

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

**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

LUIS AUGUSTO PEUKERT BASSI

SANTA MARIA, RS, BRASIL

2006

**COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA
FORMAÇÃO AO LONGO DA TRAJETÓRIA: EM BUSCA DAS
MARCAS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO
DOCENTE**

por

Luis Augusto Peukert Bassi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Educação, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM – RS) como
requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Educação**

Orientadora: Prof^a Dr^a Sílvia Maria de Aguiar Isaia

Santa Maria, RS, Brasil

2006

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

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA FORMAÇÃO AO
LONGO DA TRAJETÓRIA: EM BUSCA DAS MARCAS
CONSTITUINTES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOCENTE**

elaborada por
Luis Augusto Peukert Bassi

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

COMISSÃO EXAMINADORA

**Sílvia Maria de Aguiar Isaia, Doutora
(Orientadora) UFSM – RS**

Léa das Graças Anastasiou, Doutora (UNOESC – SC)

Valeska Fortes de Oliveira, Doutora (UFSM – RS)

Dóris Pires Vargas Bolzan, Doutora (UFSM – RS)

Santa Maria, 27 de março de 2006

Agradeço à Coordenação do Curso de Medicina,
na figura da Profa. Lérís Haeffner,
e ao Departamento de Clínica Médica,
na figura do Prof. Marcos Cauduro Troian,
por terem apoiado de forma clara
e com medidas práticas
a minha decisão de realizar este mestrado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação
do Centro de Educação
por ter aceito que um professor “estranho”
freqüentasse seus corredores
e fosse tão bem recebido.

Agradeço aos professores
do Programa de Pós-Graduação
que tantas vezes tiveram que agüentar
minhas piadas
e minhas inquietações
e que souberam fazer isto parecer divertido.

Agradeço aos meus sujeitos de pesquisa,
que por uma questão ética
tenho que manter anônimos,
pela generosidade
em compartilhar comigo
experiências, impressões e sentimentos
tão íntimos.

Agradeço à minha orientadora,
Prof^a Dr^a Sílvia Maria de Aguiar Isaia
que ao adotar este mestrando jamais imaginava
que ele seria tão rebelde, auto-suficiente e orgulhoso...
nem que seria tão divertido trabalharmos juntos.

E agradeço à Márcia
que soube manter a calma e me dizer
milhares de vezes:
“Calma amor, não é bem assim...”
cada vez que eu disse
“Acho que não sirvo para isso
e vou largar esse mestrado!!!”.

***“Há tantos quadros na parede
Há tantas formas de se ver o mesmo quadro.
Há tanta gente pelas ruas
Há tantas ruas e nenhuma é igual à outra.
Ninguém é igual a ninguém.
Me espanta é que tanta gente
Sinta, se é que sente,
A mesma indiferença...”
(Humberto Gessinger)***

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Educação
Universidade Federal de Santa Maria

COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA FORMAÇÃO AO LONGO DA TRAJETÓRIA: EM BUSCA DAS MARCAS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOCENTE

Autor: Luis Augusto Peukert Bassi

Orientadora: Sílvia Maria de Aguiar Isaia

Data e Local de Defesa: Santa Maria, 27 de março de 2006.

O presente estudo está ligado à Linha de Pesquisa: Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional. Seu objetivo é acessar as percepções de um grupo de professores médicos, da Universidade Federal de Santa Maria, em relação ao processo de formação docente. Como já é sabido da literatura 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. Com a intenção de perceber quais são as marcas constituintes deste processo, este estudo de cunho qualitativo e de viés narrativo, baseou-se em auto-reconstruções biográficas complementadas por entrevistas narrativas realizadas com cinco professores do curso médico da UFSM, sendo um representante de cada um dos cinco grandes departamentos implicados no curso de medicina. Da análise de conteúdo deste material emergiram cinco categorias: (1) Professores médicos também são pessoas; (2) Ser médico(a); (3) Ser professor(a) de medicina; (4) Ser professor(a) de medicina é diferente de ser médico(a); (5) A reforma curricular na UFSM. As conclusões do estudo, que não diferem substancialmente da literatura, mostram que os professores optaram inicialmente por medicina, com um grande apoio familiar para tal, sendo a docência uma opção secundária. A entrada destes professores na carreira docente, na sua maioria, deu-se por influência de professores mais antigos, cujos modelos foram inicialmente copiados e adotados como referências por não terem estes professores formação didática inicial, que por sinal nunca foi cobrada, valorizada ou oferecida pela instituição. O aperfeiçoamento nesta área, bem como o estudo de teorias e técnicas de ensino aconteceram apenas no momento em que estes indivíduos investiram nas suas pós-graduações (mestrados ou doutorados) quando tiveram acesso a material escrito e profissionais da área de educação. Por fim o trabalho traz à luz algumas das concepções e impressões dos professores sobre a reforma curricular do curso de medicina da UFSM, especialmente a de que a reforma é necessária, está sendo bem conduzida, mas necessita de uma atenção constante a fim de evitar que a adoção de velhos hábitos dentro da instituição façam a proposta fracassar. Um último achado foi surpreendente: ao contrário do que prega o senso comum professores de diferentes áreas técnicas não tiveram opiniões ou posições realmente diferentes sobre os diversos aspectos do ser professor, o que acaba por reforçar a necessidade de desenvolvimento de uma identidade de professor médico em detrimento de uma mais antiga, voltada para a atuação em uma determinada área específica. .

