fatores: eram bons alunos e a medicina se apresentava então como uma carreira atraente.

Segundo grau, Guto. Segundo grau. Tinha que escolher alguma coisa e eu disse 'olha, acho que dentro da medicina eu me encaixo em algumas coisas'. (Professor 3)

quando eu fui fazer vestibular para medicina eu disse 'vou tentar medicina mas conforme eu vou para a biologia. Vou fazer uma tentativa' (Professor 5)

Não tinha aquela... vamos dizer assim... aquela coisa do quero ser médico porque sonhei desde pequenininho.

[...]

'engenharia eu não vou passar nunca no vestibular'. E aí fui para a medicina, foi uma coisa bem utilitarista, decidi ir para a medicina por uma questão de que eu achava que no vestibular de medicina eu tinha mais chance do que no vestibular de engenharia. (Professor 9)

Mesmo na trajetória de quem não gostava da ideia de ser médico esses aspectos influenciaram: um dos sujeitos de pesquisa deixou claro que não queria fazer medicina.

eu nunca quis fazer medicina [...] minha família decidiu que eu ia fazer medicina. E aí eu fui fazer medicina. (Professor 1)

O desejo deste indivíduo era ser professor, um projeto que ficou esquecido até uma determinada altura da sua formação médica, quando pode então retomá-lo. Não deixa de ser uma trajetória atípica dentro do que se costuma encontrar entre os docentes que constituem o grupo dos sujeitos de pesquisa.

5.4.1.2 Influência familiar

O núcleo familiar se apresenta como sendo o local onde as primeiras experiências acontecem e cuja influência é muitas vezes apontada como determinante para a opção pela profissão médica. A literatura produzida nesta área também sugere que este é um quadro bastante frequente ao ressaltar que são “muitos os fatores conscientes de terminantes, como a influência familiar, o desejo de independência financeira, a identificação pessoal com o curso, além do status profissional e do desejo de ajudar as pessoas” (MOREIRA, 2006, p. 18-19). Este núcleo familiar próximo é apontado muitas vezes como o lócus onde os projetos futuros, pessoais e profissionais, têm suas sementes plantadas e isso pode ser detectado em diversas falas deste grupo de docentes: a maioria lembra de ter recebido aconselhamentos e de ter conversado com os pais a respeito do futuro profissional mas a pressão por um direcionamento para a medicina, especificamente, não se fez presente com uma exceção marcante, a do Professor 1, cuja família praticamente o obrigou a fazer medicina por ser essa uma “profissão universal”. A maioria dos demais optaram por fazer seu curso mesmo contra o conselho familiar ou diante da surpresa das pessoas pelo inusitado da escolha.

...meu pai me dizia 'não faz medicina. [...] Faz outra coisa, não faz medicina'. E eu acabei fazendo medicina por cabeçudo que era... até hoje sou.”(Professor 3)

...ela dizia 'mas tu não vai passar, meu filho'... imagina uma mãe dizendo 'tu não vai passar, meu filho'. E eu dizia 'não, mas esse é o meu plano...' (Professor 5)

Foi visto com grande surpresa porque a minha família é uma família... isso há 30 e tantos anos atrás... a minha família toda ela é de agricultores. [...] Era muito prestigioso. (Professor 6)

Este “inusitado” talvez decorra de uma outra ideia vigente no senso comum que é a de que as “famílias médicas” são a maioria na profissão. Neste grupo, especificamente, com exceção de um indivíduo (Professor 7), todos os demais foram o primeiro profissional médico em suas famílias, considerando-se o núcleo familiar próximo. Explicitamente aconselhado a fazer medicina só lembra de ter sido o Professor 8, o que ele mesmo entende como decorrendo do fato de seu pai ser um profissional da área da saúde que tinha uma grande admiração pela atividade médica. A maioria dos entrevistados, independentemente da pressão familiar num sentido ou em outro, considera que a pressão do núcleo familiar foi pequena e que a decisão de fazer medicina foi sua, pessoal:

...acharam muito interessante porque eles queriam ter um médico na família, mas o meu pai nunca me induziu a nada (Professor 4)

Sem influência familiar, sem nada, foi mais uma questão assim de achar que o caminho mais provável de sucesso seria aquele. [...] a minha família aceitou como teria aceito se eu tivesse optado por fazer engenharia... (Professor 9)

Outro aspecto interessante que se apresenta é a diferença dos papéis atribuídos ao pai e a mãe de cada um.

...eu passei... meu pai não era de muitas emoções. Ele era uma pessoa muito contida. Mas ele ficou muito feliz e minha mãe mais ainda. (Professor 6)

“Ah, a mãe sempre gosta né, Guto? A mãe sempre gosta. 'Meu filho vai ser médico. Meu filho vai ser doutor'.”(Professor 3)

As mães aparecem em posições antagônicas, seja como alguém que acha que o filho não vai conseguir (Professor 5), ou como alguém que “sempre gosta” do que os filhos fazem (Professor 3 e Professor 6). Já os pais aconselham mais diretamente, focando em aspectos mais práticos, como a dificuldade em lidar com

peessoas no dia a dia. A figura paterna do Professor 1 é tão marcante que este achou mais fácil passar num vestibular em universidade pública, num curso de medicina, na primeira tentativa, do que enfrentar o pai e tentar fazer prevalecer seu desejo, no caso, fazer outro curso.

A questão do prestígio da profissão e do orgulho em ter um filho nela é bem palpável e transparece nas falas dos entrevistados, ainda que eles não procedam de famílias de médicos. Mesmo entre os que foram aconselhados a não fazer medicina o motivo apontado nunca foi o de que a medicina seria uma profissão “ruim”, mas antes a dificuldade em passar no vestibular ou o fato de ter que se relacionar com pessoas.

5.4.1.3 Ensino Médio

De uma forma um tanto pedante e muitas vezes vista como elitista costumamos dizer, no escopo dos cursos de medicina (pelo menos no curso da UFSM e dos outros do Brasil com os quais tive contato), que lidamos com alunos de muito boa qualidade. Não raro os colegas docentes dizem que, pelas nossas mãos, passa “a nata”, “a elite” ou “os tops”. Dispensável dizer que, aliada à visão de que os médicos são arrogantes, prepotentes e convencidos, esse tipo de afirmação nada acrescenta em termos de simpatia externa ao meio médico. Entretanto, se analisadas de forma mais desapaixorada, estas afirmações trazem em si algum fundo de verdade, afinal os cursos de medicina são, há vários anos, os mais concorridos no Brasil. Isto é fato: todos os anos a relação candidato/vaga na medicina é a mais alta do vestibular. Isto determina que seja, portanto, o curso onde a competição por uma vaga tende a ser mais acirrada, selecionando para ingresso no curso os indivíduos que têm um melhor desempenho nas provas. Focando especificamente em desempenho e nota, os alunos dos cursos de medicina realmente podem ser considerados como “os melhores”. Outros aspectos ligados ao caráter, personalidade ou mesmo habilidade de lidar com as coisas da vida e do mundo, claro, não são garantidos por um bom desempenho cognitivo. Então ao dizermos que um estudante de medicina é parte da elite não significa que ele seja uma pessoa melhor – nem pior – do que qualquer outra, *a priori*. A visão do médico e do professor de medicina pelos outros e por si mesmo será oportunamente discutida

neste texto.

Os entrevistados referem-se a si mesmos, de uma maneira quase uniforme, como sendo “típicos” estudantes de medicina: indivíduos com bom desempenho escolar e rendimento acima da média das turmas que frequentaram, geralmente em escolas em que alunos com bom desempenho eram direcionados para os cursos mais competitivos, quase naturalizando-se a escolha por fazer medicina como sendo algo digno dos bons estudantes.

Eu tive vários colegas que fizeram medicina. Uns quatro ou cinco. (Professor 1)

a gente sempre foi bons alunos... a gente também nunca ficou em exame... eu não me lembro de ter ficado em exame, naquela época a gente passava por média em tudo... (Professor 2)

É, e eu já gostava, eu já era um bom aluno, então já tinha algumas coisas que eu não precisava aprender, eu já sabia, já tinha tido contato antes, conseguia lembrar e outras realmente... (Professor 5)

Sempre fui ótimo aluno. Sempre era o primeiro da turma. (Professor 6)

É assim... meus amigos do colégio até hoje... porque a gente tem uma turma que de vez em quando se encontra... e daí a **** é uma que diz 'o **** era daqueles que dizia não sei, fui mal, fui mal, fui mal: dez'. Porque... mas fui Guto, sempre fui muito estudioso. (Professor 7)

Portanto os docentes médicos deste grupo nada têm de surpreendente neste aspecto, especialmente se considerarmos o que foi anteriormente exposto, já que eles, efetivamente, lograram ser aprovados num concurso vestibular e cursaram um curso que há muito tempo é e continua sendo tão concorrido.

5.4.1.4 Vestibular

O período peri vestibular e o desempenho neste foi destacado por todos os entrevistados, dedicando boa parte da entrevista a isto.

Entrevistador: Passou de Primeira?

Professor 1: Sim.

E: Foi bem, tranquilo.

P1: Sim. (Professor 1)

... não acho que tenha sido difícil. Eu me preparei bem, é verdade, estudei um ano inteiro... (Professor 2)

...eu fiz o vestibular no primeiro ano, rodei, fiz o segundo, rodei... se eu

rodasse de novo eu não faria medicina. (Professor 3)

Então eu acabei... não fui bem no primeiro vestibular. [...] estudei [...] umas seis aulas de redação e correção de frases... [...] E nas outras fui bem de novo e daí tirei o terceiro lugar em medicina, para entrar. E acabei fazendo medicina aqui. (Professor 4)

Passei no primeiro vestibular em parte porque tinha esse medo também... eu não queria... [...] também porque senão talvez eu tivesse que trabalhar (Professor 5)

No segundo vestibular. Eu fiz um segundo grau muito ruim. (Professor 6)

Bem. Passei no primeiro. (Professor 7)

Chegou no vestibular e todo mundo se classificou bem. Eu tirei o terceiro lugar na medicina. (Professor 8)

Poucas experiências na vida de um estudante são tão marcantes quanto a realização de um vestibular. Existe todo um contexto, toda uma cultura – escolar, familiar, social – que, ao longo dos anos, inscreve no imaginário de todos uma expectativa por um bom desempenho. Sendo os estudantes de medicina e, conseqüentemente os médicos, indivíduos com uma estrutura de personalidade muito competitiva não é de surpreender que o concurso vestibular tenha uma importância tão grande em seu trajeto formativo. É possível perceber nas entrevistas algo difícil, senão impossível, de caracterizar nas transcrições que é o tom de orgulho com a aprovação obtida. Mesmo tantos anos depois, ainda há um certo calor na voz das pessoas ao afirmarem “passei de primeira”. Compreensível, creio eu, já que é realmente um feito notável, embora não inédito.

Sendo tradicionalmente bons estudantes, não é de surpreender que ao bom desempenho no ensino fundamental e médio se suceda uma boa atuação no vestibular. É o esperado e, convenhamos, o lógico. Ainda mais se considerarmos que o objetivo do ensino médio, ao menos para um grande número de indivíduos – aí incluídos os sujeitos de pesquisa, então vestibulandos de medicina, futuros docentes – é a aprovação no vestibular. Com a aprovação encerra-se um ciclo e se inicia outro e a sensação é a de um dever cumprido.

Uma parte do grupo dos entrevistados, por outro lado, não foi aprovado em sua primeira tentativa de ingressar no curso, mais especificamente o Professor 2, o Professor 3 e o Professor 6. Raciocinando-se apenas com os dados numéricos, analisando-os friamente, poderíamos dizer que, em função da grande procura pelo

curso de medicina com relação ao número de vagas disponíveis, o normal é que não se passe no vestibular, o que efetivamente aconteceu com estes sujeitos de pesquisa. Transparece nas entrevistas, entre estes sujeitos, o fato de que houve uma mobilização interna consequente à frustração determinada pela não aprovação – que, sintomaticamente, é tida como uma reprovação: “rodei” – que os levou a investir mais tempo no estudo, especialmente nas áreas em que tinham tido pior desempenho. Este desempenho insuficiente para lograr aprovação aparece, na percepção deles, como decorrente de um ensino médio “ruim” (Professor 6) ou o “pouco acesso à leitura” (Professor 2). Nesses sujeitos, assim como naqueles aprovados num primeiro concurso, parece subsistir um certo orgulho pelo feito da aprovação, embora se perceba nitidamente no tom das falas que a frustração, ainda que contornada, deixou uma impressão duradoura.

5.4.1.5 Graduação em Medicina

O curso de graduação em medicina é um curso longo e envolvente. Habitualmente dura seis anos, o que por si só já preenche, podemos dizer assim, um bom pedaço da biografia de cada um. Se levamos em consideração a intensidade com que se dá esse preenchimento, a forma como os alunos precisam se envolver com o processo formativo médico, assim como o momento da vida em que a maioria dos alunos frequenta o curso, ou seja, por volta dos vinte anos de idade, fica fácil perceber porque os indivíduos tendem a conferir tanta importância e a ter tantas lembranças do seu tempo como acadêmicos. Do muito lembrado pelos sujeitos de pesquisa a respeito desta etapa da sua vida, algumas coisas chamam bastante a atenção: em primeiro lugar observa-se um certo despreparo com relação ao que encontraram no meio universitário em geral e no curso de medicina em particular.

a gente tem um processo de adaptação... no colégio era um bom aluno, aí tu chegas no curso de medicina e tens os alunos de outros colégios, [...] gente que já se conhecia antes, a dinâmica foi totalmente diferente do que eu tinha no segundo grau. Existe um clima de competição que não é nem tão velado assim... isso para mim foi uma coisa nova... as provas chegando mais rápido e com mais violência... o tempo, o timing de estudar... eu dizia 'báh, eu devia ter estudado...' eu até estava estudando mas não tinha aquele preparo, aquela rapidez, então nesse início eu tive que me adaptar. O primeiro ano foi totalmente de adaptação. (Professor 5)

“Ah, o impacto foi outro né? Era um mundo muito diferente do que eu estava acostumado. Porque eu estava acostumado com as coisas num grau de urbanidade muito diferente, entendeu? A minha vida era muito diferente daquilo que eu encontrei aqui. Quando eu vim fazer medicina eu encontrei coisas que eu nunca... quer dizer assim... eu não tinha nem ideia do que fosse ir para a praia, por exemplo. Prá mim era uma coisa... 'meu Deus, vão para a praia... o que vão fazer na praia essa gente?'... era uma coisa completamente... o meu universo era um universo muito rural assim...” (Professor 6)

Muito disse se deve, possivelmente, ao fato de que apenas um dos entrevistados vir de uma família de médicos (Professor 7). Todos os outros foram os primeiros profissionais médicos das respectivas famílias, ou seja, careciam de referências sobre o “como estudar” para ser médicos, uma característica que é relatada como uma dificuldade frequentemente encontrada com relação à adaptação ao meio acadêmico, bem como a maneira adotada para tentar dar conta destas novas demandas: sendo todos alunos considerados “bons” no ensino médio, houve uma tendência, marcadamente presente no início do curso, de utilizar a fórmula de estudo que haviam adotado lá, referida como “mecânica” (Professor 6) ou “como no segundo grau” (Professor 3) ou ainda “para cumprir carnê” (Professor 9). A competição e a velocidade requerida para acompanhar o que se desenvolve no meio acadêmico acabaram por motivar mudanças drásticas nesta maneira de encarar o estudo, marcadamente na parte “profissionalizante” do curso. A competição durante o transcorrer da graduação em medicina expressa-se de várias formas nas falas dos entrevistados:

Entrei querendo ser cirurgião [...] meus colegas todos operavam e eu não tinha acesso. (Professor 3)

E eu não colava, eu não tinha a habilidade, não tinha o treinamento e eu tinha colegas... isso era uma das coisas que como aluno me irritava muito, eu tinha colegas que eram bons, bons alunos, mas eles colavam entre eles e tiravam 11. E era sempre aquela quadrilha quase lá... 11... 11... 11... e a gente estudava, estudava e tirava 7, 8, sei lá, de vez em quando até tirava um 9,2, de vez em quando, mas não era aquela coisa de tirar 9,8; 9,9; 9,7. [...] no final do curso começaram os estágios [...] tu já estás com ritmo de estudo, tu já vais estudar... sei lá... pediatria lá pelo Nelson... e eles não conseguiram fazer isso, começaram a ter um decréscimo e pressionavam os professores por nota, não sei o que 'eu não posso ficar com C, imagina... eu quero ser pediatra, pá-pá-pá, pi-pi-pi...' então aquele reforço positivo veio depois. A gente estudando a gente consegue... pode estar sozinho mas vai se virar bem. Então não passaram na residência, dois deles não conseguiram passar em nenhuma residência... que também... é um

critério... eles queriam fazer, enquanto o planejado para eles... não treinaram e não conseguiram fazer. (Professor 5)

porque eu sempre fui na época se chamava de CDF, crente, que é o nerd hoje. Sempre. Eu só tirava nota alta, quando não tirava ficava angustiado com aquilo ali, tinha esta auto cobrança. E durante o curso – eu brinco até hoje com a minha esposa – foi a única vez em que eu tive um exame na minha vida foi quando eu comecei a namorar porque aí a coisa muda, né? 'Opa, tem coisa muito melhor do que estudar...' [...] Eu terminei o curso em sexto lugar, na época eles tinham essa classificação, não sei se hoje ainda tem... (Professor 8)

A competição é parte integrante do curso e ela nem sempre é tão visível assim para quem olha de fora. A procura por estágios, por cursos, por bolsas e monitorias é acirrada, muitas vezes determinando que atitudes “menos do que recomendáveis” sejam adotadas. Alguns alunos focam realmente no score obtido e com os nossos sujeitos de pesquisa isto não foi exceção: a preocupação com o desempenho acadêmico permanece muito presente em alguns indivíduos (Professor 8) embora outros, explicitamente, digam que isto deixou de ser importante ao longo do tempo (Professor 5). Todas estas dificuldades levantadas pelos sujeitos de pesquisa carecem de originalidade, podemos assim dizer. Ramos-Cerqueira e Lima (2002) já assinalavam que

Atuando no ensino médico, observa-se que o estudante chega ao primeiro ano do curso ainda adolescente e tendo que enfrentar seu primeiro embate intra-curso: não se livrou dos competidores! Conseguiu a duras penas sua vaga e encontra agora ao seu redor uma centena de alunos, com a mesma carga, os mesmos estigmas e as mesmas expectativas e obrigações de primeiros alunos - o que usualmente foram em suas escolas de origem. Como agravante, estes novos “competidores” têm nome e rosto conhecidos e, muitas vezes, moram na mesma república. Assim, muitas vezes, a expectativa de poder partilhar, num ambiente menos exigente, menos competitivo, não se realiza. Em alguns casos, à adaptação à Universidade soma-se a experiência de sair de casa pela primeira vez e suas consequências: não há garantia de afeto e de cuidados que assegurem a sobrevivência no cotidiano, acentuando ainda mais sua insegurança adolescente. Tudo está por sua conta: organizar o dia- a-dia, descobrir um jeito novo de estudar e estabelecer novos vínculos afetivos. (RAMOS-CERQUEIRA & LIMA, 2002, p. 110)

Dentre as dificuldades sentidas para fazer os ajustes necessários para um desempenho satisfatório no curso destaca-se também a questão das diferentes origens – geográficas e sociais –, diferenças de personalidade ou concepções dos indivíduos. Muitas vezes oriundos de classes sociais ou grupos com marcantes

diferenças culturais, o processo de integrar-se ao mundo acadêmico exigiu um grande esforço por parte dos indivíduos. Esta experiência, entretanto, é vista sempre como positiva, no sentido de ter ensinado “como a vida é” (Professor 5). A relação com os colegas também é outro tema bastante recorrente, seja ela negativa como quando se refere à cola e desempenho acadêmico (Professor 5), como quando fala do acolhimento e ajuda mútua que se encontrou (Professor 6, Professor 9).

Também se percebe um outro fato recorrente: a procura por uma especialidade, refletindo-se inclusive na troca de área de atuação pretendida. Sendo eu mesmo mais um que passou por esse processo, creio que seja esta uma questão ainda bastante sensível que acontece com uma grande parte dos acadêmicos. Atualmente o direcionamento do sentido de formação dos médicos é a de um clínico geral, ao contrário do que acontecia até alguns anos atrás – quando fiz minha formação, por exemplo – em que era quase um imperativo definir-se por uma área de atuação já que o currículo então vigente, com forte matiz flexneriano, privilegiava a visão compartimentalizada e especializada dos pacientes. Com a reforma curricular implementada no ensino médico brasileiro a partir de meados dos anos 90 do século passado, a formação do médico tendeu a ser mais direcionada para a formação do generalista, do médico com uma visão do todo do paciente. A ideia de especializar-se, entretanto, continua povoando o imaginário dos alunos, da mesma maneira que se instalava precocemente no imaginário da geração à qual pertencem, possivelmente porque estas mudanças ocorrem de forma paulatina e não por decreto ou pela simples modificação dos documentos que determinam qual o perfil desejado dos egressos do curso. Talvez por desconhecer o meio médico – não eram oriundos de famílias de médicos – a maioria dos sujeitos de pesquisa acabou por ter que explorar os seus meandros, aproximando-se de uma determinada especialidade, percebendo como ela realmente era “por dentro” e, não raro, como referido, acabar concluindo que esta não era uma área onde gostariam de atuar, seja porque encontraram outra área mais interessante ou porque simplesmente desgostaram do que encontraram. Modificar os rumos de um projeto de vida nunca é fácil, é um processo que deixa marcas, a tal ponto que os sujeitos relatam, vividamente, como as escolhas do seu direcionamento profissional aconteceu.