Palavras chave: Educação Médica; Professor de Ensino Superior; Trajetórias de Formação Docente

ABSTRACT

Master Thesis
Post Graduate Program in Education
Santa Maria Federal University

HOW THE MEDICAL PROFESSOR PERCEIVES HIS EDUCATIONAL PROCESS THROUGHOUT THE COURSE: IN SEARCH OF MARKS THAT MAKE UP THE EDUCATIONAL PROCESS FOR PROFESSORS

Author: Luis Augusto Peukert Bassi

Advisor: Sílvia Maria de Aguiar Isaia

Date and Place of the Defense: Santa Maria, March 27, 2006.

The present study is linked to a research line: Formation, Knowledges and Professional Development. Their aim is to gain access to the perceptions of a group of medical professors at the Federal University of Santa Maria in regard to their educational process. As is well known in the literature, one of the main characteristics of university professors is that they were selected to teach in a specific area, and their technical competence in this area is almost exclusively the basis for their selection. The teaching dimension is, almost always, relegated to a less important plane, considered much more as a natural ability that each one possesses, rather than a skill that can, and should, be perfected. Medical professors are not an exception to this rule. Most complete their course in constant interaction with students, colleagues, the institution where they work and the social group of which they make part. With the intention of identifying the constituent marks of this process, this study is based on auto-biographical reconstructions, complemented by narrative interviews carried out with five professors from the medical school of the Federal University of Santa Maria, each one of the five representing one of five main departments of the medical school. From the Analysis Content emerge five categories: (1) Medical professors are persons, too; (2) To be a physician; (3) To be a medical professor; (4) To be a medical professor is different than to be a physician and (5) The curricular reform in the Federal University of Santa Maria. The conclusions of the study, which do not differ greatly from those found in the literature, show that the professors initially chose to study medicine, with great support of this choice from their families, and as a second choice, chose a teaching career. The choice to become professors, in most cases, came about from the influence of older professors, whose teaching models were initially copied and adopted as references, being that there was no teacher education offered, nor was it ever demanded or valued by the institution. Improvement in this area, as well as the study of teaching theory and techniques was only effectuated at the moment that these individuals began post-graduate work, where they had access to material written by professionals in the area of education. To conclude, the work brings to light some conceptions and impressions of these professors as to the curricular reform of the course of medicine at the Federal University of Santa Maria, specially that it is necessary, it is well conducted but it needs a constant attention with the intent that old habits of the institution do not lead the proposal to an end. One last finding was that despiting their original area, most of the subjects impressions was very similar, sugesting that it is necessary to think about the development of the "professorality", a common identity to the professors.