E assim... durante o curso eu queria ser pediatra. 'Ah, vou ser pediatra'. Gostava, eu tinha mil e quinhentas horas de pediatria. [...] E eu deixei de querer ser pediatra numa tarde em que eu atendi oitenta crianças no pronto socorro aqui embaixo. Eu disse 'eu vou fazer qualquer coisa na vida, mas isso é para louco. Eu não vou fazer isso toda a minha vida'. E desisti da pediatria ali, naquele momento. (Professor 3)

Então... eu queria para ser cardiologista. Não sei, acho que um bom número de alunos gostaria de ser cardiologista. Isso há uns 30 anos atrás. Muito. 'Meu Deus, eu vou ser cardiologista'. Antes eu dizia que ia ser cancerologista, olha só. Depois cardiologista. Aí quando eu passei pela cardiologia eu detestei... os professores, a cardiologia, e disse 'não, não quero saber... isso eu não quero'

[...]

Do quarto ano em diante... quarto, quinto, sexto ano eu militei politicamente bastante. Então eu me aproximei bastante da visão social da medicina. E provavelmente isso tenha auxiliado a me direcionar para fazer [a minha especialidade]. (Professor 5)"

Ligado a estas desistências ou novas escolhas por uma determinada área de atuação muito frequentemente apareceu a citação de nomes de professores que influenciaram o direcionamento dentro do curso. Isto também encontra respaldo na literatura produzida na área já que “o contato dos alunos com 'professores-modelo' tem grande importância para a aprendizagem, que é definida como o processo psicológico da aquisição de algo, visando a determinado desempenho” (MOREIRA, 2006, p. 18). Alguns chegam a ser explícitos, chamando um determinado professor de “guru” (Professor 3). Não raro se referem a estes indivíduos nas suas vidas como tendo sido determinantes na escolha da área da atuação mas, mais do que isso, como exemplos de profissionais e pessoas. Esta caracterização só se faz possível quando um convívio intenso – como experiência – e extenso – enquanto tempo – se dá. Ou seja, dentre as tantas características presentes em um curso médico existe uma já bem descrita: a presença de um currículo oculto que influencia a formação do indivíduo em um nível profundamente pessoal. Este contato direto com uma figura de autoridade – moral e técnica – na qual o médico em formação se espelha é de vital importância para a constituição do ser médico. Estágios, plantões, monitorias, atendimentos fora do horário regular de aula são momentos de grande aprendizado que moldam não só o desejo de enveredar por uma determinada especialidade, o que efetivamente parece ocorrer num primeiro momento, mas também a forma como se exerce a medicina propriamente dita.

Todos os indivíduos utilizaram um tempo considerável da sua entrevista para

falar sobre o tempo de graduação, com um certo ar, se não saudosista, de que esta foi uma coisa boa a ser lembrada já que foi este um período que ajudou a consolidar algumas características presentes na vida e na atuação profissional de cada um. Sendo todos docentes atualmente foi inevitável que alguns paralelos fossem traçados com o atual corpo docente do curso de medicina: a impressão geral é que hoje os recursos à disposição dos alunos são muito maiores do que em qualquer época precedente, especialmente se pensarmos em termos tecnológicos. Uma percepção interessante é a de que, a despeito disso, continuam havendo alunos dedicados e alunos relapsos, interessados e desinteressados, como parece ter sempre existido no curso.

5.4.1.6 Residência

Apontado como sendo “mais difícil do que passar no vestibular” a aprovação em um programa de residência também é algo marcante na vida de qualquer médico, especialmente se considerarmos que até há muito pouco tempo o sentido da formação tendia a encaminhar para a atuação em uma área específica. Isso fica bem claro nas falas dos sujeitos de pesquisa, como não poderia deixar de ser:

O estudo para residência foi forte também. [...] A gente tinha um grupo de estudos, na época não tinha MEDCURSO, então um ano e meio antes a gente começou a se reunir todos os sábados, estudava... pegava uns livros de questões atualizadíssimos assim, atualizava as questões e ia estudando... e quando chegou a época mesmo a gente estava relativamente bem preparado. (Professor 5)

Passei de primeira na residência, que na época era muito difícil [...] Muito concorrido. Passei de primeira... (Professor 7)

Em vários momentos os sujeitos de pesquisa comentaram que houve a necessidade de um investimento grande de tempo em estudo, em função da concorrência acirrada e do grau de qualificação dos concorrentes. Habitualmente a opção por um uma determinada especialidade acontece ao longo da graduação, com algumas eventuais “trocas de rumo”, como já salientamos. A aprovação na seleção para a residência médica é um momento marcante porque definitivo, ou seja, mesmo que se tenha acompanhado um serviço e nele trabalhado, sem que se curse uma residência isto não permite o reconhecimento como especialista,

legalmente falando. A residência ou especialização é, via de regra, um período de intenso aprendizado tanto em função da necessidade de um estudo aprofundado quanto pelo vivenciar de experiências marcantes. A influência dos professores deixa de ser tão importante, passando a existir mais uma possibilidade de experimentar a atuação profissional sob supervisão, já com um grau de responsabilidade de profissional formado e isso é tão estressante quanto gratificante. Os sujeitos de pesquisa não apontaram a residência como sendo uma fase muito importante para a orientação da sua futura carreira profissional para a docência, ficando esta muito mais ligada, isto sim, ao curso de mestrado, momento em que mais de um salientou a conscientização da possibilidade da docência como algo viável, bem como a possibilidade de aquisição de habilidades ou competências profissionais para tal.

5.4.1.7 Experiência profissional extra universidade

A esmagadora maioria dos alunos que cursam medicina não pensam em, eventualmente, exercer docência na área. Ao menos não ao tempo da graduação, quando a orientação se dá muito mais no sentido de uma atuação técnica médica, nas diferentes áreas e em diferentes cenários, dependendo de cada indivíduo e do contexto do curso. Não é de surpreender, portanto, que todos os docentes médicos entrevistados exerceram ou ainda exercem alguma atividade profissional médica além daquela junto à universidade. Mesmo o único professor (Professor 1) cujo projeto de vida foi originariamente orientado para a docência – ele só fez medicina por pressão dos pais – atuou algum tempo em consultório, ligado a um hospital de ensino. Outros indivíduos mantiveram por um bom tempo consultório, chegando a ser reconhecidos na cidade como profissionais de referência em suas respectivas áreas e, eventualmente, acabaram por abandonar completamente a atividade extra universitária por questões variadas como a falta de tempo, a percepção de que não estavam conseguindo conciliar as duas coisas ou ainda uma vontade de se dedicar mais ao estudo ou pesquisa. Um grupo optou por manter uma atividade profissional paralela à universidade, inclusive os dois profissionais aposentados da instituição que, mesmo estando há alguns anos fora da UFSM, ainda mantêm consultório nas respectivas especialidades.

Mais dramático, entretanto, apresenta-se a situação de dois dos entrevistados

(Professor 8 e Professor 9) que após alguns anos fora da universidade, fora da cidade de Santa Maria por sinal, optaram por largar uma situação economicamente mais confortável para se tornarem professores. O Professor 9, inclusive, está atualmente em um regime de dedicação exclusiva, enquanto o Professor 8, embora manifestando o desejo de também encerrar todas as suas atividades fora da universidade ainda não o fez “por questões conjunturais”. Dentre os motivos apresentados para esta virada na orientação profissional ambos expressaram claramente a vontade de participar da vida acadêmica, de conviver em um meio em que o conhecimento circule com maior facilidade além de uma questão pessoal importante, a saber, a existência de oportunidades mais diversificadas para os filhos em uma cidade como Santa Maria.

5.4.1.8 Tempo de formado e tempo de docência.

Houve uma grande variação entre os Sujeitos de Pesquisa com relação ao intervalo entre o graduar-se em medicina e o começo da atividade docente, como se pode observar no quadro abaixo:

Nome	Formado	Ingresso na Docência	Intervalo
Professor 1	1996	2000	4 anos
Professor 2	1972	1975	3 anos
Professor 3	1994	2011	17 anos
Professor 4	1971	1975	4 anos
Professor 5	1994	2012	18 anos
Professor 6	1985	1994	9 anos
Professor 7	1983	1988	5 anos
Professor 8	1980	2000	20 anos
Professor 9	1973	1990	17 anos

Este intervalo de tempo, se maior ou menor, acontece em função de questões concernentes à trajetória pessoal, de cada um dos sujeitos de pesquisa. Se tomarmos apenas os extremos, para exemplificar, o Professor 2 que iniciou sua carreira docente apenas 3 anos após formado, o fez num momento completamente diferente do atual, em termos de funcionamento da universidade: entrou para o

quadro de professores inicialmente a convite de um professor mais velho e depois fez uma “prova assim... não era um concurso concorrendo com... né? Não, tinha... fiz uma prova e fui aceito.” Esta prática, comum àquela época, de contratar professores sem a realização de um concurso nos moldes que hoje vemos, foi importante para a constituição do curso de medicina na cidade, em função do deficit de profissionais então interessados em exercer a docência. Hoje em dia, naturalmente, o cenário é outro, exigindo a realização de concurso para a entrada na carreira acadêmica. Já no caso do Professor 8, com 20 anos de intervalo entre a sua formatura e o início da atividade docente, este prazo tão longo decorreu em função de ter ele exercido a medicina liberal, de consultório, em outra cidade distante de Santa Maria. Por questões familiares resolveu retornar para cá e somente aí surgiu a oportunidade de vir a exercer a docência. Os demais Sujeitos de Pesquisa situam-se, como se pode ver, entre estes dois extremos, com diferentes determinantes para o início da sua atividade docente, como será discutido no próximo tópico.

5.4.1.9 Carreira docente

Dentro da mesma lógica de que a maioria dos alunos que cursa medicina não cogita inicialmente em sua formação a ideia de ser professor, a maioria dos sujeitos de pesquisa refere não ter pensado “desde sempre” em ser docente. A entrada para a carreira via de regra se liga ao convite ou incentivo personalizado de um colega já docente:

Então me inscrevi, me preparei, por aconselhamento do ***** , ***** , e tal né? (Professor 4)

...tinha o **** que era professor aqui... aí um dia abriu uma seleção para professor substituto e ele 'báh, tu não tens interesse?... 'mas claro que sim, uma coisa que...' [...] Daí eu lembro que eu vim, participei da seleção, fiquei tranquilo, não... sabe? Foi uma coisa bem tranquila a seleção, o pessoal gostou e no fim eu tive a aprovação. E aí então que eu iniciei como substituto... (Professor 8)

E aí o ***** me disse 'olha, abriu uma vaga para professor em Santa Maria, a vaga do ***** , vai ter concurso, quem sabe tu vens fazer?'. E eu vim e fiz. Quando eu vi tinha passado (Professor 9)

Associada à este convite, por vezes aparece a necessidade sentida naquele momento de buscar de uma maior estabilidade econômica.

Eu queria ter um emprego. Eu queria ser um profissional liberal mas queria ter uma carteira assinada. [...] Com um salário que todos os meses pinga ali na minha conta. Então eu precisava de um emprego. E claro que esse primeiro emprego ideal não aparece de uma hora para outra. (Professor 4)

Embora o ganho potencial de um médico seja maior fora da docência universitária, a atuação dentro da escola aparece como algo que pode propiciar tranquilidade e uma carga de trabalho menor ou menos intensa, o que é desejável por muitos. Alguns indivíduos ainda referem que a ideia de “virar professor” só ficou claramente definida quando passaram em um concurso.

Professor 7: Passei no concurso mas na época... não me lembro exatamente, assim... muito detalhadamente, mas houve daquelas questões governamentais de prender vaga e não poder repor, então houve um hiato do resultado do concurso de uns oito meses mais ou menos até eu ser chamado. E aí eu fui chamado, vim de **** com o mestrado não totalmente concluído ainda, já tinha concluído os créditos... e me vi professor. Meio... que não era bem bem vamos dizer... talvez... quando eu me formei o que eu imaginava que eu faria. Eu me formei talvez para ser ***** mas na minha trajetória da residência eu descobri que queria fazer ***** e aí, em fazendo ***** eu acabei...

Entrevistador: Acordando professor. Quando viu, estava dentro.

P7: Exatamente. (Professor 7)

O desenvolvimento da carreira docente varia de professor para professor, naturalmente. Dos entrevistados alguns preferiram ficar longe de cargos de supervisão ou coordenação e outros ocuparam, ou ainda ocupam, cargos de chefia. Não houve, em nenhum momento, a menção de que coordenar as atividades de algum setor da escola fizesse parte dos seus projetos de vida. Parece, também, ter sido algo que se apresentou em um determinado contexto, como mais uma oportunidade.

Um marco quase uniformemente apontado como sendo importante na constituição docente tanto no aspecto da consolidação da identidade quanto da aquisição de habilidades e competências para a docência foi o curso de mestrado. Dos sujeitos de pesquisa ouvidos apenas um não tinha mestrado e doutorado (Professor 2), mesmo que ele tenha tentado cursar um mestrado à época da ditadura militar no Brasil não tendo sido liberado por ter “atitudes contrárias aos

interesses do regime” já que participava de atividades políticas como estudante de medicina. O curso de mestrado foi, para todos que tiveram a oportunidade, um período da vida em que se tomou consciência, definitivamente, de que se era professor e de que isto passaria a ser – quando já não era – uma porção importante da sua vida profissional.

5.4.2 O médico visto pelos outros: (ou como me enxergam como médico?)

5.4.2.1 Cultura médica na família

Com uma única exceção (Professor 7) todos os outros sujeitos de pesquisa são o primeiro médico de suas respectivas famílias, ao menos do círculo familiar próximo. Isso contrasta com a ideia tão naturalizada de que médicos, via de regra, são filhos de médico ou que uma influência familiar importante é exercida no sentido de que o indivíduo faça medicina. Não raro se acredita que alguém opta por cursar medicina em função do “desejo dos pais de exercer a profissão, o desejo de poder cuidar de um familiar doente, o desejo de identificação com um médico de sua família, ou de um médico que “curou” sua família” (MOREIRA, 2006, p.112). Entre os sujeitos de pesquisa, entretanto, encontrei algo bem diferente. Eles são em sua maioria categóricos ao afirmar que as famílias não influenciaram grandemente a decisão de cursar medicina, com exceção do Professor 1, conforme já citado, que não queria fazer medicina e sim dedicar-se ao magistério. Mesmo o Professor 7, oriundo de família com muitos médicos, afirma que a decisão foi toda sua, citando inclusive que tem uma irmã que cursou outra área sem que houvesse a menor cobrança por parte dos pais. Entretanto, ele reconhece a magnitude do que poderíamos chamar de uma cultura médica familiar ou, como diz o próprio professor, “o ar que eu respirava dentro da minha casa”:

...sem dúvida nenhuma houve uma influência familiar. Meu pai era [especialidade], meu irmão mais velho fez faculdade de medicina e quando ele se formou eu estava entrando na faculdade, eu acho... então eu acompanhei a trajetória dele. Na minha família várias outras pessoas... irmão do meu pai, primos, enfim, o meio é médico. Eu acho que isso de alguma maneira... eu não saberia te dizer exatamente porque, eu não tenho nada na minha cabeça muito definido sobre isso mas eu tenho certeza que era o ar que eu respirava muito dentro da minha casa e certamente eu devia gostar de alguma maneira. (Professor 7)

Mais comumente (Professor 3 e Professor 5) houve o aviso familiar de que medicina era muito difícil, assim como a sugestão de que se escolhesse algo “mais fácil”, sugestão obviamente não adotada pelos indivíduos. O Professor 8 contou que seu pai sugeriu, explicitamente, que ele fizesse medicina, mas no grupo entrevistado esta foi a única referência neste sentido, desconsiderando-se o Professor 1 que foi quase “obrigado” a fazer o curso, conforme já referido anteriormente.

5.4.2.2 Amigos e grupo familiar menos próximo

Diferentemente do núcleo familiar mais próximo, que entre a maioria dos entrevistados não parece ter deixado grandes marcas na questão da opção pela medicina, parentes mais afastados e amigos foram citados várias vezes como tendo se sentido muito orgulhosos, felizes ou por vezes surpresos com a decisão de fazer medicina de cada um dos sujeitos de pesquisa.

os parentes sempre se sentiram muito orgulhosos de ter um... um médico na família... é... o pessoal colono né...esse é o nosso médico aqui, da região de ***** [...] 'il dottore'. (Professor 2)

meus amigos de adolescência me chamam de doutor. Eu digo 'tchê, não me chama de doutor' [...] não mas, é o doutor. 'Vamos lá na casa do doutor'. Tem um respeito deles por mim que eu não pedi... (Professor 3)

Então teve esses dois lados, teve gente que gostou muito, teve gente que se surpreendeu muito. (Professor 5)

Na verdade todo mundo olhava com admiração isso. Porque, que eu me lembre assim, do meu meio, poucas pessoas... um número pequeno de pessoas estudava e ninguém nunca tinha feito medicina. Nem do meu meio familiar nem do restante vamos dizer assim, das pessoas que estavam aqui, que tinham ficado aqui porque eu saí daqui com 14... 15 anos. Então entre os amigos, os meninos com quem eu cresci junto, ninguém era médico. Ninguém nunca tinha feito... não me lembro de que uma pessoa tivesse feito vestibular para medicina. (Professor 6)

Estas reações refletem, creio eu, o fato de que quase todos os entrevistados serem oriundos de famílias em que não havia médicos, ou seja, em que eles foram os primeiros médicos até então. Nos círculos sociais que frequentavam, segundo alguns, isto também se repetia, então todos passaram a ser vistos como “diferentes”, alvos de atenção, passando a ter uma certa notoriedade. Este fenômeno é recorrente com os indivíduos que cursam medicina e não se mostrou diferente com diferentes sujeitos em diferentes fases da carreira. Poder-se ia supor que, com o

avançar dos anos, o fato de existir cada vez mais médicos no mercado fizesse com que a profissão perdesse bastante do seu reconhecimento e notoriedade. Dito de forma mais apropriada, era de se esperar que com o aumento da densidade médica as pessoas parassem de “reparar” que havia um médico em seu meio. Isto não parece ter acontecido, se levarmos em conta o que disseram os sujeitos de pesquisa. O que mudou, basicamente, foi o fato de que com as pessoas com mais idade, em que a entrada no curso de medicina aconteceu há mais tempo portanto, este efeito parece ter sido maior, ou seja, o ser médico já foi reconhecido como algo mais excepcional e digno de nota do que hoje em dia. Mas mesmo entre os professores mais novatos na carreira a percepção de que o médico é visto como alguém “distinto” ainda se observa claramente.

5.4.3 Docente médico: (ou por que sou médico e docente?)

5.4.3.1 Primeiras influências para a docência

De forma bastante parecida com o despertar do interesse do aluno de medicina por uma área de especialização ao longo do curso associar-se ao convívio com um determinado profissional, a influência para o exercício da docência também parece personalizada entre os sujeitos de pesquisa. Quase todos identificam prontamente quem foi o professor ou o grupo de professores que o sensibilizou para o exercício da docência como uma possibilidade de vida:

A minha mãe é docente e meu pai tinha sido docente por um bom tempo e eles não queriam que eu fosse docente. E aí teve uma discussão - eu tinha 17 anos - e acabaram... [...] E eu até brinco com o pai e com a mãe de uma ironia do destino: quando eu terminei o curso eu disse eu vou ser docente em medicina. [...] E eu acho que decidi ficar no curso quando vi o que era a iniciação científica. Aí que eu me encontrei mesmo. (Professor 1)

Durante o curso tinha a influência muito importante do professor **** né? O professor **** é um cara que... poxa, todo mundo admirava pela seriedade, pela competência com que ele lidava com as coisas, lidava com o ensino, com os alunos... e o estímulo que ele procurava dar e cobrar né? Resultado e conhecimento do pessoal. Então isso aí foi muito importante. (Professor 2)

Aí eu tenho o ****, tenho um vínculo forte com ele, tenho um vínculo de trajetória com ele, né? E abre uma vaga para professor substituto aqui dentro... eu faço a vaga de professor substituto, entro... (Professor 3)

Eu acho que talvez subliminarmente no decorrer do curso porque a gente tinha alguns professores, tinha pessoas com quem a gente gostava de trabalhar, que faziam um trabalho bom. (Professor 5)

...tivemos um estímulo muito grande do *****, [...] professor de [...]... que sempre acreditou muito nessa coisa da universidade mais... do curso de medicina mais relacionado com o serviço de saúde, fora do ambiente acadêmico... [...] foi aí que apareceu a docência. (Professor 6)

A proximidade com atividades de cunho educativo ao longo do vida e principalmente do curso de graduação em medicina, da mesma forma, acabou por despertar em diversos indivíduos uma certa familiaridade com a atuação docente, preparando o terreno para que, em algum momento, eles se dessem conta que o exercício da atividade era uma possibilidade.

O fato de perguntarem, tu responderes, algumas vezes não saber, isso é natural... mas isso marcou. Talvez tenha sido um ponto que nem eu próprio tenha feito esse link, mas agora tu levantaste isso... (Professor 8, falando sobre o estudo no ensino médio com um grupo de amigos)

...não, deixa eu te dizer assim: quando eu estava na residência eu tinha uma certa motivação para a docência, tanto é que eu fui monitor. (Professor 9)

O curso de medicina, sendo um curso extenso e eminentemente prático, leva a um convívio bastante intenso entre acadêmicos em diferentes níveis de formação. Pelas enfermarias de um hospital escola circulam, a todo momento, alunos da propedêutica – que estão começando a estudar técnica de entrevista e exame clínico –, alunos que estão passando pelas diferentes especialidades, internos, residentes, preceptores e professores. Neste cenário, que de fora pode parecer um tanto caótico porque as atribuições de cada um não parecem bem claras ao observador externo, desenrolam-se os mais diversos graus de relacionamento e tutoramento. É natural que um aluno em um momento mais avançado do curso explique um determinado procedimento ou discuta uma constelação sintomática com outro que esteja iniciando os estudos. E isto não se dá só naquelas situações formais, como uma visita aos leitos ou no escopo de uma monitoria: faz parte do dia a dia do curso. Então isto vai sendo incorporado e “subliminarmente” (Professor 5) criando condições favoráveis à ideia de, eventualmente, envolver-se com a docência.

Embora este cenário possa ser pintado como algo favorável e até desejável, por outro lado cria uma ideia de que ser docente é “natural”, algo que ou nasce com

o indivíduo ou é cultivado ao longo de sua constituição como médico, sem a necessidade de um investimento específico nos aspectos didáticos e pedagógicos necessários para uma atuação docente a contento. Aliado à primazia dada à formação como técnico em medicina este conjunto de fatores tende a privilegiar cada vez mais a figura do médico em detrimento da ideia do docente médico como alguém diferenciado e com formação específica para atuar como tal.

5.4.3.2 O que atrai na docência

Professores de medicina são, de uma certa maneira, “sub produtos” médicos. Ou, dito de outra forma, uma das possibilidades de ser médico é aquela que faz do sujeito um professor de medicina. Sendo assim não é de surpreender que os professores médicos sejam, como são a maioria dos estudantes de medicina, indivíduos curiosos e interessados em saber e/ou descobrir como as coisas e as pessoas são e, especialmente, como funcionam. A esta curiosidade básica – expressa claramente por alguns dos sujeitos de pesquisa como sendo motivadora para que eles optassem por fazer o curso de medicina – se soma a possibilidade de continuar procurando saber coisas que os outros ainda não sabem – outra característica diversas vezes salientada nos estudos que procuram determinar o perfil dos médicos é a competitividade (RAMOS-CERQUEIRA & LIMA, 2002) – e se tem um enorme apelo a fazer pesquisa.

Mais a pesquisa. [...] Na residência eu comecei a gostar de dar aula até. [...] a gente tinha muito o que ensinar, fazer as aulas eram da nossa função. Eu já estava totalmente envolvida na pesquisa nisso. Tanto que foi bem natural, eu terminei o R3 e comecei o mestrado. E eu realmente comecei a gostar de dar aulas e de ensinar. (Professor 1)

Cara, eu acho que eu tenho jeito para ensinar, Guto, eu gosto de ensinar, eu gosto do ambiente acadêmico, eu gosto do residente, eu gosto de pesquisa. O cara para ser pesquisador tem que ser curioso, eu sou curioso, eu quero saber as coisas da minha especialidade. [...] Eu gosto de lidar com aluno, acho que o aluno está verde e tu podes moldar ele como tu quer, mas o residente tem outro nível de interesse. [...] O cara tem dois anos para te sugar tudo que ele pode. [...] É um treinamento em serviço com suporte. É isso. (Professor 3)

Mas ela efetivamente se cristalizou, se tornou uma conduta depois que eu estava terminando o mestrado. Porque eu queria realmente saber se eu queria fazer pesquisa ou não, hoje em dia a docência está atrelada à parte de pesquisa (Professor 5)

Como “cereja do bolo” poderíamos ainda salientar que há um viés de seleção para o ingresso na carreira docente, hoje em dia, que privilegia pesquisadores já que

na maioria das vezes, o professor de Medicina é contratado tendo-se como critério apenas a qualidade do seu desempenho como profissional e/ou pesquisador. Fica implícito que a competência profissional e/ou acadêmica assegura a competência didática (BATISTA, 2001, p.46)

Se houve alguma característica bastante distintiva evidenciável entre os sujeitos de pesquisa em início e final de carreira acadêmica, incluindo nesta última categoria os aposentados – foi o grande interesse em pesquisa pelos mais novos. Os docentes mais antigos ressaltaram mais a questão formativa dos alunos, a necessidade de o docente ajudar os alunos a perceber a realidade onde irão trabalhar que, segundo seu ponto de vista, pouco se relaciona com o ambiente de pesquisa. Os mais jovens não deixam a questão formativa de lado, mas consideram que pesquisar e ter seu nome nos estudos (Professor 3) é importante.

Estes foram achados até certo ponto surpreendente para mim não pelo que foi dito, mas pelo que não foi dito. De nenhum dos sujeitos de pesquisa entrevistados ouvi aquele discurso pronto e agradável de que um professor é alguém que ajuda na formação de novos profissionais, que colabora com o futuro da sociedade garantindo que esta formação seja adequada. O mais próximo disso foi a opinião, utilitarista até, de que o “dar aula” se relacionava a uma certa habilidade do indivíduo - referida como “jeito para” - para ser professor. Mas sempre centrado, é importante salientar, no professor: o prazer de estar junto aos alunos, a vontade de passar conhecimento ou algo do gênero em nenhum momento apareceu como algo relevante. Se partirmos de nossos sujeitos de pesquisa poderíamos concluir que professores de medicina, em resumo, são atraídos para a docência por motivos que remetem a seus próprios interesse individuais.

5.4.3.3 Primeiras experiências como docente

Já do período de graduação os professores trazem em sua bagagem o contato habitual com colegas que estão em uma fase mais inicial do que eles no curso, sobre os quais exercem um certo grau de tutoramento, seja na forma de consultas informais, de perguntas pessoais ou, estruturadamente, nas monitorias.

Quase todos os sujeitos de pesquisa tiveram a oportunidade de ser monitor e a reportam como tendo sido significativa para a escolha da sua especialidade mais do que para a escolha pela carreira docente, ao menos do ponto de vista consciente, expresso. Entretanto, ao se depararem com a realidade de ser professor, de ter que encarar uma turma de alunos numa posição de autoridade, de indivíduo responsável pela disciplina, as experiências da monitoria são apresentadas como sendo um rico manancial onde eles buscaram subsídios para a atuação docente. Nenhum dos sujeitos referiu o início da vida docente como sendo uma experiência traumática e sequer um fato marcante, como eventuais inseguranças ou desavenças com alunos, foi citado.

eu fiquei como voluntário, como assistente voluntário por não sei quanto tempo e aí surgiu a vaga e... na época a gente fazia uma prova assim... não era um concurso concorrendo com... né? Não, tinha... fiz uma prova e fui aceito. (Professor 2)

Então eu tive uma formação muito boa para dar aula em qualquer nível de linguagem. (Professor 3)

...nesse período eu já tinha... porque a questão do professor... tu estás... o professor sempre está exposto né? O professor está à frente...o médico também. Mas o professor ainda é pior. Porque o médico normalmente não tem plateia e o professor tem plateia. (Professor 6)

O pior que eu gostei. Eu sempre digo: eu me descobri professor. Eu nunca imaginei que eu seria e eu me descobri. (Professor 7)

...eu nem senti transição. Eu já estava. [...] Foi tranquilo, não dava aula teórica né? Aula teórica era muito pouca... (Professor 9)

Todos se referiram ao início do seu trabalho como professores como sendo “tranquilo”, uma continuação do que já faziam, evidenciando, novamente, que há uma dimensão educativa, senão didática, na própria forma como os médicos concebem a atuação médica que nos docentes, dentro desta lógica, passa a ser exercida de uma forma mais intensa do que nos demais profissionais da área.

5.4.3.4 Preparação didática

Se há algo que é quase uniformemente apontado como sendo característica de docentes universitários, aí incluídos os docentes médicos, é o fato de que estes indivíduos são formados para ter uma atuação técnica em suas diferentes áreas e

que posteriormente são selecionados para ingressar na vida docente a partir da avaliação de seu desempenho como técnicos em suas áreas, sem grande preocupação com as habilidades ou conhecimentos pedagógicos (BATISTA, 2001; GONÇALVES, 2001; FEUERWERKER, 2002). Ao realizar as entrevistas eu usava a expressão “faz-se um concurso, dorme-se médico, acorda-se professor”, sequência de fatos com a qual todos os entrevistados se identificaram. Isto, até certo ponto, é coerente e esperado já que, conforme citado anteriormente, a esmagadora maioria dos indivíduos não pensava em ser docente, não tinha esta possibilidade como um direcionamento desejável, no sentido de sonhado, almejado, para as suas vidas. De uma certa maneira seria adequado dizer que a docência aconteceu na vida deles, resultado de uma série de eventos que acabou por torná-los professores, sem grande intencionalidade ou direcionamento. Os docentes médicos, poderíamos dizer, “caem na vida” acadêmica de forma mais ou menos fortuita.

Já professores, entretanto, os sujeitos de pesquisa geralmente perceberam a deficiência em sua formação didático pedagógica e procuraram investir nisso. Muitos falaram em leituras, procura de subsídios, mas o que foi apontado como mais relevante neste processo foi o acesso a disciplinas de cunho pedagógico no curso de mestrado.

Assim, na verdade no momento em que tu entras no mestrado... [...]A gente não discutia a teoria pedagógica. Certo? A gente... era uma coisa mais prática, de técnicas e como dar aula. Então a gente discutia uma base da pedagogia, claro, mas principalmente técnicas de como dar aulas. E a gente tinha toda a formação, desde como preparar um slide, de como preparar um poster, até como fazer a entonação da voz, que letra utilizar e tudo. Então eu considero que sim, a gente fez... eu fiz 8 créditos de pedagogia. (Professor 1)

Nós tivemos uma... quando a gente entrou, logo que a gente entrou nós tivemos uma semana de preparação... [...] formalmente foi só isso. Depois, claro, eu sempre li muito, então... a respeito da relação ensino aprendizagem, como é que se fazia, o processo, essa coisa toda, eu fui lendo, mas assim, nada formal, nenhuma coisa oficial, quer dizer: leituras. (Professor 2)

O que me ajudou um pouquinho foi porque eu tinha o mestrado. Então eu tive aula de didática médica, de investigação científica, produção científica... então isso aí me ajudou bastante assim... como é que eu deveria me comportar diante do aluno. (Professor 4)

No mestrado eu acabei fazendo duas disciplinas de pedagogia. A primeira eles diziam “essa é clássica”, pedagogia clássica, era com um psiquiatra. Foi muito boa. Muito boa. Essa que era clássica tinha uma segunda etapa

que era um estágio, que tinha que dar aula, não sei o que, pá-pá-pá... e eu acabei não fazendo. E eu me inscrevi numa segunda que era as duas coisas juntas... essa parte tem que ser censurada (risos)... que era o pessoal da pedagogia e tinha alguém que era da medicina também. E, para minha surpresa, a minha expectativa foi frustrada porque a professora, por questões pessoais, acredito, ela falava de o aluno ter liberdade, falava de o aluno construir o conhecimento mas ela fazia justamente o contrário na aula. Até bullying ela fazia com os alunos. (Professor 5)

Olha... eu acho que foi mais intuitivo. Porque a... como é que chamavam a disciplina que nós tínhamos lá? Tinha uma disciplina no mestrado que era chamada de Tirocínio Docente, que era 1, 2, 3, 4... acho que eram quatro tirocínios... [...] Tirocínio Docente. Mas ali a gente não... era muito mais voltado para a prática do fazer docente do que o como fazer... era uma coisa... e tu ias praticar mais ou menos sem ter muitas bases teóricas, enfim... do que tu ias praticar. Então era mais ou menos isso que se... foi mais ou menos isso que eu tive de alicerce. Então objetivamente eu não tive uma formação mínima assim na parte didática e pedagógica. Não tive. O Tirocínio Docente na verdade, a gente fazia as aulas... tinha algumas reuniões prévias no semestre, acho que a gente tinha um mês de conversa em que ela falava algumas coisas de ordem didática e pedagógica mas não era uma coisa sistematizada e aí a gente ia para uma turma e depois vinha com ela e fazia a análise do que tinha feito. Mas não era uma coisa que me desse um grande substrato não. Na verdade isso serviu basicamente para se colocar na frente de um grupo de alunos. (Professor 6)

...talvez, tenha sido o meu mestrado... porque eu fiz isso como parte do meu mestrado, eu lembro que eu fiz... tive disciplinas pedagógicas, disciplinas que eu escolhi e que nem faziam parte da grade obrigatória do mestrado, mas dentro das optativas eu fiz uma disciplina que eu... eu fiz uma opção que eu lembro que quando eu optei o meu orientador falou assim: 'olha.. pesado hein...' era chato... era até no curso de enfermagem. [...] E daí eu fiz essa disciplina assim, que eu achei que era interessante e eu gostei. Acho que em parte isso me auxiliou. [...] Passar no retroprojeto. Mas assim, desde postura, entonação, como preparar, como motivar, como... talvez... isso existia lá. Tinha uma parte que se discutia o conteúdo do que se apresentava e tinha uma parte que era discutida a didática. (Professor 7)

Porque assim... é bem aquela história que a gente sabe: tu podes ser um excelente médico e um péssimo professor. Então justamente o que na minha maneira de pensar iria me dar subsídios foi o próprio mestrado, que eu considere que me trouxe subsídios para tu teres uma mente mais aberta, tu consegues ter uma ideia dialógica e acho que leitura, né? Leitura é uma coisa muito importante. Eu não cheguei a participar de nenhum... tem esses cursos preparatórios para docência... (Professor 8)

Sim. Isso aí no momento em que eu virei professor eu comecei a ler alguma coisa nesse sentido. Comecei a ler. Inclusive [...] encomendei livros, importei livros sobre como ser... como se comportar como professor [...] com isso eu desenvolvi algumas técnicas de ensino. E depois, claro, em seguida fui fazer mestrado e daí tive prática didática essas coisas né... (Professor 9)

Este período é apontado quase unanimemente como sendo um divisor de águas em termos de qualificação individual docente porque no contexto de um mestrado há um contato com disciplinas de cunho pedagógico que dão conta de

uma dimensão da formação docente que até então carecia de uma estruturação formal. Mesmo aspectos mais básicos do ofício, como “o tom de voz”, “o uso do quadro” ou discussões sobre técnicas de ensino – que talvez no contexto de um mestrado em um curso voltado para a área de educação sejam considerados “muito básicos” para merecer atenção – são carências supridas ao menos parcialmente neste momento. Alguns indivíduos sentiram tão nitidamente esta lacuna na sua formação naquela fase de suas carreiras docentes que, eventualmente, cursaram disciplinas com estas características motivados por esta percepção mesmo com um aconselhamento contrário por parte de seus orientadores, o que não deixa de salientar duas características, a meu ver, dignas de nota: a capacidade de perceber em si uma deficiência de formação e um nível de independência suficientemente grande para buscar suprir esta deficiência mesmo com aconselhamento em contrário.

O Professor 2, conforme já referido, é o único do grupo de sujeitos de pesquisa que não tem mestrado ou doutorado. Ele conta, entretanto, ter tido uma semana de preparação ao entrar na carreira docente e de, ao longo da vida, ter lido bastante e se interessado por aspectos didático-pedagógicos, também deixando claro que existe um interesse no grupo de docentes médicos por estruturar melhor seus conhecimentos e suprir este hiato na sua formação, com vistas a melhorar sua capacidade no desempenho das suas funções frente aos alunos.

5.4.3.5 Pesquisa ou docência?

Esta questão coloca-se de uma forma menos importante conforme se vai avançando ao longo do tempo. Os professores com mais tempo de universidade salientam diferenças entre as duas coisas, como se fossem áreas distintas, que se excluem se não de forma absoluta, ao menos parcialmente.

Não era muito da pesquisa. Eu dava meu recado clínico, né? Minha vivência clínica, a semiologia, tratamento... [...] Eu não estimulava... quando alguém queria fazer um trabalho eu dizia 'quem gosta aqui é o doutor fulano, sicrano, beltrano... eu não sou muito de orientar trabalho e tal'... embora me colocassem numa série de trabalhos também. Alguns a gente concluiu e outros não. (Professor 4)

Os professores mais jovens, talvez por uma questão de como direcionam

suas carreiras e/ou de como são selecionados para ingressar na vida acadêmica, enxergam as duas coisas como sendo complementares. Mais do que isso: o atrativo inicial, a motivação para o ingresso na vida acadêmica se dá pelo viés da possibilidade de pesquisar. O contato posterior com os alunos, tanto de graduação quanto de pós – no caso específico da medicina existe a residência, um treinamento em serviço um tanto diferente das especializações de outras áreas por ser concebido como um treinamento em serviço, privilegiando-se a prática da atividade médica – acaba por se mostrar gratificante e estimulante também, mas o impulso inicial nestes indivíduos tende a ser a pesquisa.

...eu tenho algumas dificuldades para dar aula porque eu estudo muito mais para a pesquisa, para coisa de ponta [...] mas talvez eu teria dificuldade de pegar uma equipe de [especialidade] hoje, eu teria que estudar tudo de novo. (Professor 1)

Cara, eu acho que eu tenho jeito para ensinar, Guto, eu gosto de ensinar, eu gosto do ambiente acadêmico, eu gosto do residente, eu gosto de pesquisa. O cara para ser pesquisador tem que ser curioso, eu sou curioso, eu quero saber as coisas da minha especialidade. [...] Eu gosto de lidar com aluno, acho que o aluno está verde e tu podes moldar ele como tu quer, mas o residente tem outro nível de interesse. [...] O cara tem dois anos para te sugar tudo que ele pode. [...] É um treinamento em serviço com suporte. É isso. (Professor 3)

Se eu dissesse que fosse só para lecionar e não fazer pesquisa... talvez eu não fizesse. Acho que pesquisa entra... a pesquisa precisa estar presente. (Professor 5)

Esta diferença entre os docentes novos e os mais velhos não chega a ser uma constatação surpreendente: a entrada na universidade está na dependência de uma titulação baseada em produção científica, assim como a avaliação de produtividade se mede pelo número de publicações e não pela atuação como professor em sala de aula, a princípio. Isto gera, claramente, um gradiente de importância, assumindo a pesquisa a condição de atividade nobre e a aula, o dia a dia com o aluno de graduação especialmente, fica relegada a uma posição de “trabalho sujo”, algo necessário mas menor.

Até o assumir que se gosta de sala de aula tem um tom curioso, quase de justificativa: “Na residência eu comecei a gostar de dar aula até.” (Professor 1). O “até” tem um tom que eu leio como “eu gosto, mesmo não sendo tão importante”. Citar o Professor 1 neste contexto é interessante porque de todos os sujeitos de

pesquisa ele é o único que não queria, a princípio, cursar medicina, só tendo feito por pressão familiar, e que desejava “desde sempre” ser professor. Esta percepção, neste sujeito em particular, do gostar de dar aula quase como um pecado que necessite ser confessado, evidencia o quanto a pressão do meio sobre o indivíduo é forte e aponta esta dimensão docente, o “dar aula”, como sendo menor em detrimento de outras, especialmente a pesquisa.

5.4.4 Percebendo-se (quem sou eu, docente médico?)

5.4.4.1 Professor ou Médico?

Se aceitarmos o que foi várias vezes dito anteriormente, isto é, que o exercício da medicina tem uma certa dimensão didática, esta talvez fosse uma unidade de análise dispensável. Afinal, dentro desta premissa, ser médicos carrega, em si, algum grau de responsabilidade pelo tutoramento de jovens aprendizes de medicina, o que pode ser lido como uma função docente *per se*, como fica bem evidente nas palavras do Professor 2, transcritas abaixo:

Formalmente ele não é mas se comporta, tem uma atitude que se espera de um professor. E médico também, né? A gente tem médico lá que não se comporta como médico, tem professor que não se comporta como professor, que a gente acha que deveria ter uma atitude diferente, de mais envolvimento, de mais... né? [...] Eu acho que o envolvimento, entende? O envolvimento. O envolvimento com a pessoa do aluno, além de ser com a pessoa... primeiro com a pessoa do paciente porque isso é inerente ao que deveria se esperar de todo médico, o que nem sempre se vê como tu dissesse, às vezes tu não vê... o cara não se envolve, ele não tem envolvimento com o paciente. Então isso é a primeira coisa. E se ele tem isso e tem envolvimento com o educando... aí ele é professor né tchê? Isso é o que se espera de um professor. Ele pode não ser um professor, mas acho que isso é o que precisa, precisa ter esse envolvimento, precisa ter essa atenção, esse olhar especial para a pessoa que está ali, aprendendo ou que quer aprender, precisa ter esse compromisso, esse envolvimento. Isso é difícil de definir né? (Professor 2)

A questão do ser médico em oposição ao ser professor aparece muitas vezes nas discussões entre docente médicos ou, de forma mais intensa e até certo ponto mais raivosa e rancorosa, entre docentes médicos e não médicos. Entre os sujeitos de pesquisa encontra-se algumas opiniões bem divergentes, indo desde aquelas que dizem ser uma vantagem não ser “só” professor (Professor 4), até aquelas que consideram que a tendência natural de um médico envolvido com a docência é ir se tornando menos médico e mais professor (Professor 6 e Professor 8). Mas a grande

maioria dos entrevistados tende a considerar as duas coisas como presentes em suas vidas de forma mais ou menos equilibrada, variando apenas o seu peso relativo em momentos diferentes.