Key Words: Medical Education; University Professor; Professor Formation Process.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. CONSTRUINDO A PESQUISA	
2.1) A percepção do problema	04
2.2) As questões de pesquisa	11
2.3) Dar voz aos professores	13
2.4) A auto-reconstrução e a entrevista narrativa	15
2.5) A análise de conteúdo	19
2.6) Uma pausa poética	20
2.7) Quem são os sujeitos de pesquisa?	21
3. A TRAJETÓRIA DO ENSINO MÉDICO	
3.1) Ensino médico no mundo	26
3.2) Ensino médico no Brasil	37
3.3) Ensino médico em Santa Maria	39
3.4) A formação do professor médico	50
4. O QUE DIZEM OS PROFESSORES MÉDICOS DA UFSM	
4.1) Apresentando as categorias	60
4.2) Professores médicos também são pessoas	
4.2.1) A vida pessoal interfere na vida profissional?	63
4.2.2) A vida profissional interfere na vida pessoal?	66
4.3) Ser médico(a)	
4.3.1) Por que ser médico(a)?	68
4.3.2) Existe mesmo esse tal dom?	72
4.4) Ser professor de medicina	
4.4.1) Desde quando se quer ser professor?	74
4.4.2) Por que ser professor de medicina?	77
4.4.3) E o que faz (ou deve fazer) um professor de medicina?	81
4.5) Ser professor de medicina é diferente de ser médico	
4.5.1) Saber fazer é saber ensinar a fazer?	89
4.5.2) Quem ajuda um professor a ser professor?	92
4.5.3) E quem (ou o que) atrapalha ou interfere?	94
4.5.4) Aonde se aprende a ser professor?	99
4.5.5) Ser professor é menos do que ser médico?	102

4.6) A reforma curricular na UFSM	
4.6.1) Qual o impacto de uma reforma curricular?	106
4.6.2) Uma reforma curricular é diferente de outra?	111
4.6.3) Novos professores são reformistas?	113
4.6.4) Para onde vai a reforma curricular?	115
5. ALGUMAS POSSÍVEIS RESPOSTAS (E, CLARO, MAIS ALGUMAS PERGUNTAS)	117
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	127
7. ANEXOS	
7.1) ANEXO A – Roteiro para orientação da auto reconstrução biográfica	135
7.2) ANEXO B – Termo de consentimento informado	136

1. INTRODUÇÃO:

Este estudo insere-se na linha de Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional do Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação da Universidade Federal de Santa Maria, dentro do Tema de Trajetórias de Formação Docente, abordando a temática de como o professor médico se constitui professor ao longo de sua trajetória docente.

Não se trata de um trabalho solto, desvinculado da figura do seu autor. Sou professor médico também e por isso estou igualmente imerso no mesmo universo dos meus sujeitos de pesquisa. Embora tenha menos tempo de universidade do que eles, sou também parte do processo dinâmico que é a vida de um professor de ensino superior. Aliás, “dinâmica”, “movimento” e “trajetória” são palavras que muito são usadas ao longo desta dissertação. E se uma delas tivesse que ser destacada como a mais relevante, sem dúvida seria “trajetória”. Algumas pessoas que leram o título por mim escolhido acharam que este devesse ser não “COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA FORMAÇÃO AO LONGO DA TRAJETÓRIA: EM BUSCA DAS MARCAS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOCENTE” mas sim “COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA FORMAÇÃO AO LONGO DA **SUA** TRAJETÓRIA: EM BUSCA DAS MARCAS CONSTITUINTES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO DOCENTE. Acho que uma pequena explicação sobre esta minha escolha se faz necessária: a tônica, como já disse, será a trajetória; a trajetória do professor, certamente, mas não vista de uma forma isolada. Não existe, se pensarmos um pouquinho, uma trajetória exclusiva do professor. É inerente ao ser professor o interagir com colegas, alunos, instituição, sociedade organizada ou desorganizada. E cada um destes atores e cenários têm também uma trajetória própria, relacionando-se dialeticamente. Tentar enxergar o professor como um indivíduo isolado, responsável apenas pela sua trajetória seria um reducionismo artificial e falacioso. Considero ser necessário desvelar o máximo possível do entorno do professor, trazendo à luz tantos fatores quantos se conseguir que possam ter influência na sua trajetória de formação. Este processo exige que se considere também as trajetórias institucional, pessoal, profissional. E, claro, também a minha, já que realizando a pesquisa e escrevendo a dissertação estou, o tempo todo, dialogando com as idéias, conceitos, pré-conceitos e concepções dos sujeitos de pesquisa.

Esta idéia de estar imerso no mesmo universo dos sujeitos de pesquisa tem também um outro argumento forte a seu favor: eu também fiz minha auto-reconstrução, nos mesmos moldes do realizado pelos docentes da UFSM que participam deste trabalho. Eu experimentei o método, portanto conheço muitas das dificuldades em realizar a tarefa a contento. Igualmente experimentei algumas das sensações, angústias e preocupações idênticas às lembradas por eles. Isto, sem dúvida, aproximou muito mais a minha percepção de como se dá o processo de reconstrução via memória e ajudou a organizar minhas idéias na hora de começar a escrever a dissertação. E me deixou ainda mais próximo dos colegas, se é que isso é possível.