Meio a meio. É. Eu tenho atividade docente, eu fico todas as manhãs na universidade... eu faço o que eu prego... eu fico todas as manhãs na universidade e todas as tardes na clínica, [...] Então... eu acho que o cara fazer só docência... o cara perde o lado clínico lá. [...] No hotel eu boto... professor universitário médico, eu boto depois. Mas eu boto primeiro professor universitário. (Professor 3)

Eu sempre me senti bem mais avantajado em relação aos colegas que faziam só docência em tempo integral... entendeu? (Professor 4)

Boa pergunta. Tu não consegues separar totalmente uma coisa de outra porque tu estás trabalhando justamente na área médica... então tu estás no ambulatório... tu também és professor, quando tu és médico tu também és professor... estás atendendo, estás explicando, estás agindo como professor. Eu estou dentro da sala de aula falando para os alunos da disciplina... muita coisa é de experiência, é de conhecimento médico. Então eu acho que no nosso segmento aqui as duas coisas andam juntos. Mas assim, se tu consideras enquanto atividade, a grade e não sei o que, meu número de horas está mais como professor do que como médico. [...] Nos cadastros eu tenho posto professor. Tenho posto professor. Mas às vezes eu respondo, sou professor da medicina ou professor... entendeu? Então fica os dois juntos... (Professor 5)

Báh... bela pergunta essa. Eu ainda... eu acho... eu acho não: eu ainda me identifico mais como médico. Perguntam, assim... a maior parte das vezes eu respondo 'como médico'. Mas isso é uma coisa que vem diminuindo à medida que o tempo vai passando. Eu ainda não consigo me imaginar não praticando a medicina, entendeu? Eu não... a cabeça de médico ainda precisa da prática médica. (Professor 6)

Eu acho que eu sou as duas coisas. Sabe por quê? Porque medicina é uma profissão que está no sangue e eu não posso ensinar sem saber fazer. Então eu me dissociar da profissão não tem como. Se eu ficar só aqui... só preparar minha aula eu não vou saber ir para a minha aula e transmitir para o meu aluno... então eu tenho que saber fazer as duas coisas. [...] Hoje? Eu digo que eu sou médico. Para o imposto de renda eu digo que eu sou professor porque eu sou professor só, mas eu digo que sou médico. (Professor 7)

Hoje, com certeza, mais professor. Embora né... (Professor 8)

Eu hoje me considero mais pesquisador. [...] É, professor... vamos dizer... se eu for colocar numa escala pesquisador, professor e médico. (Professor 9)

Parece-me que algumas considerações podem ser feitas aí: a profissão de médico ainda é uma profissão prestigiosa, como vem sendo ao longo do tempo. Atualmente, no Brasil especificamente, fica-se com a impressão de que vivemos em um momento em que os profissionais que exercem medicina estão sendo apontados

como vilões muito mais frequentemente do que em tempos passados. Afora aquelas situações em que os indivíduos realmente são desonestos e devem ser responsabilizados perante a lei, como qualquer indivíduo, parece que está em curso uma tendência de mudar a visão que a sociedade tem do médico. Mas ainda persiste a ideia – acho que podemos dizer isso sem muito medo de errar – no imaginário social de que a profissão médica ainda goza de um maior reconhecimento do que a de professor. Sendo assim fica difícil para o indivíduo, senão muito contraditório, passar de uma identificação com uma profissão prestigiosa e socialmente melhor conceituada para outra condição tida como inferior. Por isso talvez alguns docentes prefiram apresentar-se como médicos ao invés de como professores.

Não sei se as considerações feitas no parágrafo anterior são exatamente conscientes nos sujeitos de pesquisa – tendo a pensar que não – mas algo claramente expresso por diversos deles é que não há como separar o fato de ser médico da vida do indivíduo. Foram usadas expressões do tipo “a medicina é uma profissão que está no sangue” ou “não consigo me enxergar não exercendo medicina”. Sendo algo tão visceralmente importante não há como separar a atividade médica da docente, na concepção destes indivíduos, já que, embora professor, sempre será um professor que é médico. Ou um médico que dá aula, dependendo do contexto. Inclusive foi apontado por mais de um sujeito de pesquisa que ter uma prática médica além da atividade docente prepararia melhor o professor para exercer sua função já que isto o aproximaria das atividades que os alunos em formação exerceriam como médicos no futuro.

5.4.4.2 Sou diferente porque faço medicina?

Os sujeitos de pesquisa, quando instigados, durante a realização das entrevistas, foram praticamente unânimes em apontar que a profissão médica é, ainda, reconhecida socialmente como sendo algo importante, mais valorizada por muitas pessoas do que outras atividades. Também apareceu a ideia de que o médico está sempre em evidência e é visto pelos demais indivíduos como alguém diferente, visão esta que muitas vezes se expressa por uma hostilidade mais ou menos intensa e, no escopo da família, até ciúme pela posição que se ocupa.

a família é enorme porque a família é gringa... então impactou... os três que passaram a gente conversa.. impactou na vida dos três que passaram, que foi eu, minha irmã e meu primo... [...] A família ficou com ciúme mesmo, começaram a dizer que a gente se achava... pelo amor de deus, o meu primo faz biologia. É mais bicho grilo, não tem como ele se achar. Então foi uma coisa que ali acho que foi bem de preconceito. Por quê? Porque vários primos tentaram e não conseguiram. Não se dedicaram que chega, mas não conseguiram. Porque é questão de quanto tu tens que estudar para passar... (Professor 1)

E reconhecimento financeiro também, né Guto? Por mais que ganhe mal o cara ganha mais do que os outros. [...] Agora, tu pegas uma enfermeira, tu pegas uma fisioterapeuta... vão ganhar salário de professor universitário? É três vezes o que ela ganha, é diferente a relação de peso com a universidade... então... é assim... é por isso que os caras dizem que todo médico ganha bem. (Professor 3)

Tem arrogância? Tem. Mas não é diferente dos demais cursos... pelo que eu vejo né? [...] Acho que o aluno da medicina é muito mais... mais... protesta muito mais... reagem muito mais. Mesmo reclamando eles reagem muito mais do que os outros.

[...]

eu vejo pelos alunos da [outro curso] o que eles acham da medicina. Então eles acham que... eles têm aquela coisa mais glamourosa, dos salários altíssimos, do reconhecimento lá em cima, nenhuma dificuldade, o trabalho facilitado, as decisões claras todas... [...] e eu digo olha, do meu ponto de vista a realidade é um pouco mais dura e... né? (Professor 5)

Esta percepção de que o ser médico é visto pelos outros como diferente é uma constante na vida de quem envereda por esta profissão. Ouço alunos de graduação reclamando disso, do fato de que são sempre vistos com desconfiança, tratados de forma preconceituosa pelos demais alunos da instituição. No dia a dia dos médicos já formados isto é mais comum ainda, já que as pessoas tendem a considerar os profissionais médicos como pessoas “anormais”, eventualmente tratando-as com deferência e respeito, nem sempre merecidos, outros momentos com uma agressividade e desdém também, muitas vezes, imerecido. A presença destas coisas é considerada tão comum entre os profissionais médicos que é praticamente naturalizada dentro do cenário da profissão. Todos sabem que é assim, bem como que é inútil comentar, o que faz com que este assunto nem venha à baila com frequência.

5.4.4.3 Professor de medicina visto pelos outros

Continuando com a ideia que encerra o tópico anterior, isto é, a questão

naturalizada de que os médicos são geralmente vistos socialmente como indivíduos “diferentes”, confesso que me surpreendi com um achado referente aos docentes médicos: o de que eles recebem um tratamento diferenciado e preconceituoso dentro da universidade.

Eu... assim... quando eu digo que sou professor de medicina... talvez por isso tanto que eu digo sempre primeiro professor. [...] Se eu digo para um colega principalmente aqui, ele franze a cara. [...] eu não acho que eu seja tratado igual aos outros professores, certo? Eu sinto que tem uma dificuldade de aceitarem, talvez pela dificuldade de passar no vestibular... tem alguma coisa competitiva e as pessoas às vezes são até hostis quando a gente... porque a primeira vez que eu vi isso quando eu disse para alguém que eu tinha passado no vestibular de medicina. Muito antes.. é agora é... a coisa é... eu tento evitar. Eu tento dizer só depois que a pessoa já me conheceu como pessoa porque parece que é uma coisa que as pessoas enxergam muito mal tu seres professor da medicina. (Professor 1)

Reputo este achado como surpreendente porque, como docente da instituição, nunca me vi nesta condição, de sofrer discriminação por ser professor de medicina. Entendo que esta é uma impressão bem pessoal e decorre da minha forma de encarar as coisas: não sou particularmente sensível às opiniões alheias, então se fui discriminado negativamente por ser docente médico, provavelmente não o percebi. Um aspecto que já havia aparecido em outros momentos e que também cabe salientar aqui é que muitos sujeitos de pesquisa reconhecem-se profissionalmente mais como médicos do que como professores, alguns inclusive optando por se apresentarem como médicos.

É que na realidade eu nunca me apresento como professor... essa é uma coisa interessante que tu me alertaste agora... é mesmo né tchê? Poxa vida... mas é... a não ser quando... assim... já me perguntaram... 'o senhor leciona na universidade?'... sim, sou professor da disciplina tal... 'ah, é médico, mas o que o senhor faz?'... o reconhecimento é outro, sem dúvida... isso não tem dúvida. Mas acho que vou passar a me identificar como professor. (Professor 2)

...o cara ser professor é uma vitrine. Eu imaginava isso. Eu tenho que entrar numa vitrine, eu tenho que aparecer... aparecer na vitrine para o público sentir, né? Até imaginava que isso aí ia me trazer muita vantagem na clínica particular, na clínica privada enfim... em parte ajudou, mas não ajudou tudo que eu imaginava. (Professor 4)

Ah, as pessoas agem diferente. Se eu disser que sou simplesmente professor 'não, sou professor universitário, docente...' 'ah, não'... agora 'eu sou médico', 'opa'. Tem, isso ainda existe. Ainda existe isso. Ainda existe... tu chegas nos locais e tal, dependendo... 'ah, doutor, não sei o quê.' (Professor 8)

Interessante notar que estes sujeitos de pesquisa estão entre os que se formaram há mais tempo: o Professor 2 e o Professor 4 constituem o grupo dos aposentados e o Professor 8 teve um longo período de exercício liberal da medicina antes de adentrar à vida acadêmica. Fazer esta observação me parece importante porque até há alguns anos realmente o fato de ser professor do curso de medicina era tido como algo relevante, como algo prestigioso, que, como expressou o Professor 4, colocava o profissional médico na vitrine. Assim como havia – por vezes ainda se nota isto fortemente – a ideia de que profissionais competentes em suas áreas devem ser bons professores – quem sabe fazer sabe ensinar – também acontece um retorno desta noção: se um determinado indivíduo até ensina aos demais é porque sabe muito e então deve ser um excelente profissional. Hoje em dia, pelo menos com relação à medicina, esta é uma ideia que não tem a força que já teve, como um todo, embora, como diz o Professor 8, “ainda existe”.

De qualquer forma é interessante observar que os médicos mais antigos, especialmente os aposentados dentre os sujeitos de pesquisa, apresentam-se como médicos antes de se apresentarem com professores universitários, tendência oposta ao encontrado nos docentes mais novos. Talvez isso decorra, exatamente, do apontado anteriormente, isto é, que existe uma certa discriminação no meio docente com relação aos médicos, contemporaneamente. Como os professores mais antigos tinham suas identidades mais fortemente calcadas na questão do ser médico do que na de ser professor, eles tendem a preservá-la como identificação primeira ao longo de toda a vida. O oposto se verifica entre os mais jovens, que já adentraram à vida acadêmica em um tempo em que o cenário se modificou, privilegiando-se questões como a pesquisa e a identidade docente.

Sendo os aspectos financeiros tão relevantes na contemporaneidade, não é de surpreender que a opção por uma carreira docente é muitas vezes alvo de cobrança, senão de reprimenda, das pessoas com as quais o médico se relaciona:

Às vezes alguém me pergunta assim... 'mas **** como?' Porque quando eu resolvi fazer a opção de ficar só na escola muitas pessoas me cobraram isso, né Guto, muito. Porque eu tinha uma vida profissional com um reconhecimento externo grande, gostava do que eu fazia, acho que fazia com a mesma dedicação com que eu trabalho aqui na faculdade. Não foi muito fácil assim mas... (Professor 7)

Este sujeito de pesquisa, em particular, é diferente dos demais porque é oriundo de um meio familiar “médico”, filho de médico, tem um irmão mais velho também médico. Foi um destacado profissional na sua área, um pioneiro no contexto da cidade, e a sua decisão por uma dedicação exclusiva à escola é geralmente vista – segundo a perspectiva do próprio sujeito – negativamente pelos colegas, mesmo os da sua área que seriam, a princípio, seus concorrentes, do ponto de vista estritamente financeiro. Mas este, naturalmente, não é o único, nem muitas vezes o mais importante, aspecto a ser considerado.

Uma última impressão pertinente à questão médico X não médico que me parece transponível para a questão docente médico X docente não médico foi feita pelo Professor 6, com relação à própria formação do aluno de medicina:

Agora, em relação à formação médica específica, o grosso da formação médica tem que ser com professores médicos. E aí isso tem as coisas positivas e as coisas negativas. Isso vai depender muito do tipo do conjunto de docentes que se tem. Porque ser médico, ou pertencer à categoria médica para ensinar medicina tem o lado necessário, que é o do conhecimento da técnica, do assunto e do contexto, mas por outro lado cria um espírito corporativo nos alunos, desde cedo, muito forte, o que não é uma coisa boa. Não que o espírito corporativo não seja uma coisa boa... todas as profissões são corporativas só que tem questões que são corporativas e tem questões que não podem ser corporativas. Para decidir, por exemplo, qual é o número adequado de médicos que um país deve ter isso não faz parte de uma atribuição... acho que o médico deve participar desse processo... mas não é um médico que tem que decidir se tem pouco, se tem muito, se tem bastante. Isso não é uma função nossa. [...] Médico sempre acha que tem médico demais. Por quê? Porque ele não consegue separar a demanda de uma população da necessidade de saúde. Então isso não é uma questão que médico deve decidir. Acho que deve participar, tem que participar, mas não é... então aí o corporativismo eu vejo de uma forma negativa. Quando deixa de discutir uma questão que é de um grupo e que diz respeito a um grupo e é legítimo, quando passa a discutir questões que diz respeito a um grupo completamente diferentes usando os critérios desse grupo, que é o que os nossos conselhos acabam fazendo. Então não acho isso legítimo. (Professor 6)

Permito-me transcrever uma citação tão longa porque esta questão do corporativismo, por ele levantada, pode contribuir para um melhor entendimento de várias ideias que afloraram na discussão deste e de alguns dos tópicos precedentes. A questão do corporativismo médico aparece já na graduação e se reforça na vida do profissional liberal. Mesmo no exercício da docência, entre os docentes médicos, este corporativismo continua aparecendo, ainda ligado ao fato de ser médico, o que

permite aos sujeitos calcarem sua identificação sobre o ser médico e não sobre o ser professor. A ideia de que cada área deve ser responsável pela própria formação é uma herança histórica, até certo ponto, naturalizada nas nossas instituições universitárias, nos seus mais variados cenários.

É importante fazer uma reflexão mais rigorosa da formação do professor universitário. Diferentemente dos outros graus de ensino, esse se professor se constitui, historicamente, tendo como base a profissão que exerce ou exercia no mundo do trabalho. A ideia de que *quem sabe fazer sabe ensinar* deu sustentação à lógica do recrutamento dos docentes da educação superior. Além disso, a Universidade, pela sua condição de legitimadora do conhecimento profissional, tornou-se tributária de um poder com raízes nas macroestruturas sociais do campo do trabalho, dominadas, fundamentalmente, pelas corporações. A ordem 'natural' das coisas encaminhou a compreensão, de que, são os médicos que podem definir currículos de medicina, assim como, os economistas o farão para os cursos de economia, os arquitetos para a arquitetura, etc. (CUNHA, 2010, p, 26)

A ideia de que esta é uma realidade percebida em diferentes cursos ou áreas de atuação na universidade – portanto não só na medicina – deixa claro que esta é uma ideia amplamente aceita, de forma pouco discutida. Quebrar o corporativismo dentro da universidade é uma tarefa que, a primeira vista, parece difícil. E, creio eu, na prática, deve ser mais difícil do que parece.

5.4.4.4 Gosto muito do que eu faço

Ainda que do contexto se possa depreender que a profissão docente é difícil, vem perdendo prestígio ao longo do tempo, até certo ponto sofrida e ingrata, os médicos docentes parecem estar bastante satisfeito com o que fazem da sua vida.

Foi a escolha certa. Nunca me arrependi. Pelo contrário. Pelo contrário: sempre me gratificou muito viu? As duas atividades que eu exerci, tanto a de médico, esse contato com o paciente direto, assim... me gratifica muito. Báh. Me gratifica muito. E de docente também. Sempre me gratificou, por muitos anos, até hoje né... então.. o retorno dos alunos, os ex-alunos, que eu encontro toda hora... (Professor 2)

Nunca tive essa dúvida. Eu cursei e acho que eu sempre fui feliz no curso. Eu fiz algumas mudanças de especialidade durante a minha trajetória no curso mas nunca me deparei com a questão assim 'será que eu quero ser médico? (Professor 7)

Fica difícil, senão impossível, separar nas falas dos sujeitos de pesquisa o ser

médico e o ser professor, a princípio. Estas duas situações parecem tão imbricadamente unidas que os indivíduos não as pensam como contextos diferentes mas meramente como aspectos de uma mesma atuação pessoal, embora em outros momentos a totalidade deles reconheça que há a necessidade de desenvolver conhecimentos ou adquirir habilidades próprias para o exercício da docência. Esta percepção geralmente só aflorou no decorrer das entrevistas quando foi sugerida ou até mesmo induzida. Espontaneamente os sujeitos de pesquisa consideram as duas coisas como sendo parte da sua vida profissional. A ideia básica que sobressai é a de que não se pode ser professor de medicina – ao menos não um bom professor de medicina, com visão do todo da profissão – sem ser médico. E o gosto por ser médico é evidente, mesmo naqueles em que a decisão por este curso não tenha sido fruto de uma vontade pessoal muito grande, mas que tenha sido adotada como algo conjuntural e oportuno, ou seja, a grande maioria do grupo de sujeitos de pesquisa. O grau de satisfação percebido com a própria trajetória é grande, especialmente quando colocado em perspectiva, comparando com os cenários de outras profissões.

O ser visto como diferente aparece precocemente na trajetória do indivíduo médico: a aprovação no vestibular, especialmente numa instituição pública, como a grande maioria dos sujeitos de pesquisa, coloca o indivíduo na condição de ser uma exceção, alguém que consegue o que poucos conseguem. A literatura pertinente reconhece esta condição quando nos deparamos com afirmações do tipo

em plena adolescência, enfrenta a intensa competição do vestibular, aprendendo precocemente a renunciar a desejos, prazeres, horas de lazer e à companhia de amigos e familiares, preparando-se para a disputa acirrada. A competição por uma vaga nas universidades, em especial as públicas, é uma batalha a ser enfrentada também em outras carreiras.

Contudo, desde cedo o estudante entrará em contato com o endeusamento que marca sua escolha, muitas vezes expressa na fala dos alunos: “abrir mão de lazer não foi uma necessidade apenas até o vestibular, será pelo resto da vida”. [Pode-se dizer que há] Na verdade, a crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente seu ofício. (RAMOS-CERQUEIRA & LIMA, 2002, p. 108-109)

Esta condição coloca em movimento diversas forças: há reconhecimento, admiração, inveja, despeito. Pode gerar, no indivíduo, satisfação, aumento de autoestima, arrogância, torná-lo um convencido, um “cozinha” (para utilizar um termo

em voga entre os acadêmicos de graduação, contemporaneamente). Qualquer que seja a proporção em que todos estes sentimentos ou percepções afetem o indivíduo ele acaba por se reconhecer, talvez por ser reconhecido – ou vice-versa, ele se reconhece porque é reconhecido – como alguém diferente. “Diferenciado” se estivermos com um estado de espírito mais generoso. “Esquisito” se nossa crítica estiver mais aguçada. O resultado final é um movimento, muito precoce, de voltar-se para um grupo de semelhantes, que passa pelas mesmas questões e vivencia as mesmas angústias naquele momento, ou seja, os colegas de curso. Por isso, acredito eu, os sujeitos de pesquisa dedicaram tanto tempo descrevendo o seu período de graduação em medicina, salientando que houve grandes dificuldades de adaptar-se à vida acadêmica, mas que a superação disto se deu com a descoberta de pessoas que os apoiaram e acolheram. Este movimento de voltar-se para o seu grupo acaba por gerar um certo corporativismo que, como resultado final, fortalece os laços dos indivíduos pertencentes ao mesmo curso, mas acaba por isolá-los ainda mais no contexto da universidade⁷.

A questão econômica foi levantada frequentemente como sendo um diferencial importante e deixar de considerá-la seria, no mínimo, uma omissão difícil de justificar. No imaginário social persiste ainda a ideia de que médicos são profissionais muito bem remunerados e que, por extensão, profissionais médicos que se dedicam à docência também o são. Se considerarmos que aproximadamente metade do grupo de sujeitos de pesquisa está em regime de dedicação exclusiva na universidade este é um argumento que obviamente não se sustenta. Em dedicação exclusiva um docente médico tem um salário igual a qualquer outro profissional com igual qualificação acadêmica que também atue na mesma instituição, exercendo funções semelhantes. É difícil ler Bourdieu, ainda que seja a minha leitura interessada e direcionado especificamente ao “roubo” do conceito dele de *habitus*, travestido ou modificado a *habitus medicus* sem considerar que a opção por uma

7 Recentemente descobri que há uma tradição criada posteriormente à minha graduação, o chamado Dia do Xingamento. Consiste em uma reunião de diversos cursos da universidade em um determinado local, geralmente com alunos dos semestres iniciais, onde cada grupo, após uma copiosa ingestão alcoólica, entoia cantos xingando aos demais cursos e reafirmando o quanto são melhores. Naturalmente a medicina é o alvo principal dos xingamentos, com argumentos que ressaltam a incompetência e arrogância, percebidos como comuns aos acadêmicos e profissionais da área. É uma atividade, obviamente, extra universitária, mas que evidencia a percepção das diferenças e, de uma certa maneira, reafirma o que tento explicar ao abordar este tópico.

profissão como a medicina não represente, em alguma medida, uma tentativa de ascensão social. Embora o que mais prontamente se apresente ao exame das pessoas seja a questão financeira de que estamos falando, o tornar-se médico inclui todo um conjunto de nuances que, em resumo, consiste em uma aproximação da forma de pensar de uma certa elite. Nas palavras do próprio Bourdieu

O conhecimento das características pertinentes à condição econômica e social (o volume e a estrutura do capital apreendidos sincrônica e diacronicamente) só permite compreender ou prever a posição de tal indivíduo ou grupo no espaço dos estilos de vida ou (o que dá no mesmo) as práticas pelas quais ele se marca e se demarca, se for concomitante ao conhecimento (prático ou erudito) da *fórmula generativa* do sistema de disposições generativas (*habitus*) no qual essa condição sócio econômica se traduz e que a retraduz. Falar do ascetismo aristocrático dos professores ou da pretensão da pequena burguesia não é somente descrever esses grupos mediante uma de suas propriedades (ainda que a mais importante), mas é tentar indicar o princípio gerador de todas as propriedades. (BOURDIEU, 2003, p. 74)

Para Bourdieu há sempre uma economia de bens simbólicos que, ao ser analisada, não pode ser sofrer uma “redução brutalmente materialista operada por todo economicismo (marxista ou neoclássico)” (BOURDIEU, 2003, p. 37). Ou seja, há uma questão econômica claramente explícita no tornar-se médico, mas também há a percepção de que o médico se diferencia dos demais profissionais em diversos outros aspectos, aproximando-se da imagem presente no imaginário social. Abordar estes aspectos da formação médica, sob uma lente bourdieuana já poderia configurar, por si só, uma outra tese. Ao longo da realização deste trabalho, entretanto, foquei muito mais a minha atenção na existência e influência do *habitus medicus* na vida dos docentes médicos, bem como na forma como a isto determina, ou talvez melhor dito, contribui, para a dinâmica do imaginário docente médico.

Retomando a linha de argumentação anterior, não se pode negar que diferenças entre docentes médicos e não médicos continuam sendo apontadas. Acredito que elas decorram exatamente desta estruturação tão precoce de um imaginário médico voltado para a defesa de si mesmo e, por extensão, do grupo ao qual pertence. Uma questão quase territorial mesmo. Os médicos têm, em geral, orgulho de ser médicos. Justificado, se considerarmos que afinal este é um curso difícil de entrar, difícil de cursar, longo, com reconhecimento social ao longo da história humana. Qualquer pessoa entenderia este orgulho como sendo natural, mas

quando o curso em foco é a medicina a ideia geral, no imaginário docente médico deste grupo de sujeitos de pesquisa, é que as pessoas não enxergam assim. Por isto muitas vezes os médicos, incluindo os docentes médicos, tendem a ocultar num primeiro momento o fato de ser médico em situações sociais corriqueiras. Cabe salientar aqui que, sendo eu um docente médico “típico”, isto é, alguém cuja identificação primária foi a de médico, reconheço claramente estas questões inscritas no meu imaginário e, portanto, posso ter sérias dificuldades em descolar minha visão destes meus conceitos, talvez melhor chamados de preconceitos. Também percebi ao longo da vida esta discriminação, vi como ela gera mais arrogância e distanciamento em vários colegas e, embora tenha tentado discutir as nuances deste processo com colegas ou pessoas de fora da área médica, acabei por desistir. Há um imaginário social muito fortemente instituído com relação a estas coisas e se houver alguma mudança nele isto se dará a longo prazo, em pequenas parcelas. Talvez as mudanças de sentido no exercício da profissão, as questões de gerenciamento da atuação médica em saúde pública no Brasil, as iniciativas governamentais como o aporte de médicos estrangeiros modifique o panorama. Mas isto já seria um exercício de futurologia, mal colocado neste momento, portanto.

Autoflagelações à parte, longe de tentar também transformar os médicos e docentes médicos em vítimas conjunturais da sociedade, permito-me afirmar que estas características influenciam fortemente a maneira como os sujeitos de pesquisa percebem-se individualmente como eles visualizam a classe à qual pertencem. Também apareceram algumas características marcantes na forma de atuar e encarar a vida profissional: salientou-se a característica médica, presente por extensão nos docentes médicos, de objetivar as coisas, de saber colocar suas opiniões e de solucionar problemas. Ou intentar fazê-lo. Estes reflexos da forma médica de ser, que se estende à forma do docente médico atuar, foram destacadas como uma maneira diferente dos professores de medicina se comportarem dentro do contexto da vida acadêmica. Inevitável já que a identificação inicial do sujeito se dá com o exercício da medicina e não com a docência em si.

O centro desta pesquisa, seu foco podemos dizer assim, é o *habitus medicus*. Propus-me desde o início dela a investigar a sua existência e influência na construção do imaginário de um grupo de docentes médicos da UFSM e considero

que fui feliz no meu intento. Apenas para recordar, o *habitus*, em Bourdieu, é um “sistema de disposições duráveis e transferíveis que exprime sob a forma de preferências sistemáticas as necessidades objetivas das quais ele é o produto” (BOURDIEU, 2003, p. 73). O *habitus medicus*, que aqui proponho, é uma extensão ou aplicação deste conceito aos médicos, especificamente a um grupo de docentes médicos. Este *habitus medicus*, apenas para lembrar, funciona como um “filtro”, uma maneira de processar o relacionamento do indivíduo com a sociedade ou com o meio que o cerca. É, poderíamos dizer, a porta por onde transitam ou são barrados, nos dois sentidos, os conceitos comuns ao imaginário social e ao imaginário docente médico. Uma porta que não é simplesmente um espaço, mas vem equipada com detectores sofisticados que permitem que algumas coisas transitem, outras não⁸.

Muito, senão quase tudo, do *habitus medicus* perceptível nos docentes médicos que foram meus sujeitos de pesquisa se apoia em um fenômeno muito precoce que é a identificação do e com o ser médico. A expressão “ser médico” é rica em possíveis significados e interpretações, podendo tanto remeter-se ao verbo – no sentido de tornar-se médico, de construir-se como tal – quanto ao substantivo – o ser, isto é, o ente médico. Em ambos os casos esta identificação inicial se dá dentro de um grupo de alunos de medicina que compartilha percepções, expectativas, decepções, trabalho e que, no processo, forjam uma identidade comum. Através destas vivências vão inscrevendo em seus imaginários concepções similares, gerando, por retroalimentação, um imaginário social médico no qual se reconhecem senão inteiramente, ao menos de forma parcial. No relato dos sujeitos de pesquisa este movimento fica muito claro quando observamos que, ao adentrar à universidade, eles tentaram utilizar os mesmos métodos de estudo que utilizavam na escola, mas que estes se mostraram ineficientes. Ou seja: eles tiveram que inscrever em seus imaginários outras maneiras de encarar o que estava posto como necessidades objetivas naquele momento, que era o dar conta da formação médica. Adaptando-se às demandas do seu entorno, modificaram sua forma de agir e passaram a saber o que esperar a partir de então, ou seja, passaram a ter um sistema de disposições duráveis e transferíveis em resposta a uma necessidade

8 Nas palavras do próprio Bourdieu “... as características de um tipo determinado de existência é que produzem estruturas do *habitus* que estão, por sua vez, no princípio da percepção e da apreciação de toda experiência ulterior”. (BOURDIEU, 2003, p.56-57)

objetiva, quase o literalmente citado acima como sendo o conceito bourdieuano do *habitus*.

Esta construção do *habitus medicus*, é importante salientar, não se dá de uma forma gratuita e espontânea. Ela acontece dentro de um determinado contexto, dentro de uma conjuntura do curso de medicina, de uma formação orientada por uma figura importante, a do docente médico. A identificação dos alunos de medicina com a figura do docente médico se dá, principalmente, pela questão de ele ser um médico e não um docente. Remeto-me, nesta altura da discussão, à minha própria formação: sempre considerei muito mais interessante, no período de graduação, as aulas ministradas por médicos, especialmente aquelas em que abundavam exemplos práticos, aqueles professores que conseguiam fazer correlações clínicas com a sua vivência prática. Facilmente identificávamos, eu e meus colegas, aqueles que ou careciam de prática clínica ou importavam exemplos de livros. Queríamos e apreciávamos o contato com médicos experientes, que eram naquele momento o que gostaríamos de ser no nosso futuro. Esta admiração e identificação, e isto fica claramente perceptível no colocado pelos sujeitos de pesquisa, levou frequentemente a um direcionamento para uma determinada especialidade, geralmente a exercida pelo objeto de admiração, este médico mais experiente. Também não se pode deixar de perceber que estes mesmos indivíduos apontados como tendo influenciado a escolha por uma determinada especialidade foram os exemplos de quem os docentes médicos iniciantes “colaram” a maneira de agir frente aos alunos quando adentraram à vida docente. Ao adotar a expressão “tendo influenciado” faço-o de forma intencional, consonante com a ideia de *habitus medicus* como uma matriz de interação com o mundo, sem ser uma mera cópia ou reprodução do vivido.

É preciso abandonar todas as teorias que tomam explícita ou implicitamente a prática como uma reação mecânica, diretamente determinada pelas condições antecedentes e inteiramente redutível ao funcionamento mecânico de esquemas preestabelecidos. (BOURDIEU, 2003, p.57)

Ou seja, no imaginário dos sujeitos de pesquisa estes professores mais antigos imprimiram marcas profundas, influenciando fortemente a maneira de pensar e agir, conformando um *habitus medicus* que acabou por influenciar toda a maneira

como estes sujeitos vieram a conduzir suas vidas, mesmo que a possibilidade de vir a exercer a docência médica não fosse considerada senão em um momento relativamente tardio de sua trajetória. Portanto, podemos concluir, a possibilidade de transferir características de um *habitus medicus* entre pessoas, explicitamente entre professores e alunos, é evidenciável, por tudo isto que foi exposto.

O *habitus* é definido como sendo, além de transferível, durável. Ou seja, suas características, além de potencial para ser transferidas de uma pessoa a outra, se manteriam de tal maneira semelhantes que ele seria ainda reconhecível como tal mesmo com o passar do tempo. Que ele é transferível a argumentação feita até agora não deixa muitas dúvidas, creio eu. Mas e quanto a ser durável, de conservar-se relativamente estável no tempo? Há dois enfoques possíveis aí, dependendo de focarmos nossa visão no indivíduo ou no *habitus medicus* propriamente dito.

Se partirmos da questão individual, do quanto o *habitus medicus* efetivamente permanece inalterado ao longo da vida de um determinado docente médico, creio ser esta uma questão impossível de ser respondida com o método utilizado nesta pesquisa. Há, claramente, uma coerência na percepção de cada um dos sujeitos de pesquisa com respeito à sua trajetória de formação, quer dizer, eles lembram claramente de como se sentiam no momento do vestibular, do seu curso de graduação, da sua residência, da entrada na carreira docente bem como do desenrolar desta até a data da realização da entrevista. Poderíamos aceitar então que eventuais modificações na forma como o *habitus medicus* de cada um se configurou seriam perceptíveis e relatados pelo entrevistado? De forma nenhuma: há um viés aí que não pode deixar de ser considerado. Esta pesquisa se baseou em entrevistas semiestruturadas cujo objetivo principal foi acessar concepções, conceitos e marcos da trajetória formativa dos sujeitos com vistas a elucidar como o *habitus medicus* influenciou a constituição do imaginário docente dos sujeitos de pesquisa. Portanto, trabalhamos, os sujeitos de pesquisa e eu, pesquisador, com a memória de fatos, percepções e situações. Exatamente este é o problema: a memória não é uma simples reprodutora de fatos, percepções e situações. Ela, efetivamente, reconstrói e modifica o significado eventualmente atribuído ao que se experienciou, senão a própria lembrança da experiência. Então uma entrevista conduzida com um determinado sujeito, como as que foram feitas, terá coerência e

significado, podendo sugerir que o *habitus medicus* ali percebido se manteve estável e inalterado ao longo do tempo porque a história está sendo recontada a partir da perspectiva do sujeito no momento da realização da entrevista. Se outra entrevista fosse realizada em outro momento, dentro de outra fase da vida do mesmo sujeito, talvez seu *habitus medicus* apresentasse outras nuances que ele, então, tenderia a relatar como se sempre estivessem lá, fazendo as adaptações sem perceber que o faz já que sua memória modificaria o conteúdo do relatado, bem como de suas lembranças. Então a maneira de avaliar se o *habitus medicus*, na perspectiva do sujeito, se mantém estável e inalterado no tempo demandaria a realização de entrevistas ao longo de um determinado período de tempo, com análise do obtido em diferentes entrevistas e a confrontação dos achados de cada uma delas, o que não é contemplado pelo método proposto e empregado na realização desta pesquisa.

Já com relação ao *habitus medicus* propriamente dito, se ele se mantém estável de forma intergeracional, felizmente, o quadro com o qual nos deparamos permite algumas inferências. Uma das minhas curiosidades ao começar este trabalho era saber até que ponto, se fosse possível definir isto, o suceder de gerações médica modificaria a forma como o *habitus medicus* atuava nos indivíduos inscrevendo diferentes concepções nos seus imaginários ou alterando as formas de percepção do entorno de cada um. Se compararmos o dito nas entrevistas por médicos mais jovens e mais antigos há poucas diferenças a salientar. A mais marcante delas, até onde percebo, é a questão do envolvimento com e valorização da atividade de pesquisa pelos mais jovens. Os médicos mais antigos não consideravam esta como uma atividade prioritária enquanto alguns dos mais jovens chegaram a declarar, explicitamente, que se tivessem que se dedicar exclusivamente à docência, por eles entendida como estar frente ao aluno, em sala de aula, provavelmente não permaneceriam na instituição. Mas esta diferença apontada configura uma modificação de *habitus medicus*? Creio que não. Ela meramente aponta uma mudança de conceitos decorrentes de uma política institucional que privilegia o pesquisador em detrimento do professor “clássico” (não encontro outra expressão que me pareça adequada). Embora nos discursos oficiais se saliente que há a necessidade de um equilíbrio entre os dois aspectos da atuação

do docente, aparecendo ambos em situação de igual importância, desconheço algum local em que a atividade em sala de aula seja efetivamente tão reconhecida ou prestigiada como a atividade de pesquisa. Talvez esta modificação de percepção da importância relativa da docência clássica e da pesquisa meramente demonstrem a existência de um imaginário instituinte⁹ que privilegia a pesquisa em detrimento do que se inscrevia até recentemente no imaginário docente, ou seja, a primazia da atividade em sala de aula.

Afora esta questão, as diferenças apontadas entre sujeitos de pesquisa em diferentes fases de suas carreiras não permitiram perceber discrepâncias marcantes na maneira como o *habitus medicus* se conformou e influenciou a construção do imaginário médico. Variou a intensidade com que algumas características foram salientadas, como a importância relativa atribuída ao fato de ser médico ao longo do tempo. Os dois professores aposentados que fizeram parte do grupo de sujeitos de pesquisa, por exemplo, nunca estiveram em regime de dedicação exclusiva na universidade, fazendo questão de manterem seus consultórios privados, com uma atividade médica intensa mesmo após a aposentadoria. Ambos relataram apresentar-se como médicos quando em situações sociais, raramente como professores, o que se mostrou mais comum entre os docentes mais novos.

5.4.4.5 Deficiência Docente

Nenhum dos sujeitos de pesquisa discordou da afirmação feita por mim no transcurso das entrevistas de que os docentes médicos têm uma carência nos aspectos concernentes à preparação didática. Diversos deles, inclusive, ressaltaram que teria sido muito proveitoso para a sua atuação como docentes que esta tivesse existido, de uma maneira formal, ao serem admitidos no curso.

Mas... mas não existe uma coisa, uma educação continuada em pedagogia para os professores. (Professor 1)

Ah, salta aos olhos. Dentro da mesma disciplina. [...] E dentro do departamento então... de disciplina para disciplina... poderia ser, ter alguma

9 “Enquanto instituinte e enquanto instituída, a sociedade é intrinsecamente histórica – ou seja, auto-alteração. A sociedade instituída não se opõe à sociedade instituinte como um produto morto a uma atividade que o originou; ela representa a fixidez/estabilidade relativa e transitória das formas-figuras instituídas em e pelas quais somente o imaginário radical pode ser e se fazer ser como social-histórico. A auto-alteração perpétua da sociedade é seu próprio ser.” (CASTORIADIS, 1982, p. 416)

semelhança... por exemplo a endócrino é parecido com metabologia ou com nefro. Poderia ser... aí tu vês diferente, tu vês o professor da nefro tendo um tipo de comportamento e de didática ou de forma de fazer a educação e tu vês o outro já é bem diferente. Acho que isso é uma falha né? (Professor 2)

Também chama a atenção o quanto os exemplos negativos com os quais os atuais docentes tiveram contato enquanto eram alunos do curso de medicina foram marcantes, desde professores prolixos e que não sabiam direcionar uma aula até indivíduos que “escondiam o jogo” e não se dedicavam como poderiam. A percepção de que é possível ser um bom médico e um péssimo professor – talvez por não ter uma dimensão docente desenvolvida adequadamente – também apareceu em diversos momentos, inclusive com a citação nominal de professores que, ainda que excelentes profissionais na sua área de especialidade, falham como docentes, quer por desinteresse, quer por deficiência didática.

... não adianta só o cara ser muito bom. Eu cito o exemplo do ***** e do ***** lá, que são muito bons... mas a melhor aula de [especialidade] que eu tive foi do *****. Então não adianta o cara ser muito bom, o cara tem que gostar de ensinar e tem que saber ensinar. Se o cara não gostar, velho, né? Não vai ser docente, não vai gostar de ensinar, os residentes não vão te entender, os alunos não vão te entender, os caras não vão falar a mesma língua que tu. E eu acho que eu tenho esse perfil. (Professor 3)

Eu me lembro que na minha própria formação médica a gente percebia que tinha docentes que não conseguiam estabelecer esta relação de construção de conhecimento, como se diz, porque eles não tinham essa competência, essa habilidade, não tinham, realmente não tinham. Eram professores truncados, fechados. Eu tinha um, eu me lembro, que se voltava para a lousa, se voltava ali para o quadro e ali ele ficava, falando com ele mesmo. Isso é... e os alunos ficavam 'como é que é professor? Eu não entendi.' (resmungos), ele falava. Era gutural, a aula dele era toda gutural. Então tu ficavas... não tinha... era uma coisa esquisita, olha, algo assim que vou te dizer... (Professor 8)

Depois que tu entras para dentro do hospital tu tens professores médicos... alguns melhores do que outros no sentido de transmitir conhecimento, de tornar as coisas simples... e outros que complicam demais, que escondem jogo, ou até porque são prolixos, não conseguem... um exemplo aqui, provavelmente tu vais censurar o nome... o *****: era um belo médico, mas o ***** não sabia ensinar, nem na prática. Era tão prolixo que começava uma coisa aqui, já pulava de assunto e não concluía nada. E isso...[...] É, o ***** tinha um pensamento circular. E era um cara excelente, no sentido... era bom médico, era uma boa pessoa... (Professor 9)

As dificuldades de relacionamento entre colegas e a arrogância tipicamente – quase se poderia dizer classicamente – imputada aos médicos e por extensão aos docentes médicos também surgiu em algumas falas, algumas salientando a sua

existência outras vezes sendo apontada como uma característica até certo ponto necessária para que o professor universitário, médico ou não médico, exerça a sua função docente.