Por tudo isso permito-me não seguir uma recomendação da UFSM com relação à elaboração de Monografias, Dissertações e Teses (MDT). No âmbito dos trabalhos realizados nesta instituição “aconselha-se que o texto da MDT seja redigido, preferencialmente, no estilo impessoal”. (UFSM, 2005, p. 21). Fazê-lo seria não só uma tarefa difícil como, considerando a minha imersão no tema, artificial. A própria metodologia utilizada, qualitativa e não quantitativa, favorece esta aproximação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa. No caso específico desta dissertação hoje não consigo mais saber o que é do pesquisador e o que é dos participantes. Os dois campos se entrelaçaram de tal maneira que passaram a fazer igualmente parte da minha trajetória. E falar disto tudo de uma maneira impessoal seria tão caricato e risível como ouvir um jogador de futebol falando de si mesmo na terceira pessoa.

Esclarecido estes pontos iniciais, passo a explicitar a forma como este trabalho está organizado. A dissertação está estruturada em quatro grandes partes, cada uma composta de algumas subdivisões:

A primeira parte refere-se à forma como a pesquisa foi construída, partindo da minha própria trajetória, aliando-a às minhas percepções ao tempo do início do trabalho. A seguir há a enumeração das questões de pesquisa bem como uma pequena digressão sobre a escolha do método utilizado para realizá-la, assim como a explicitação dos instrumentos utilizados. Por último faço alguns comentários com relação aos sujeitos de pesquisa, destacando duas características que a meu ver devem ser levadas em conta: o gênero e o grau de formação dos professores que fizeram parte do estudo.

A segunda parte consiste em uma explicitação da trajetória do ensino médico no

mundo, no Brasil e em Santa Maria. Usando estas trajetórias como pano-de-fundo, encerro este tópico com uma revisão sobre a formação do professor médico como profissional docente de ensino superior.

A terceira parte é a pesquisa propriamente dita, onde passo a dar voz aos professores da UFSM. Neste momento há uma tentativa de tramar o que dizem os docentes com meus próprios conceitos e com o encontrado na literatura pertinente. A fim de organizar a abordagem dos diferentes aspectos encontrados no todo do material coletado, adoto a estratégia de explicitar as categorias encontradas no *corpus* da análise e utilizar perguntas orientadoras como guias para a discussão propriamente dita.

A quarta e última parte consiste em um fechamento do trabalho, uma retomada das principais características dos achados da pesquisa. Associado a isto, faço uma tentativa de sugerir novos – alguns não tão novos, obviamente – questionamentos sobre a função docente e, quando dentro da minha capacidade, discuto possíveis rumos para a escola médica de Santa Maria.

Em síntese esta é a estrutura da presente dissertação. Fazê-la foi um prazer, antes de tudo. Mergulhar no universo conceitual dos outros, apropriar-se das visões alheias, colocar-se no lugar dos colegas, identificar-se com outros sujeitos é uma experiência assaz enriquecedora. E, quem sabe, alguma contribuição prática, alguma atitude a ser adotada futuramente possa se servir deste estudo como uma pequena contribuição para a melhoria da educação médica na nossa escola e – por que não? – no Brasil.

1. CONSTRUINDO A PESQUISA

2.1) A percepção do problema

Admite-se hoje que a medicina é uma profissão muito antiga. Muitos historiadores da medicina (LOPES, 1970; LYONS & PETRUCCELLI, 1997; PORTER 2001) sugerem que o seu aparecimento é simultâneo à agregação dos primeiros homínídeos em hordas, remontando ao período neolítico, confundindo-se, portanto, com a própria história da espécie humana. A explicação para sua existência desde tempos tão remotos é que a medicina surgiu como uma das facetas do sentimento de solidariedade presente entre os humanos, da própria vontade de ajudar, do impulso de aliviar o sofrimento de outros semelhantes. Daí a afirmação de que a medicina, vista desta forma, surgiu antes de existirem médicos ou médicas que centralizassem os conhecimentos próprios da profissão. A fim de garantir que técnicas e métodos eficientes, já conhecidos, testados e aprovados fossem empregados corretamente, desde muito tempo surgiu a percepção da necessidade de transmissão destes conhecimentos de geração a geração de médicos. Pode-se então dizer que a profissão médica carrega consigo, ao longo da sua história, uma certa dimensão didática. Em textos tão remotos quanto o Juramento de Hipócrates – provavelmente oriundo do século V a.C. – a referência ao ato de ensinar já é explícita. Mesmo antes da constituição das universidades, muito antes da adoção do paradigma científico como norteador da atuação médica ou mesmo da associação de indivíduos para formar escolas havia já a figura do médico que ensina.