E lidar com colega médico também não é fácil. Eu me lembro... um professor até me dizia 'eu me relaciono melhor lá fora no campo com os animais irracionais do que com os colegas aqui'. E davam aula, não davam aula, não recuperavam, pediam para dar as provas, as perguntas, não davam, não justificavam, ficavam bravos... às vezes insatisfeitos com o salário... (Professor 4)

Mas que nós temos médicos muito arrogantes nós temos. E é uma coisa que, para mim, é muito difícil de entender. Muito difícil de entender que um cara que vive no meio da miséria ali, vendo doente e tal... o cara não refletir um pouco que um dia pode ser ele e achar que é melhor do que todo mundo. E isso acho que é uma característica dos médicos e é uma coisa que nós estamos pagando hoje. Esse desprestígio da medicina está em função dessa arrogância de médico que acha que é melhor do que os outros. (Professor 9)

Novamente se observa uma superposição entre a questão docente e médica: a identidade profissional aparece amalgamada com a docente, o que torna uma situação indissociável da outra, transpondo, em muitos aspectos, as características apontadas como negativas nos médicos para os docentes, como o caso da arrogância destes, explicitamente citada ou inferida na fala do professor que, ainda que responsável pela formação de animais racionais na universidade – seus alunos – preferia o relacionamento com os animais irracionais de sua fazenda. Considerando-se o precedente histórico fornecido por um já falecido ex-presidente da república, que por sinal não era médico, este foi mais um achado interessante no decorrer da realização desta pesquisa.

5.4.4.6 Docentes Médicos e não médicos

Perguntar sobre eventuais diferenças entre docentes médicos e não médicos atuantes no curso de medicina foi uma questão que suscitou reflexões curiosas e respostas por vezes contraditórias. Muito do desconforto sentido pelos sujeitos de pesquisa ao falarem sobre este aspecto talvez se deva à possibilidade de uma possível resposta carregar consigo uma questão potencialmente discriminatória: afirmar que há características que diferenciam um docente médico de um docente não médico pode soar como algo que estabelece um gradiente de características

melhores e piores entre um e outro, o que seria no mínimo politicamente incorreto e, mais provavelmente, simplesmente errado.

De forma quase uniforme os sujeitos tendiam a remeter-se ao seu curso de medicina, onde tiveram professores médicos e não médicos e ao fato de que a graduação de origem destes professores, a princípio, não determinava um melhor ou pior desempenho.

Não. Eu fui bolsista por muitos anos... eu fui monitor da fisiologia da **** que é bióloga. [...] e ela foi maravilhosa comigo, ela era uma docente maravilhosa e também com muita atenção da pesquisa. Ela era bióloga. [...] Eu acho que os professores médicos tem muito pouco comprometimento com a universidade aqui. (Professor 1)

Olha, tchê... na realidade eu acho assim que essa questão... não sei se me engano mas... na realidade eu vejo bons professores não médicos e vejo maus professores... professores entende? Então acho que não está tanto no fato de ser ou não ser professor... eu acho que o sujeito pode... e lá na universidade tem isso né? (Professor 2)

Eu tive alguns professores que não eram nem médicos. [...] Mas eu acho que, essencialmente, médico. (Professor 4)

Eu te diria que sim. Eu até tenho contato com algum pessoal da [outro curso] e tal... mesmo de outros cursos, em outros conselhos, a gente diria que... talvez tenha... eu só não consigo te dizer exatamente qual é essa diferença, mas que é diferente, é diferente... [...] eu vou até te dizer: talvez os que são médicos digam isso mais do que os que não são. (Professor 5)

Eu não vejo muita diferença não. [...] Assim como tem bons professores que eram médicos, eu me lembro de bons professores... (Professor 6)

Tive dentistas, tive bioquímicos... nessa parte, vamos dizer, na aula teórica, por exemplo, eu tive professores que não eram médicos que eram excelentes professores, com boa didática, que davam aulas maravilhosas, e médicos dando aulas terríveis. O contrário também. (Professor 9)

A resposta padrão, portanto, foi algo do tipo “tive bons professores que não eram médicos, maus professores que eram médicos e vice-versa”. Remete-se a questão do “bom ou mau” professor à esfera da individualidade, ao interesse de cada um por tornar-se melhor professor, ao comprometimento com o aprendizado por parte do aluno e, ainda que um tanto veladamente, ao “ter ou não ter jeito para a coisa”, independentemente de o indivíduo ser ou não médico.

Passado este primeiro momento delicado, talvez filtrado pelo politicamente correto, algumas opiniões ou impressões decorrentes de observações mais pessoais afloram. A mais marcante delas, me parece, é novamente a ideia de que o ser

médico impacta profundamente na estruturação da personalidade e na forma de ser e agir do indivíduo.

Como profissional... eu acho que o médico tem algumas características da profissão que vão estar presentes em qualquer atividade que um médico vá fazer. O médico é um sujeito, a princípio, muito auto suficiente. Eu acho. O médico é um sujeito muito auto suficiente porque se comparar com os outros profissionais da área da saúde as questões que ele lida são mais complexas do que as questões que a média que os outros profissionais - me parece que é isso - lida. Então muito auto suficiente. Por outro lado o médico também é muito... o médico genericamente... talvez os médicos da minha geração... muito prepotentes, com um ego muito grande... com a dificuldade de ouvir o outro muito grande. Então essas coisas... eu estou colocando coisas negativas, mas o médico também por outro lado... [...] Eu acho que o médico médio, ao menos da geração a que eu pertenço, é decidido... é capaz de tomar decisões, é capaz de tomar decisões rápidas, é capaz de decidir. Que eu acho que, dependendo da situação é algo extremamente positivo. Acho também que o médico é um sujeito que tem, no geral, a capacidade de... ou pela força da profissão ou pela sua formação... de ser ouvido pelos outros. Então tudo isso vem no docente médico. Então a gente enxerga... eu consigo ver essas características todas no docente médico que eu acho que é diferente, aí sim, eu acho que é diferente do docente não médico. (Professor 6)

...eu percebo uma certa pressa, uma certa... vontade de rapidez... porque a própria medicina nos leva a isso. Então eu não sei se isso aí é uma qualidade ou um defeito, aí eu não sei. (Professor 8)

Um desdobramento natural desta ideia é o de que a forma de exercer o ofício docente também sofre influência do fato de o indivíduo ser médico. É onde podemos perceber o *habitus medicus* atuando. Daí decorre, por exemplo, o fato de que os docentes médicos serem vistos como sujeitos auto suficientes, que não esperam a opinião dos colegas nem dividem muito com eles as suas preocupações ou ansiedades. Esta forma de agir decorreria da maneira como se exerce a própria medicina, solitariamente, no fundo uma profissão que depende de decisões que só o médico se sente apto – e é até legalmente cobrado por isso – a tomar. Isso pode determinar que ele seja visto como portador de um ego hipertrofiado, muitas vezes descrito como arrogante e prepotente. Ou, sob uma luz mais favorável – dependendo do sujeito de pesquisa ou da motivação por trás da análise – como alguém que é decidido, capaz de tomar decisões e implementá-las.

Uma outra questão que apareceu várias vezes e que foi claramente apontada como diferenciando os docentes médicos dos não médicos foi o aspecto mercadológico.

Acho que isso que eu vou dizer não é bem verdadeiro. Porque como aluno, por exemplo, eu convivi com professores muito envolvidos com a escola. E aí eu acho que depois passa-se por uma fase onde... na minha trajetória, vamos dizer nos meus longos anos... isso nem sempre é muito verdadeiro, né? [...] Eu acho que isso vem mudando. Então talvez... mas é um pouco... eu também vejo em outras áreas que... às vezes é um pouco individual. Tem gente que é muito envolvida e tem gente que é pouco envolvida. Independente se eu estou saindo daqui da escola para ir para o meu consultório... então eu estou me envolvendo pouco aqui como docente... ou se eu estou indo para casa. Entendeu? Porque... a escola... então eu vejo isso em outras áreas nas quais eu transito até hoje, em outros cursos da saúde em que eu tenho um trânsito...[...] talvez o médico se envolva pouco aqui na escola porque ele tem muitas oportunidades fora e talvez outras profissões não tenham essas oportunidades fora... mas também não se envolvem porque não é o perfil. Então cai um pouco, talvez, no individual. Quer dizer, não é porque é o médico que se envolve pouco... eu acho que é mais a pessoa que ou ela realmente se envolve ou ela... porque eu acredito, eu percebo... e eu vejo que tem muitos profissionais de outras áreas que às vezes é a opção que sobrou, é ser professor. Porque eu não consegui me colocar como fonoaudiólogo, porque o mercado está restrito, porque eu não consegui me colocar como fisioterapeuta porque o mercado... e não é bem o elã pela escola, pela docência, pelo ensino, pela pesquisa. Então me parece que fica no campo mais individual assim. O médico sempre foi muito cobrado disso né? Porque se envolve pouco e porque vai muito para fora... pelo menos aqui nesse modelo de Santa Maria que funciona desta maneira. [...] Porque o médico hoje, realmente, ele não precisa da escola... nós estamos discutindo a dificuldade de conseguir gente para trabalhar... porque ele tem um campo vastíssimo fora, outras profissões não. Talvez porque goste. Realmente quem vem aqui... eu observo em pessoas novas que chegam, em algumas pessoas novas, o gosto por aquilo. Eu fora ganho muito mais mas eu estou aqui porque eu gosto. (Professor 7)

Os sujeitos de pesquisa, de maneira quase uniforme, enxergam os docentes médicos como pessoas que optaram por ser professores na universidade, ainda que fora deste contexto tivessem a oportunidade de obter um ganho financeiro maior. Daí se depreende que os médicos que se tornam docentes gostam da atividade docente a tal ponto que optam por diminuir seus ganhos reais ou potenciais para exercer a atividade. Alguns chegaram a colocar que a universidade, na concepção de diversas pessoas, funcionaria como uma vitrine para o consultório, isto é, o fato de ser docente universitário levaria o indivíduo a ser mais bem visto pelos pacientes – neste contexto talvez melhor descritos como clientes – do que aqueles que não atuavam na instituição. Mas esta não é uma opinião homogênea: alguns sujeitos inclusive dizem que talvez em algum momento isto tenha sido verdade, mas que atualmente não existe esta diferença simplesmente porque há médicos demais na cidade, em todas as especialidades, o que dilui a importância do título de “professor

de medicina”. Então a opção por ter uma atuação na universidade se daria por desejo do próprio docente médico, o que se apresentaria de forma bem diferente para as outras profissões da área da saúde em que o salário de um professor universitário é algo economicamente muito atraente quando comparado com as possibilidades de ganho de um enfermeiro, fonoaudiólogo ou farmacêutico – para ficar em alguns dos citados – fora da universidade. Então, para esses profissionais, “sobra” o ser professor.

Uma última questão ainda foi levantada: embora os sujeitos de pesquisa não afirmem categoricamente que médicos devam ser formados por médicos, há uma tendência a considerar que um profissional de qualquer área, sempre que possível, deva ter sua formação tutorada por profissionais da mesma área. Ou seja, dentro desta lógica, alunos de medicina deveriam ter preferencialmente professores médicos, alunos de enfermagem deveriam ter preferencialmente professores enfermeiros, farmacêuticos na farmácia e assim por diante. A lógica desta situação é aquela que entende que há particularidades na forma como se exerce a atividade das diferentes áreas e que um profissional com experiência em uma determinada área estaria mais apto – a princípio – a trazer exemplos práticos e situar os alunos com relação à futura atuação destes como profissionais. Críticos à esta ideia colocam que o convívio estrito dentro de uma determinada categoria profissional poderia levar a um distanciamento da realidade, formada pelo entrecruzamento de diversas profissões, assim como estimularia o surgimento de um corporativismo exacerbado, com prováveis consequências negativas. Provavelmente a melhor opção situa-se num ponto médio entre os dois extremos, como geralmente acontece.

5.4.5 Daqui em diante: (ou o que se poderia fazer de diferente?)

5.4.5.1 Propostas para a instituição

Como uma estratégia para encerrar as entrevistas os sujeitos de pesquisa foram estimulados a, considerando a sua trajetória, sugerir ações institucionais que pudessem, no seu entender, melhorar a formação ou atuação docente na instituição, dentro do escopo do curso de medicina. Nenhum deles furtou-se a oferecer sugestões e estas foram dadas considerando diferentes aspectos do exercício da

profissão, diferentes fases da carreira docente e mesmo a política da instituição.

A política institucional foi alvo de críticas que não se restringem aos docentes médicos em si, mas antes contemplam questões bem mais amplas que de uma maneira geral interessam a todo o universo dos docentes universitários.

Mas eu acho que deveria ter uma coisa continuada assim, na verdade uma política institucional que a gente não tem nem no país nem na universidade. Cada um que chega reinventa a roda. Todos os anos... a cada quatro anos é a mesma coisa. O exemplo mais claro disso para mim: o Sarkis tinha a Feira das Profissões; o Felipe tinha a PROFITEC; e o Burmann tem o Descubra. A mesma coisa. Ou seja, isso é a mostra da nossa imaturidade institucional. Não tem um programa institucional que chama Feira das Profissões, independente do reitor. Na realidade se faz a mesma coisa que os prefeitos fazem: botam tudo terra abaixo e começa do zero, então nunca avança. Então eu acho que caberia certamente algo continuado institucional de capacitação dos seus docentes. (Professor 6)

Isso também tem várias nuances. Tu vais me dizer que o ser humano quanto mais ganha mais quer... talvez.. mas eu penso que... [...] Se houvesse uma política assim de remuneração melhor... eu vi isso no exterior. Eu vi isso no exterior, o quanto o docente da universidade é bem remunerado. Eu remunero bem e eu também defino para ele, como instituição, o que ele vai fazer. Ele vai fazer mais isso ou mais aquilo. (Professor 7)

De definir papéis. (Professor 9)

Nestas falas se destaca a questão remuneratória, historicamente uma fonte de insatisfação entre os docentes universitários, e a falta de definição clara das atribuições dos docentes dentro da universidade, citado pelo Professor 9 como “papéis”. Esta é uma questão que apareceu em diversos momentos das entrevistas, isto é, a falta de um direcionamento claro da instituição quanto a “quem faz quanto do que”, ou seja, quantas horas o professor tem que dedicar à pesquisa, às aulas, às orientações ou às outras atividades. Existe claramente uma percepção de que se está “solto”, sem ninguém que oriente e/ou fiscalize isto a sério. Não me parece, pela vivência que tenho dentro da instituição que esta seja uma característica do curso de medicina, somente.

A necessidade ou utilidade de uma formação didática específica e estruturada também foi apontada em diversos momentos, por diferentes sujeitos, dentre outras:

...acho que seria necessário até para a gente se reciclar e ter novas técnicas. Hoje em dia tem o como incorporar as novas técnicas de pedagogia, os tablets, os smartphones... (Professor 1)

Não, eu acho que não deveria ficar só na dependência do interesse de cada um... ou desinteresse. Eu acho que não. Eu acho que deveria ter uma formação né? Acho que sim. Oficial. Inclusive com avaliação. Eu acredito né? Avaliar. A instituição fazer, proporcionar a formação ou o aprimoramento do docente e inclusive avaliar o docente para ver se realmente evoluiu. (Professor 2)

Eu acho que o cara que entra poderia ser tutorado pelos outros, né Guto? [...]A forma da residência né, Guto, a forma da residência, ela é feita hierarquicamente para a gente ter menos chance de errar. E mesmo assim a gente erra. É inerente. (Professor 3)

Mas eu acho que essa integração da educação com a medicina é fundamental. Ou ele fez antes ou deve fazer no transcurso. E fazer reciclagem, eu acho que realmente tem que deixar uma carga horária para o docente se reciclar em educação. E ver que tipo de aluno ele está recebendo, como ele consegue passar isso aí... e tentar passar para o aluno também. (Professor 4)

Deveria ter pelo menos uma coisa que fosse leve, que fosse instrutiva. Falar sobre o que a a gente espera, como é que o professor pode atuar, mas não de uma maneira que seja doutrinária assim, 'vocês tem que fazer isso', mas simplesmente expor e dar as ferramentas, oferecer algumas ferramentas para o professor poder empregar... porque a gente entra com a bagagem que tem, que pode ser muito ou pouca...[...] Mas poderia ser de auxílio criar um... executar... ou oferecer algum tipo de treinamento para o pessoal que está entrando para ver essas coisas... eu acho que para todo mundo que está entrando, ou que já tenha um "xis" de tempo. Não vamos fazer o cara aquele que já vai se aposentar no mês que vem... mas assim... pessoal que já tem algum tempo, menos tempo, poderia ser criado esse local, [...]não precisa ser uma coisa de muito tempo mas se a gente conseguir discutir algumas coisas dos conteúdos... e aí sim até vai ser de uma maneira mais construtiva porque as pessoas provavelmente vão trazer... (Professor 5)

Eu acho que sim, eu acho que é uma oportunidade que tu vais ter de optar. Mas não obrigatório, como opção... [...] E eu acho que até para o próprio curso de medicina, no caso, poderia contemplar uma disciplina em que ela te permitisse... poderia ser até uma DCG... (Professor 8)

Talvez a sugestão que mais salte aos olhos, provavelmente porque de certa maneira é algo óbvio e esperado, seja a de que se deva ministrar um treinamento ou uma capacitação inicial para os indivíduos que ingressam na carreira docente. Ressaltou-se também que esta capacitação deva ter um cunho prático, voltado para as coisas mais simples e corriqueiras, assim como deva-se, nela, esclarecer políticas e objetivos e da instituição. Seria uma forma de introduzir o novo docente nos meandros da universidade, fornecendo-lhe ferramentas (esta foi uma expressão usada por mais de um sujeito de pesquisa) para que ele atue em sala de aula.

Para os indivíduos que já são docentes também foram elaboradas sugestões, marcadamente a criação de espaços de diálogo e discussão da atuação docente,

com duas características várias vezes salientadas: a participação deverá ser voluntária e o enfoque deverá privilegiar a prática. Talvez em função deste pensamento voltado para a atuação, para a tomada de decisões, para “o que eu vou fazer com isso”, os sujeitos de pesquisa salientaram diversas vezes que atividades com longas discussões de pressupostos teóricos e fundamentos de educação seriam pouco proveitosos e em nada atraentes para os médicos, ao menos em um primeiro momento. O Professor 2 levantou uma discussão interessante no escopo do proposto: o de que os docentes submetidos a um processo de qualificação – fosse este qual fosse ou tivesse o nome que tivesse – deveriam ser submetidos a avaliações periódicas com o intuito de verificar se houve algum impacto na prática docente em função das ações implementadas pela instituição. Esta seria, creio eu, uma medida bastante interessante a ser adotada, embora já nasça com um enorme potencial de ser vista como impopular. Mas, tentando pensar de uma maneira mais ampla, seria uma sugestão que poderia, eventualmente, levar a considerar-se a formação didático pedagógica como algo necessário para o docente universitário na prática, com reflexos claros sobre a sua situação funcional inclusive, transpondo o campo do discurso que tende a citar a deficiência de formação didática docente sem que uma sugestão clara de maneiras para superar esta situação seja feita.

Houve uma última sugestão digna de nota e reflexão, feita pelo Professor 8, no sentido de atentar melhor para um eventual interesse de alunos da graduação pela atividade docente, algo que hoje em dia é negligenciado pelo curso já que o sentido de formação é o médico generalista, preparado para atuar como técnico em saúde. Acrescentar a possibilidade de aproximar-se de uma carreira docente – ao menos da potencialidade de uma, no futuro – para o aluno de graduação pode, futuramente, melhorar qualitativa e até quantitativamente o número de médicos interessados em ingressar na vida acadêmica. Atualmente este é um dos problemas enfrentados pela nossa instituição: muitos concursos para preencher vagas docentes são reabertos várias vezes por falta de indivíduos interessados.

Em resumo, de uma maneira geral, os sujeitos de pesquisa consideram que institucionalmente a atenção dada à formação e atuação docentes é muito deficiente e escassa; que há a necessidade de uma formação didático-pedagógica na forma de um treinamento inicial mais formal e de um oferecimento de cursos ou atividades de

atualização ao longo da carreira docente; e que mais ações devam ser implementadas, no escopo do curso, com o intuito de valorizar a atuação dos docentes.

6 À GUIZA DE CONCLUSÃO

Mergulhar na realização de uma Tese de Doutorado é algo que inevitavelmente modifica quem o faz. Ou quem intenta fazê-lo. Em alguns momentos este mergulhar assume um tom assustador, de quase desespero, quando o mergulhador se dá conta que a possibilidade do afogar-se é bem real, faz parte do contexto. Por afogar-se entenda-se o não dar conta, o perder o foco, o tergiversar, talvez até o gastar inutilmente o tempo escrevendo sobre o próprio ato de mergulhar em uma Tese. Muito do estímulo para continuar, por outro lado, vem da possibilidade de arriscar-se, de seguir os seus instintos e, explorando algo novo – ou, senão novo, algo já conhecido visto de uma perspectiva inédita –, chegar a produzir alguma coisa em que o autor se reconheça. Em determinados momentos, inclusive, há uma sensação de realização e pura alegria, quando se pega o ritmo e o mergulho pode ser só uma forma de acessar lugares distantes da superfície, que nunca antes tinham sido explorados ou visitados pelo pesquisador, sem que o ar nos falte.

Tive, felizmente, muito mais momentos felizes do que momentos desagradáveis ao longo deste trajeto. Entrevistar os sujeitos de pesquisa foi muito prazeroso porque divertido, embora nem sempre fácil. Em diversas ocasiões pude perceber claramente que o fluxo de lembranças, associado aos pensamentos que surgiam, levavam-nos, entrevistador e entrevistado juntos, a contemplar perspectivas até então inéditas de nossas próprias concepções. A breve jornada que empreendi junto com cada um pelo seu imaginário, tenho certeza, causou algum impacto neles, tanto quanto em mim. Embora não seja possível transcrever ou expressar todas as ocorrências, capturar todas as nuances – as variações de tom, as pausas, as mudanças de ritmo ou de inflexão de voz – várias foram as vezes em que comentários do tipo “não tinha me dado conta disso”, ou “eis algo interessante que tu levantas” ou ainda “vou tentar pensar de um jeito diferente” apareceram no desenrolar da conversa. Isto sem contarmos as risadas, histórias, “causos” e pessoas rememoradas.

Fazer a transcrição foi um momento interessante, embora cansativo. Reviver a entrevista ao transcrevê-la aumenta a sensação de estar imerso no universo do entrevistado. Também cansa já que há uma boa quantidade de “trabalho braçal” aí incluído, mas trata-se de um momento riquíssimo e que se justifica plenamente.

Envolver-me com a análise de conteúdo foi, sem dúvida, a parte mais divertida e proveitosa: me vi o tempo todo no processo, mesmo quando discordava ou me surpreendia com o que era dito, na forma ou no conteúdo. Repensei inúmeras coisas do meu fazer cotidiano e da minha postura docente. Só por isso já me considero um privilegiado por ter tido a oportunidade de realizar este trabalho.

Concluir um projeto de pesquisa ou uma Tese de Doutorado, como neste caso, sempre soa aos meus ouvidos como um acerto de contas, a hora do “agora vamos ver”. Sei que este pode ser um enunciado um tanto dramático, mas acredito firmemente que esta tendência ao drama, inscrito do meu imaginário pessoal, será perdoada pelo eventual leitor que, tenho certeza, se contaminou pela questão apaixonante de compreender as pessoas e o seu comportamento a partir da perspectiva castoriadisana, com algumas nuances bourdieuanas.

Mas, retomando a ideia, o final de uma Tese não é, ou não deveria ser, um momento para pedir desculpas, mas sim para fazer um balanço do que foi feito, talvez melhor dito, amarrar algumas pontas soltas. Intentando fazê-lo vou retomar as questões de pesquisa, analisando-as de uma perspectiva pós-pesquisa.

O tema central de pesquisa, nunca é demais lembrar, foi enunciado da seguinte forma:

“No Imaginário de um grupo de professores do Curso de Medicina da UFSM como eles percebem a aquisição ou a construção de um *habitus medicus* e quanto e como isso afeta seu Trajeto Formativo como docente?”

Delimitado este tema central e sempre tendo em mente dois balizadores, a saber o *habitus medicus* (numa perspectiva de um conceito expandido a partir do conceito de *habitus* de Bourdieu) e o imaginário (social e individual, segundo o entendido a partir de Castoriadis), desdobraram-se algumas questões de pesquisa que, colocadas em perspectiva, passo a discutir a partir de agora.

A primeira questão proposta foi “de que maneira este *habitus* se constitui?”. O pressuposto era de que o *habitus medicus* se construiria de uma forma paulatina, à sombra de outro *habitus medicus* já formado, havendo uma transferência gradual de características de um professor mais velho para um aluno ainda em formação. Com o que foi evidenciado na pesquisa esta possibilidade se mostrou bastante cabível, ou seja, efetivamente muitas do conjunto de disposições próprios dos docentes

médicos do grupo estudado foram adquiridos ao longo da sua trajetória de formação, desenvolvendo-se à sombra de um outro *habitus medicus* já formado, de certa forma espelhando-se nele.

Estas características impressas nos imaginários dos sujeitos de pesquisa via de regra não foram percebidas conscientemente, manifestando-se em situações como a entrada na vida docente médica em que eles se remetiam aos velhos exemplos para solucionar problemas contemporâneos à sua atuação inicial em sala de aula. Em um estudo desenvolvido neste mesmo programa de pós-graduação (VASCONCELLOS, 2011), a influência importante de exemplos vivenciado ao longo da trajetória formativa sobre a atuação docente também aparece. Nas palavras da autora os docentes

detectam a contradição que existe entre a formação exigida para atuar na docência universitária e foram constituindo a sua maneira de dar aula se baseando em referenciais de professores que lhes produziram marcas em sua vida escolar, na graduação e também na pós-graduação. (VASCONCELLOS, 2011, P. VI)

No caso particular da medicina esta percepção, embora apareça nas colocações dos sujeitos, expressa-se como uma questão secundária já que a identificação primária se dá com a atuação técnica profissional e esta traz consigo o que pode ser lido como uma dimensão didática que lhe é inerente. Esta conclusão nos leva à segunda questão de pesquisa: “Que imaginários construíram os médicos sobre ser professor no curso de medicina?” Aqui descortina-se um panorama muito amplo, fértil e abrangente. Em primeiro lugar, nunca é demais lembrar, cabe ressaltar que a identidade dos docentes médicos assenta-se, fundamentalmente, sobre o ser médico. Primariamente é esta a característica identitária do grupo, sendo a docência vista, inclusive, como algo que subjaz à atividade médica já que em diversos momentos aflorou a concepção – que exaustivamente repito aqui – de que a medicina carrega consigo uma dimensão didática que lhe é inerente. Este conceito, naturalizado, determina algumas características peculiares à atuação docente médica, como salienta Batista (2001):

para a grande maioria [...] a docência constitui-se como atividade complementar à profissão médica [...] Como decorrência deste perfil docente 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. (BATISTA, 2001, p. 49-50)

Acredito que não se pode deixar de salientar a existência ou ocorrência deste fenômeno, bem como algumas de suas consequências. Uma delas é a de que os médicos se sentem diferentes dos demais profissionais que atuam na docência. Radicalmente, no sentido de partir da raiz, diferentes, eu poderia dizer. Talvez esta dificuldade em sentir-se parte de um grupo de docentes, tanto por questões ligadas ao preconceito com os médicos quanto com o conjunto de preconceitos dos médicos com os demais, explique a baixa identificação com as questões que remetem ao ensino superior como um todo por parte dos docentes médicos.

A concepção da docência como dom carrega um desprestígio da sua condição acadêmica, relegando os conhecimentos pedagógicos a um segundo plano e desvalorizando esse campo na formação do docente de todos os níveis, mas, principalmente, o universitário. (CUNHA, 2010, p. 27)

De uma certa forma identificar-se como docente ao invés de médico é desprestigiar-se, como salienta a autora. Os sujeitos de pesquisa percebem este movimento, especialmente nas colocações feitas pelas pessoas de seu círculo de relação que, muitas vezes, não entendem a opção pela vida universitária já que esta implica em uma diminuição de ganho financeiro e, conseqüentemente, de *status*. Acredito que muito do proposto – e discutido juntamente com a quinta questão de pesquisa, mais adiante neste tópico – tem a ver com o desenvolvimento de estratégias para contornar esta situação, basicamente tentando diminuir esta distância, em termos de prestígio, entre o ser médico e o ser professor.

A próxima questão de pesquisa, “Que imaginários construíram os médicos no ambiente da docência?”, associa-se em grande parte ao que já venho discutindo. Faz parte do imaginário docente médico a percepção de que a sua capacitação didático pedagógica é deficiente em função da inexistência de um momento formal para que ela aconteça. Também povoa este imaginário docente médico a ideia de que em outros cursos, marcadamente nas licenciaturas em educação, há esta formação e que os docentes médicos necessitam, de alguma forma, contemplar esta dimensão da sua formação para melhorarem sua prática. Outro aspecto presente – este eu diria que até estruturante, tamanha a força com que ele aparece e reaparece

– no imaginário médico no ambiente da docência se relaciona com a percepção de que a identidade docente médica se ancora na questão da identificação primária como médico, como não poderia deixar de ser. Em diversos momentos os sujeitos de pesquisa disseram, explicitamente, que não há como exercer a docência sem considerar que é um médico que o faz. A influência de um profissional mais velho sobre outro em formação deixa clara a sua importância quando se pensa que este “duplo papel, médico e professor confere ao trabalho docente em Medicina a responsabilidade de contribuir decisivamente na formação do futuro profissional”. (BATISTA, 2001, p. 51). Ou seja, esta não é uma ideia original ou uma percepção inédita já que alguns se reconhecem como fundamentalmente médicos, colocando a questão de pesquisa seguinte, isto é, se “Ele prioriza o ser médico ao ser docente em um curso de medicina?” numa perspectiva um tanto diferente da que eu imaginava ao começar este estudo. Talvez “contaminado” pelas discussões tanto na Educação quanto nos fóruns de Educação Médica, onde se ressalta frequentemente a questão da identidade docente, eu via claramente estas situações como distintas, senão opostas ou mutuamente excludentes. Era quase uma questão de “ou médico ou professor”. Minha identificação pessoal, por exemplo, pende – ou pendia até então – explicitamente para o ser mais professor do que médico, mas revendo as concepções e colocações de meus sujeitos de pesquisa confesso que já não sei mais. Ao menos não tenho a mesma convicção, especialmente se pensarmos que neste meio também se imiscui uma outra questão, a da pesquisa.

Especialmente na Universidade Pública, tem sido conferido um status de menor importância à função de ensino, particularmente da graduação, quando comparada à pesquisa. Os critérios de progressão na carreira docente fundamentam-se muito mais na produção científica do que no exercício da docência. (BATISTA, 2001, p. 46)

Um dos sujeitos de pesquisa foi explícito ao dizer que ele hoje se identifica não como médico nem como professor, mas como pesquisador. Outros disseram claramente que se não pudessem pesquisar ou fossem “obrigados” a somente lecionar, vivenciando exclusivamente o ambiente da sala de aula, provavelmente deixariam a docência. Estas questões apresentam-se de uma maneira um tanto confusa já que elas não deveriam ser, se considerarmos os discursos sobre o atuação docente no ensino superior, excludentes.

O componente da investigação representa a concepção de que o professor é, especialmente, um produtor de conhecimento e que a universidade, para dar conta do seu perfil acadêmico, precisa estar alicerçada em uma forte tradição investigativa. Já o componente da docência, deposita nos professores a tradicional tarefa da educação escolarizada, que se expressa pela socialização e distribuição do conhecimento.

Os dois componentes compõem a condição da profissionalidade do professor de educação superior. O termo profissionalidade tem sido introduzido nas últimas reflexões sobre a formação profissional e se traduz na ideia de ser a profissão em ação, em processo, em movimento. (CUNHA, 2010, p. 31)

Também nos documentos oficiais ressaltam-se estes dois aspectos como “indissociáveis”, embora na prática permaneça a concepção de que a pesquisa tem uma primazia sobre a prática em sala de aula. Falar em “prática em sala de aula” na medicina tem uma conotação um tanto diferente e que merece uma contextualização: cursos de medicina estruturados de forma semelhante ao da UFSM, portando a maioria no Brasil, têm uma grande carga de aulas práticas ao longo do seu desenrolar. Por isto quando se fala em sala de aula, neste contexto, há a necessidade de expandir o conceito já que muitas vezes existe uma migração de uma sala fechada, com cadeiras, projetores, giz e quadros para um ambulatório de hospital, um posto de saúde, uma unidade de pronto atendimento ou uma sala cirúrgica. Neste contexto fica cada vez mais difícil separar a atuação médica propriamente dita, assistencial, do ensino da medicina. Não existem tempos diferentes, determinados, em que se estuda “a teoria” para depois – trocando a sala onde se estuda a teoria por um ambiente de estágio – aplicá-la “na prática”. Não seria possível, por exemplo, programar o estudo de um determinado tópico como infarto agudo do miocárdio para ser algo inicialmente teórico e depois prático simplesmente porque não podemos programar quando um paciente com infarto aparecerá. Não se pode marcar hora para um infarto. Então estes diferentes tempos – revisar anatomia, fisiopatologia, farmacologia e aplicar os conhecimentos na prática – acabam acontecendo concomitantemente. Por isto a relação entre o ser médico e o ser docente é algo indissociável para quem dá aula em um curso de medicina, ainda que este aspecto possa estar um tanto nebuloso na mente do sujeito que se encontra em situação.

As características observadas no jeito de proceder – indícios de um *habitus medicus* em ação – como a pressão por decidir rapidamente, o individualismo, a

voluntariedade, o orgulho em ter cursado medicina e a falta de hábito de tomar deliberações em grupo, conjunto de características que muitas vezes é visto como simples arrogância, efetivamente estão inscritos no imaginário dos docentes médicos. Reconheço estas características no meu imaginário pessoal também. E consigo ver claramente como meu *habitus medicus* trabalha com relação às questões docentes.

A última questão de pesquisa proposta, isto é, se “Pensar a atuação profissional do docente considerando a existência de um *habitus medicus* inscrito no Imaginário Social e Individual mudaria, potencialmente, a forma de encarar o processo formativo em medicina?” é a que eu acredito que mais enfaticamente pode ser respondida com um sim. Poderia encerrar a tese assim? Sim e ponto? “Arrogância típica de médico”, diriam alguns torcendo o nariz. “Preconceito típico de quem não é médico”, eu poderia retrucar, com a mesma força de argumentação. Brincadeiras à parte – não resisto muito a elas, como já se percebeu – a resposta afirmativa à questão proposta se impõe. A percepção de que existe um *habitus medicus* sendo construído ao longo da formação do médico e o quanto isto impacta na vida futura dos profissionais, inclusive os docentes que são o foco desta pesquisa, abre algumas perspectivas interessantes, oferecendo algumas novas maneiras de abordar a formação médica como um todo e a do docente em particular. Setton (2002) já nos alerta que “*habitus* não é destino” (SETTON, 2002, p. 61) e isto implica em que, mesmo se mantendo relativamente estável ao longo da vida do indivíduo (inscrito no imaginário pessoal, portanto) e ao longo do tempo (permanecendo reconhecível no imaginário social), como já ficou caracterizado ao longo da pesquisa, o *habitus* pode ser paulatinamente modificado se para ele for direcionada alguma ação. Mudanças de concepção levam a mudanças na forma de agir e no “conjunto de disposições”, bourdieuanamente falando. Se queremos modificar algo no panorama docente médico devemos, dentro desta perspectiva, modificar a forma como concebemos a atividade médica em si e a atividade médica docente em particular. Embora sem enunciar o conceito de imaginário ou *habitus*, Bolzan (2009), deixa claro a importância de considerar as particularidades de cada professor ao dizer que

À medida que observamos como os professores aprendem, podemos compreender porque ensinam dessa ou daquela maneira. Seus construtos mentais interferem diretamente nas suas proposições pedagógicas, apontando consequências significativas nas formas de intervenção. Os professores agem, frequentemente, de acordo com o que pensam. Assim sendo, toda a tecnologia ou inovação, na prática pedagógica, está forçosamente implicada nas ideias e motivações do professor, levando-nos a refletir sobre a importância do seu pensamento e da sua ação. (BOLZAN, 2009, p. 132)

Se considerarmos que a formação destes “constructos mentais” no caso específico dos docentes médicos é um processo determinado pelo *habitus medicus*, as afirmações da autora vêm dar suporte ao fato de que considerar esta identificação primariamente médica destes indivíduos é fundamental para minimamente assegurar a participação e o interesse destes – sem falar na efetividade – em eventuais ações formativas ou de aperfeiçoamento dos docentes médicos. Estas iniciativas devem ser direcionadas, portanto, para um grupo com saberes e interesses específicos, já que “destacamos o conhecimento pedagógico e o conhecimento dos conteúdos como fundamentais para a estruturação do pensamento pedagógico do professor, sendo este indispensável à integração teórico-prática” (BOLZAN, 2009, p. 135). Ter isto em mente nos permite, inclusive, compreender melhor em que sentido formularam-se as sugestões, apresentadas pelo sujeitos de pesquisa, durante a realização das entrevistas, e que são preciosas e precisas.

Assumindo-se que há uma certa dimensão didática no exercício da medicina, a sugestão de oferecer aos alunos que apresentarem precocemente o interesse pela docência ao longo do seu curso de graduação a oportunidade de cursar uma disciplina sobre docência médica, de forma voluntária, é uma perspectiva interessante. Se considerarmos que um médico, ainda que não opte por ou venha a se envolver com a carreira docente médica no seu futuro, frequentemente precisará “educar” as pessoas com respeito aos cuidados com saúde, com prevenção de doenças, utilização de medicamentos, etc, é até surpreendente que a dimensão didática ou, minimamente, uma formalização de estudos voltados ao desenvolvimento de habilidades de comunicação não seja algo presente nos cursos médicos. Evidenciar – sem fazer um juízo de valor sobre este fato – que há este componente educativo no exercício da medicina pode fazer com que eventualmente

se passe a considerar isto como sendo fundamental na estruturação do futuro médico, ainda em formação. Muito do que hoje é lido como arrogância ou distanciamento talvez passe, então, a ser visto como mera incompetência comunicativa já que esta, embora cobrada dos profissionais, é relegada, como muitas outras características, ao território dos “dons” e “jeito para a coisa”. E esta abordagem poderia levar a uma estruturação da aquisição de conhecimentos específicos, além de propiciar uma aproximação do cenário real da docência para aqueles indivíduos que por ela se interessem. Além do mais a adoção desta linha de intervenção, isto é, a introdução da ideia de que a docência médica é uma área que requer preparação específica e não uma extensão “natural” do exercício da medicina talvez ajude a minimizar incoerências como as apontadas por Leite e Ramos (2010), ao lembrar que

A universidade é reconhecida como um lugar, por excelência, de formalização de saberes profissionais, inclusive é o lugar de formação profissional de docentes dos ensinos básico e secundário. No entanto, esta instituição de formação aceita, no seu interior, a condição não profissional da docência universitária ao exigir, para o seu exercício, apenas saberes específicos do campo disciplinar. (LEITE & RAMOS, 2010, p. 33)

Acredito que algo pode ser feito no sentido de modificar o panorama atual, desnaturalizando a função docente como parte inerente à médica. Mas o impacto de eventuais ações implementadas neste sentido só será efetivamente sentido a muito longo prazo, quando resultar na modificação do *habitus medicus*, bem como do imaginário docente médico.