Contemporaneamente os médicos se formam dentro do ambiente universitário, sendo esta uma exigência até do ponto de vista legal. Quem exerce atividade médica sem ter um grau de médico conferido por uma instituição de ensino superior incorre em exercício ilegal da medicina, com todas as implicações daí advindas. O fato de a formação médica ter sido assumida por instituições de ensino superior, entretanto, não mudou substancialmente a forma como os médicos são formados, ao menos do ponto de vista de quem os forma. Há muito tempo existe a idéia de que um bom médico é, por consequência, um bom professor de medicina. Mesmo admitindo tacitamente que o conhecimento técnico é fundamental para o exercício de qualquer profissão muitos autores que estudam o ensino superior (MARCELO-GARCIA 1997; MASSETTO 2000; ZABALZA 2004) afirmam que, isoladamente, este

conhecimento não garante um bom desempenho por parte do indivíduo que tem a função de professor. Dito de outra forma, um sólido conhecimento da sua área específica não garante que o indivíduo venha a desempenhar bem o papel de professor; há também a necessidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento de habilidades didáticas e pedagógicas. Avanços recentes no sentido de propiciar uma melhor formação neste campo aos professores médicos têm acontecido, mas a maioria dos professores que hoje exercem sua função docente dentro das escolas médicas – inclusive da Universidade Federal de Santa Maria – não têm um referencial didático-pedagógico formal, agindo de forma intuitiva e empírica (ISAIA, 2003; OLIVEIRA, 2003). A maioria dos professores médicos não tem qualquer formação que não aquela que contempla os aspectos estritamente técnicos da profissão, configurando uma verdadeira “professoralidade especializada e isolada” (OLIVEIRA, 2003, p. 254). Mais do que isso, a não preparação para o magistério superior não parece ser uma preocupação importante entre a maior parte dos docentes médicos.

Seriam os professores médicos então indivíduos irresponsáveis já que exercem uma atividade sem estar devidamente preparados para tal? Esta não parece ser uma acusação justa. Existem bons professores nos cursos médicos, considerando-se que um bom professor é aquele que motiva os alunos e estabelece com eles um vínculo de confiança que favorece ao estudo e à aquisição de conhecimentos. Mas como esses médicos se constituem professores? Como um médico se torna docente? O que motiva um médico, representante de uma profissão socialmente tão bem aceita, a investir tempo, dinheiro e esforço para dedicar-se a outra profissão tida como não tão importante? E o que faz com que o médico consiga manter-se na ativa como docente? Que estratégias ele adota? O que usa para motivar os alunos? De onde tem as idéias para trabalhar os conteúdos? Com quem aprende a lecionar? Com quem tira suas dúvidas, divide suas angústias, discute os seus erros? Com quem reparte os seus acertos? Em que espaço, dentro da escola médica, os docentes trocam experiências? Enfim, como o professor médico se constitui professor ao longo de sua trajetória docente? Todas estas questões surgiram ao longo da minha trajetória inúmeras vezes. E muito da elaboração desta dissertação consiste numa tentativa de respondê-las.

O número de publicações que enfocam o ensino superior é elevado. Muitos

autores (MARCELO GARCIA, 1999; IMBERNÓN, 2001; FEUERWERKER, 2003 ZABALZA, 2004) colocam a figura do professor como central na condução do processo de ensino-aprendizagem bem como na implementação das reformas e transformações que se fazem necessárias no ensino superior. Se, por outro lado, enfocar-se a temática do professor-médico, o panorama muda bastante. Nos últimos anos observa-se um aumento significativo no número de publicações na área da educação médica. Entretanto a maioria destas publicações (LANE, 2000; MAMEDE, 2001; LAMPERT, 2002; ZANOLLI, 2004; GODFREY, 2004; DA SILVA, 2004) enfoca as transformações sofridas pelas escolas ou então relata experiências com novas metodologias ou técnicas pedagógicas, dando maior importância ao

desenvolvimento de materiais didáticos e na incorporação de determinadas técnicas pedagógicas, do que uma análise crítica das concepções pedagógicas predominantes nas escolas médicas ou a incorporação dos conceitos atuais para a educação de adultos. (FEUERWERKER, 2002, p. 24).