A próxima sugestão, feita de maneira quase unânime pelos entrevistados, foi a de que é necessário formalizar o momento de entrada do docente médico na vida acadêmica, como professor, apresentando-o à instituição, sua maneira de funcionamento, esclarecendo atribuições e fornecendo recursos e ferramentas didáticas para o desempenho da função docente. Esta sugestão intenta, até onde eu percebi nas entrevistas, contornar a sensação de “cair de paraquedas” dentro da universidade e da função docente, entregue à própria sorte. Talvez seja uma tentativa de evitar aquilo que já saliente Gauthier (1998), isto é,

Pensou-se, durante muito tempo, e muitos, sem dúvida, ainda pensam

assim, que ensinar consiste apenas em transmitir um conteúdo a um grupo de alunos. [...] Nesta perspectiva, o saber necessário para ensinar se reduz unicamente ao conteúdo da disciplina. Mas quem ensina sabe muito bem que, para ensinar, é preciso muito mais do que simplesmente conhecer a matéria, mesmo que esse conhecimento seja fundamental (GAUTHIER, 1998, p. 20)

Que há muitas nuances na atividade docente que a simples excelência técnica não contempla é algo tão falado e reafirmado que talvez nem fosse necessário salientar aqui. Mas ainda, curiosamente, permanece um hiato entre a percepção e a ação no sentido de solucionar o problema evidenciado. Talvez estejamos no processo de contornar este obstáculo. Novamente Gauthier (1998) indica uma possível explicação para esta situação:

Uma das condições essenciais a toda profissão é a formalização dos saberes necessários à execução das tarefas que lhe são próprias. Ao contrário de vários outros ofícios que desenvolveram um *corpus* de saberes, o ensino tarda a refletir sobre si mesmo. Confinado ao segredo da sala de aula, ele resiste à sua própria conceitualização e mal consegue se expressar. (GAUTHIER, 1998, p. 20)

Desenvolver este *corpus* de saber próprio da docência em ensino superior é um desafio considerável mas que, lentamente, toma forma, inclusive com ações desenvolvidas dentro da própria UFSM e que já foram alvo de estudos (VASCONCELLOS, 2011). Neste sentido houve a percepção de que uma formação continuada – direcionada para os professores que já ingressaram na vida docente médica – também é desejável, mas com duas características bem ressaltadas: a de que a participação deva ser voluntária e que as questões propostas contemplem aspectos bem práticos e objetivos. Lembrando que faz parte do agir médico – conforme levantado na pesquisa – o atuar desta forma, concisa e objetiva, focado na solução de problemas – ou sintomas – pontuais, isto se coloca com toda a lógica, do ponto de vista dos docentes médicos. Isto pode ser visto como um empecilho ou uma dificuldade para quem, sendo oriundo da área de educação, se depare com o desafio de elaborar uma proposta que contribua para a formação docente médica, tarefa que, acredito, a maioria a princípio recusaria. O choque destas duas visões – destes dois imaginários, médico e sobre os médicos – poderia fazer com que o processo se tornasse tão tumultuado que possivelmente se paralisaria com a perda de interesse de parte a parte. Eu ousaria até dizer que, se assim acontecesse, os

preconceitos se tornariam ainda mais fortes porque se revestiriam de uma aura de “pós conceito” que sucederia a uma experiência falha. Seria fundamental contemplar estes aspectos e especialmente evitar

...certas ideias preconcebidas [que] prejudicam o processo de profissionalização do ensino, impedindo o desabrochar de um saber desse ofício sobre si mesmo. Ora, a tendência inversa também existe, ou seja, a de formalizar o ensino, mas reduzindo de tal forma sua complexidade que ele não mais encontra correspondente na realidade. (GAUTHIER, 1998, p. 25)

Isto posto, creio que a atuação sobre a formação médica necessita considerar que os docentes são primariamente médicos que necessitam de uma atenção em aspectos especiais da sua formação no concernente às exigências próprias à docência. E este “atuar sobre a formação dos docentes médicos”, algo que todos os entrevistados consideraram necessário, poderia ser mais facilmente atingido se tivermos em mente que

O desafio da profissionalização, com o qual, daqui para a frente, temos que nos defrontar no campo do ensino, obriga-nos a evitar esses dois erros, que são o de um ofício sem saberes e o de saberes sem ofício. É claro que basear o ensino no conhecimento do conteúdo, no 'bom senso', na experiência, na intuição no talento ou numa vasta cultura não favorece de modo algum a formalização de saberes e habilidades específicos do exercício do magistério. [...] Por outro lado, lembremos que, por mais que queiramos, não podemos identificar, no vazio, os saberes próprios ao ensino; devemos levar em conta o contexto complexo e real no qual o ensino evolui, senão os saberes isolados corresponderão à formalização de um ofício que não existe. (GAUTHIER, 1998, p. 28)

Ou seja, nem tanto ao mar, nem tanto à terra: há uma dimensão didática no ser médico que não dá conta, isoladamente, do ser docente médico e isto precisa ser considerado em qualquer ação que vier a ser implementada no sentido de melhora docente.

Uma ação implementada no sentido de dar conta das deficiências percebidas pelos docentes médicos foi implementada e relatada por Leite e Ramos (2010), da seguinte maneira:

Parcerias para partilhar saberes e fazeres
[...]

No caso da Faculdade de Medicina, a parceria teve na sua origem o

reconhecimento, pelo Gabinete de Educação Médica, da pertinência de um curso de formação pedagógico-didáctica específico para os docentes dessa faculdade. Em diálogo com o conhecimento que este gabinete tem das necessidades dos docentes, a acção foi organizada em dois módulos que contemplaram a experiência do ensino clínico, os modos de trabalho pedagógico e as questões de ensino-aprendizagem nesta área do saber.

A realização desta acção permitiu também tratar questões da profissionalidade docente no âmbito do curso de Medicina, o que evidenciou o carácter peculiar do exercício docente, no contexto desta especificidade, [mostrando] que não existe uma pedagogia universitária única, pois os modos de trabalho pedagógico configuram-se de acordo com as diversas especificidades dos campos disciplinares. (LEITE & RAMOS, 2010, p. 38-39)

O reconhecimento de que há uma abordagem própria e apropriada a cada campo disciplinar singular reforça a importância de conhecer o – ou minimamente tentar situar-se com relação aos marcos do – imaginário docente médico se quisermos que as ações sejam formativas sejam efetivas. Podemos dizer que há a necessidade de reconhecimento das culturas de áreas pra organização de projetos institucionais de formação continuada.

A necessidade de criar indicadores claros, com avaliação do desempenho docente e do impacto dos programas de formação, se efetivos ou não, também foi colocada dentre as sugestões apresentadas pelos sujeitos de pesquisa. Esta ideia, embora possa parecer um tanto descabida para alguns, é coerente com a forma médica de ver as coisas: a eficácia de um medicamento ou de um determinado procedimento é avaliada a partir de um desfecho previamente estipulado. Consequentemente uma intervenção sobre a formação médica deveria supor uma determinada melhora ou incremento mensurável na atividade docente. Estipular estes indicadores ou discutir a maneira como isto seria feito certamente daria uma outra tese, inscrita dentro desta pesquisa que agora luto para concluir. Mas, certamente, foge do escopo neste momento.

Uma última sugestão foi a de que os docentes iniciantes poderiam ser tutorados por um docente mais experiente, atuante na mesma área, por um período equivalente ao estágio probatório. Novamente o *habitus* em ação: uma experiência tão estruturante como o passar por uma residência médica ensina que um acompanhamento próximo de um colega mais experiente certamente diminui angústias e permite um melhor desenvolvimento das habilidades necessárias ao adequado exercício da função docente, inclusive médica.

Em conjunto estas sugestões, se implementadas dentro da perspectiva de que há um *habitus medicus* atuante em todos os docentes médicos, quer eles queiram ou não, estejam eles conscientes disto ou não, poderiam impactar grandemente na forma como se encara a formação médica hoje, tanto na nossa escola, da UFSM, quanto no cenário brasileiro. A implicação da percepção da existência de um *habitus medicus* atuante grupo de docentes médicos envolvidos nesta pesquisa para a implementação de ações futuras assume uma importância enorme se considerarmos uma observação do próprio Bourdieu:

Enquanto ignorarmos o verdadeiro princípio desta orquestração sem maestro que confere regularidade, unidade e sistematicidade às práticas de um grupo ou de uma classe, e isto na ausência de qualquer organização espontânea ou imposta dos projetos individuais, nos condenamos ao artificialismo ingênuo que não reconhece outro princípio unificador da ação ordinária ou extraordinária e um grupo ou de uma classe senão o da montagem consciente e meditada do complô. (BOURDIEU, 2003, p. 59)

Antes de encerrar esta discussão, e por consequência a Tese em si, permanece a questão de o quanto o que foi produzido aqui é relevante no contexto da Área da Educação e do Ensino Médico. Seriam as possibilidades por mim aventadas capazes de contribuir com algo além do curso médico da UFSM? A princípio, se formos seguir a rigorosidade científica e metodológica, os achados evidenciados, as inferências, discussões, conclusões e sugestões referem-se exclusivamente ao grupo de sujeitos de pesquisa que esta tese contempla. Não sendo este um trabalho de cunho quantitativo não posso caracterizar o conjunto de sujeitos de pesquisa como uma “amostra”, portanto as conclusões não são imediatamente generalizáveis para a totalidade dos professores médicos deste curso, quanto mais do Brasil. Mas muito do que foi dito e percebido, tenho certeza, soa conhecido ou plausível aos ouvidos de quem está envolvido com o cenário da educação superior em geral e da educação médica em particular. Correndo o risco de soar muito pretensioso, diria que há grandes possibilidades de transformação ao se abordar questões com o olhar do imaginário. Longe de cair num relativismo absoluto, se é que se pode dizer assim, procurar entender a forma como os imaginários são constituídos, especialmente a ideia de que um *habitus* orienta este processo, possibilita um exercício de alteridade e compreensão dos sujeitos que é

riquíssimo. Afirmando isto sem a ideia de que desta forma se vá abarcar a totalidade dos sujeitos ou dos problemas propostos. Mas o faço com a certeza de que adotar esta perspectiva, como o fiz durante a realização desta pesquisa, enriquece enormemente quem o faz e o modifica de forma irremediável.

Que venham novos desafios.

7 REFERÊNCIAS

BASSI, L. A. P. **Como o Professor Médico Percebe a Sua Formação ao Longo da Trajetória: Em Busca das Marcas Constituintes do Processo de Formação Docente**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2006. Disponível em <www.ufsm.br/ppge/diss_luisbassi_06.pdf>. Acessado em 28 de Agosto de 2012 às 09 h e 37 min

BATISTA, N. A.; DA SILVA, S.H.S. **O Professor de Medicina: Conhecimento, Experiência e Formação**. 2 e.d. São Paulo, SP: Edições Loyola, 2001.

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003.

BERWANGER, O.; FIGUEIRÓ, M. F. Fontes de Evidência em Farmacologia Clínica. in FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica: Fundamentos da Terapêutica Racional**. 4. ed. Rio de Janeiro, RJ, Editora Guanabara Koogan, 2010.

BOLTANSKI, L.; Usos Fracos e Usos Intensos do *Habitus*. In ENCREVÉ, P; LAGRAVE, R.M.: **Trabalhar com Bourdieu**. Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 2005. (p. 155-163)

BOLZAN, D.P.V. Formação Permanente e Conhecimento Pedagógico Compartilhado: Possibilidades na Docência Universitária. In ISAIA, S.M.A.; BOLZAN, D.P.V.; MACIEL, A.M.R. **Pedagogia Universitária: Tecendo Redes Sobre A Educação Superior**. Editora UFSM, Santa Maria, RS, 2009. (p. 131-147)

BOURDIEU, P. Os três estados do capital cultural. In Nogueira, M.A. & Catani, A. (org) **Escritos de Educação**, 8^a. Ed, Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1998. (p. 71-79)

_____. Trabalhos e Projetos. In ORTIZ, R. (org). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo, Editora Olho D'água, 2003. (p. 34-38).

_____. Esboço de Uma Teoria da Prática. In ORTIZ, R. (org). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo, Editora Olho D'água, 2003. (p. 39-72).

_____. Gostos de Classe e Estilos de Vida. In ORTIZ, R. (org). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo, Editora Olho D'água, 2003. (p. 73-111)

_____. **A economia das trocas simbólicas**. 6^a Ed São Paulo, Editora Perspectiva, 2007.

CASTORIADIS, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1982.

_____. **Sujeito e Verdade no mundo social-histórico**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: **Código de Ética Médica**. Disponível em <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acessado em 21 de Janeiro de 2015, às 09 horas 00 min.

DA CUNHA, M.I.: **Trajetórias e Lugares de Formação da Docência Universitária**: da perspectiva individual ao espaço institucional. São Paulo, Junqueira e Marin Editores, 2010.

DA SILVA, J.M.: **As Tecnologias do Imaginário**. 2 ed. Porto Alegre, RS. Editora Sulina, 2006.

DOCKHORN, M.; COELHO, L. O. V.: Reforma Curricular: Histórico dos Currículos de Nosso Curso. In LAMPERT, J. B.: **40 Anos de Curso de Medicina em Santa Maria 1954-1994. Depoimentos Históricos**. Santa Maria, Editora da UFSM, 1997. (p. 175-182).

FLICK, U. **Introdução À Pesquisa Qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2009.

FEUERWERKER, L.: **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica**: Processos e Resultados. São Paulo, Editora HUCITEC, 2002.

GAUTHIER, C. Et al: **Por Uma Teoria da Pedagogia**: Pesquisas Contemporâneas sobre o Saber Docente. Ijuí, RS, Editora UNIJUI, 1998.

GONÇALVES, E. L. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 01, p. 20-26, jan./abr. 2001.

ISAIA, S. M. A. Formação Docente e Trajetórias. in MOROSINI M. C. (org.) **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003.

_____ Formação do Professor do Ensino Superior: tramas na tessitura. In: MOROSINI M. C. (org.): **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003. (p. 241-251).

_____ Formação do docente de Instituições de Ensino Superior In: MOROSINI M. C. (org.): **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003. (p. 368-375).

LEITE, C.; RAMOS, K. Questões da Formação Pedagógica-Didáctica na Sua Relação com a Professoralidade Docente Universitária: Alguns Pontos para Debate. In LEITE, C. (org) **Sentidos da Pedagogia no Ensino Superior**. LEGIS Editora, Porto, Portugal, 2010. (p.29-43)

LOPES, O.C. **A Medicina e Sua História**. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1969.

LUKE, H. **Medical Education and Sociology of Medical Habitus**: "It's not about the Stethoscope!". Kluwer Academic Publishers, New York, 2003.

LYONS, A.S. & PETRUCELLI, R.J. **História da Medicina**. Editora Manole, São Paulo, SP, 1997

MARCELO-GARCÍA, C. **Formación del Profesorado para el Câmbio Educativo**. Barcelona, EUB, 1999.

MARINS, J. J. Formação Médica e o Processo de Trabalho - Convite à Construção de Novas Propostas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 01, p. 03-04, jan./abr. 2003.

MASETTO, M. **Docência na Universidade**. Campinas, Papirus, 2000.

MEC. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>>, acessado em 08 de Abril de 2015, às 15 h e 35 min

MORAES, R. Uma Experiência de Pesquisa Coletiva: Introdução à Análise de Conteúdo. In: GRILLO, M. C. & MEDEIROS, M. F. **A Construção do Conhecimento e Sua Mediação Pedagógica**. Porto Alegre, EDIPUCRS, 1998. (p. 111-130).

_____ Uma Tempestade de Luz: A Compreensão Possibilitada Pela Análise Textual Discursiva. **Ciência & Educação**, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003

MOREIRA, S. N. T. et al: Processo de Significação de Estudantes do Curso de Medicina diante da Escolha Profissional e das Experiências Vividas no Cotidiano Acadêmico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 30, n. 02, p. 14-19, 2006.

OLIVEIRA, V. F. Professor universitário: saberes acadêmicos e demandas profissionais. In: MOROSINI M. C. (org.): **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003. (p. 253-261)

PIMENTA, S. G. & ANASTASIOU, L. G. C.: **Docência no ensino superior**. São Paulo, SP: Cortez Editora, 2002.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, SP, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

REGO, S. Tempo de Ação para a Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 28, n. 01, p. 03-06, jan./abr. 2002.

RODRIGUES, M.B.F. (org.) **Exercícios de Indiciarismo**. Vitória, ES: Editora da Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.

SÁ, M. R. C. A Modernidade Desencantada, a Crise da Medicina e o Imaginário Institucional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 24, n. 03, p. 46-52, out./dez. 2000.

SACKETT, D. et al. **Medicina Baseada em Evidências: Prática e Ensino**. 2 ed. Porto Alegre, RS. ARTMED, 2003.

SANTOS, M. A. A. A Formação do Professor de Medicina como “Intelectual”: Uma Análise Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 35, n04, p 544-549, 2011.

SETTON, M. G. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, p. 60-70, Mai/Jun/Jul/Ago 2002

SILVERMAN, D. **Interpretação de Dados Qualitativos: Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações**. 3 Ed. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2009.

SOBRAL, D. T. Fatores de Influência na Escolha de Carreira de Docentes Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 26, n01, p 39-46, jan./abr. 2002

SOUZA MELO, J.M. **A Medicina e Sua História**. Editora EPUC, Rio de Janeiro, RJ, 1989.

STELLA, R. C. R. Conquista e Desafios. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 25, n. 03, p. 05-06, set./dez. 2001.

TRINDADE, L. M. D. F; VIEIRA, M. J.: Curso de Medicina: motivações e expectativas de estudantes iniciantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 04, p. 542-554, 2009.

VASCONCELLOS, V.A.S. **Pedagogia Universitária: O Programa CICLUS e as Significações Imaginárias na Formação Continuada de Professores Universitários**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2011. Disponível em http://cascavel.ufsm.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3819. Acessado em 20 de Fevereiro de 2015, às 11 h e 00 min.

VIEIRA, J. E.; LOPES JÚNIOR, A.; BASILE, M. A.; MARTINS, M. A. M. Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos Alunos da Universidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 27, n. 02, p. 96-103, maio/ago 2003.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas**. Porto Alegre, ARTMED, 2004.

8 ANEXOS

8.1 Anexo 1 – Roteiro de entrevista semiestruturada

O Roteiro de Entrevistas inclui questões sobre a formação pessoal do docente médico nas suas múltiplas dimensões, isto é, como pessoa, como médico e como docente.

1. O fato de querer ser médico está relacionado com o que em sua vida? Algum acontecimento marcante determinou esta escolha?
2. Como sua família viu a sua opção por tornar-se médico à época da sua decisão?
3. E como seus amigos e conhecidos viram isso?
4. Em que situação você decidiu entrar para a docência médica? Foi uma escolha deliberada ou uma associação fortuita de oportunidades?
5. Existe alguma diferença ou semelhança entre o jeito de ser de professores médicos e profissionais médicos não envolvidos com a docência?
6. Hoje você se considera mais médico, mais docente médico ou ambas as coisas em igual proporção?
7. Como se deu sua trajetória constitutiva do docente que hoje você é. O que leu? Onde buscou informações?
8. Há, na sua concepção, alguma atitude ou política insitucional que deveria ser adotada no sentido de melhorar a formação docente médica?

8.2 Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE EDUCAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Título do Projeto: Imaginário Docente Médico: O Papel do Habitus Medicus na sua Construção

Pesquisadora responsável: Prof^a. PhD. Valeska Fortes de Oliveira

Autor: Luis Augusto Peukert Bassi

Instituição/Departamento: PPGE/CE/UFSM

Telefone para contato: (55) 9989 2077

Endereço: CE/UFSM - Sala 3341-A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, e acieto participar da pesquisa "Imaginário Docente Médico: O Papel do Habitus Medicus na sua Construção", de autoria de Luis Augusto Peukert Bassi, que tem como objetivo acessar as concepções de um grupo de professores do Curso de Medicina da UFSM a respeito da existência de um habitus medicus bem como da eventual participação deste na constituição de um imaginário médico.

A justificativa para a realização desta pesquisa consiste na necessidade de elaboração de uma Tese de Doutorado no Programa de Pós Graduação em Educação pelo autor.

A presente pesquisa não envolve nenhum tipo de benefício direto ao participante, entretanto a partir dos resultados obtidos e da discussão dos mesmos poderão ser implementadas novas abordagens concernentes à formação docente e discente no âmbito do curso de Graduação em Medicina, bem como colaborar com novas pesquisas no campo da formação docente médica a partir da introdução do conceito de habitus medicus como dispositivo estruturante do ser médico. Ressalta-se que a participação pode causar algum tipo de desconforto ao participante quando este refletir sobre a sua forma de atuar na docência bem como sobre a sua formação como médico. Caso isso aconteça o participante poderá interromper a entrevista e optar por retomá-la ou não, conforme desejar.

A coleta de dados se dará a partir da realização de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas serão orais e individuais e deverão ser gravadas, para que não se percam nenhum elemento das conversas com os professores. Após a realização e transcrição das entrevistas, o conteúdo destas será entregue aos entrevistados para que façam a revisão do texto e, caso achem necessário, sugiram alterações. Após esta etapa as entrevistas serão submetidas à análise de conteúdo, a partir da qual construir-se-ão as categorias para análise.

As informações obtidas serão utilizadas única e exclusivamente para esta pesquisa, sendo acessadas somente pelo autor e/ou pesquisadora, estando sob a responsabilidade dos mesmos eventuais danos ocasionados por eventual extravio ou vazamento de informações confidenciais. O anonimato das colaboradoras envolvidas será preservado em qualquer circunstância, o que envolve

todas as atividades ou materiais escritos que se originarem desta pesquisa. Os dados coletados serão guardados pelo Autor, na sala 3341-A, do Prédio 16, Centro de Educação, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizado na Avenida Roraima, Cidade Universitária. Após um período de cinco anos os mesmos serão incinerados.

Fui igualmente informado(a) que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas e perguntas que desejar fazer acerca dos assuntos referentes ao desenvolvimento desta pesquisa;
- A qualquer momento retirar meu consentimento e deixar de participar do estudo sem constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não ter minha identidade revelada em momento algum da pesquisa;
- O autor desta investigação se compromete a seguir o que consta na Resolução nº 466/2012 sobre pesquisas em seres humanos;
- Minha participação é isenta de despesas e minha assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, _____, de _____, de 2014.

Assinatura e RG do Participante

Luis Augusto Peukert Bassi

Autor

Valeska Fortes de Oliveira

Orientadora

Para maiores informações:

Doutorando em Educação Luis Augusto Peukert Bassi. Tel: (55) 3307 6947; Cel (55) 9989 2077; e-mail: gutobassi@hotmail.com

8.3 Anexo 3 – Termo de confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Imaginário Docente Médico: O Papel do Habitus Medicus na sua Construção

Pesquisadora responsável: Prof^a. PhD. Valeska Fortes de Oliveira

Autor: Luis Augusto Peukert Bassi

Instituição/Departamento: PPGE/CE/UFSM

Telefone para contato: (55) 9989 2077

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados através de entrevistas semi estruturadas gravadas em áudio. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM, no Centro de Educação, na Sala 3341A, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável. Após este período, os dados serão destruídos.

Santa Maria, ____ de _____ de 20 ____.

Valeska Fortes de Oliveira - CI 3013717446

Luis Augusto Peukert Bassi - CI 7039015396