A figura do professor médico, tanto nos seus aspectos estritamente profissionais quanto nos da sua trajetória pessoal praticamente não aparece nestes estudos. Em sua dissertação de mestrado TAMOSAUSKAS (2003) faz uma extensa revisão da literatura, deixando claramente em evidência que o professor de ensino superior em geral e o de medicina em particular são figuras negligenciadas quando se considera o todo dos estudos realizados no Brasil.

Entender quem é este professor não é um esforço simples, empreendido em uma só direção ou enfocando aspectos isolados da sua vivência. Há uma lógica dinâmica por trás de toda a trajetória do indivíduo que se constitui docente. E talvez, inicialmente, seja necessário começar clareando alguns conceitos a fim de que se evide esforços no sentido de fugir do senso comum. Quando no escopo deste texto for empregado o termo **trajetória** entenda-se o que propõe ISAIA (2003) quando a define como “porções de tempo que vão se sucedendo ao longa da vida dos professores, representando a explicitação temporal da mesma” (Ibid., p. 370). A mesma autora define **trajetória de formação** como um

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. (Ibid., p. 370).

Outras palavras da autora respaldam o conceito já apresentado de que a trajetória não é um fenômeno vivido individualmente, mas que ela é “um intrincado processo vivencial que engloba fases da vida e da profissão, compreendendo não apenas o percurso individual de um professor ou grupo de professores” (Ibid., p. 370) e que, por isso, a convivência com os colegas e a estrutura da universidade se revestem de enorme importância. Esta compreensão inicial do que é trajetória é importante porque a trajetória da medicina, do ensino médico e dos professores médicos – aí incluída a minha própria trajetória pessoal já que também faço parte do corpo docente do Curso de Medicina da UFSM – é que compõe o substrato sobre o qual se apóia esta dissertação.

E o que faz um médico num programa de pós-graduação em Educação? Esta é, provavelmente, a primeira pergunta que surge na mente de quem pensa a respeito desta dissertação de mestrado e do seu autor. Como bem se sabe, é impossível separar quem escreve do que é escrito, já que uma coisa interfere diretamente na outra e vice-versa. E é justamente dentro dos limites desta idéia que se encontra a resposta a esta pergunta. Para que se entenda por que um médico faz um mestrado em Educação, deve-se entender quem é este médico, o que se torna bastante fácil quando se pensa sobre como se deu a minha trajetória pessoal. E isto é bem simples, a meu ver: sou professor efetivo da Universidade Federal de Santa Maria desde o dia 09 de Julho de 1998. Antes disso fui professor colaborador por cerca de um ano e professor substituto por quase dois anos, sempre nesta mesma instituição, sempre dentro do Departamento de Clínica Médica. A consciência clara da minha inclinação para a docência surgiu ainda durante a residência médica, cursada entre os anos de 1993-1995, em Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva. Digo “clara” porque certamente toda a minha bagagem de vida influenciou nesta escolha: sou filho de professores, tenho uma irmã que fez magistério, sou casado com uma ex-professora e minha sogra também é professora. Ou seja, vivi cercado de professores “por todos os lados” ao longo da vida, o que, ao menos inconscientemente, certamente afetou as minhas escolhas. Lembro da minha infância como uma rotina de pais apressados, chegando da ou saindo para a escola, elaborando e depois corrigindo provas até altas horas da noite, preenchendo cadernos de chamada, correndo para as reuniões para depois chegar em casa reclamando delas. Lembro

de livros, muitos livros, com títulos que me pareciam absurdamente complexos, lembro de outros professores e professoras de quem eu gostava, da rotina de ter pouco dinheiro, das greves, das viagens para fazer especialização em outras cidades. Mas sobretudo lembro da vontade e do gosto por estudar e ensinar que eu sempre percebi nas ações dos meus pais. Alunos sempre foram o centro da vida deles e esta talvez seja a idéia central que eu tenha absorvido.

Com todo este passado, hoje não me parece surpreendente que eu viesse a eventualmente optar por uma carreira no magistério superior, embora ao longo de toda a minha graduação esta não fosse uma idéia clara. Era, talvez, uma possibilidade meio esquecida em algum canto. O estímulo à docência ao longo da graduação em Medicina é ínfimo, para não se dizer nulo. Do ponto de vista institucional, formal, inexistente. O que se percebe – e quase todos os alunos têm esta percepção de forma intuitiva – é que alguns professores parecem gostar muito mais do que outros de estar em contato com os alunos, seja em sala de aula, seja nos ambulatórios ou nos mais diversos cenários de ensino. Muitos professores utilizam o espaço didático para fazer *marketing* pessoal ou simplesmente vão até a universidade para desincumbir-se de uma tarefa, a obrigação de “dar o conteúdo”. Não raramente os professores falam da sua atuação como docentes como “um bico”, reafirmando que o principal interesse é o exercício liberal da profissão, o consultório, onde se é “médico de verdade” e não o ensino de medicina. Isso sempre me incomodou. Não raras vezes pensei “se é tão ruim ser professor, por que não largam esse emprego?”. Sempre me pareceu óbvio que esta era a melhor solução já que os indivíduos reclamavam – e ainda reclamam – que as condições de trabalho são inadequadas, que o professor não é devidamente reconhecido, que os alunos são desinteressados, que a carga de trabalho é excessiva para o que é oferecido como remuneração e que os salários são indignos. O que pode haver de bom numa situação destas? O que motivaria alguém a ser professor em condições tão adversamente ruins?

Ao longo da minha atuação como docente, sempre estive ligado à disciplina de Clínica Médica I, onde se estuda Propedêutica e Semiologia. Meu concurso para professor substituto já foi nesta disciplina e o de professor efetivo também. Por abordar um conteúdo de interesse geral para futuros médicos – a técnica de entrevista e exame físico – a disciplina tem uma importância enorme na formação

dos acadêmicos. Seja qual for a área futura de atuação, os conhecimentos de fisiopatologia e de clínica que são vistos pela primeira vez nesta disciplina serão úteis para toda a vida. Um bom conhecimento de semiologia é um alicerce sólido sobre o qual se pode construir um bom médico. Não bastasse ter uma ligação tão próxima com um conteúdo importante para qualquer uma das diferentes áreas de atuação médica, a disciplina estava inserida no quinto semestre, no início do ciclo clínico, ou seja, quando os alunos teriam o seu primeiro contato “oficial” com os pacientes. Receber alunos motivados para o trabalho e estudo – afinal é para isso que se opta por fazer medicina, para lidar com doentes, não? – e ter a chance de ministrar conteúdos percebidos como sendo de real importância por eles foi um potente estímulo à minha atuação profissional, bem como uma fonte de muita gratificação. A estruturação da disciplina em um formato eminentemente prático, em grupos pequenos, faz com que um professor de Clínica Médica I fique muito próximo dos seus alunos. E logo identifiquei nos meus “pupilos” as mesmas percepções que eu havia tido ao longo do meu curso de graduação: os professores reclamam muito de tudo e muitos parecem totalmente desinteressados dos seus alunos e da forma como ministram as aulas. Algumas vezes ouvi frases que pareciam ser ecos do meu pensamento. “Por que não se demitem então?”. “Por que não ficam só nos consultórios?”. “Por que esses caras dão aula?”. E por aí vai. Conversando informalmente com colegas de departamento ficava ainda mais claro que os próprios professores percebiam este problema também. A diferença essencial é que, entre os professores, muitas vezes havia um outro direcionamento, uma identificação quase imediata com a situação e uma preocupação maior com a busca por explicações para o que ocorre.

Muito freqüentemente, de forma quase uniforme, aventava-se a possibilidade de que o desinteresse pela docência no curso se devia aos baixos salários. Outros diziam que a falta de incentivo à pesquisa em detrimento da necessidade de atender os pacientes do Hospital Universitário é que desmotiva os docentes. E quase sempre se levantava a falta de formação didático-pedagógica dos professores como um elemento importante no despreparo destes para a docência. Não que este fosse o cerne do problema, que fique bem claro. Nestas conversas informais isto era visto como um fator a mais, como um dado estanque. Não se tinha formação pedagógica e ponto. Que não era possível obtê-la parecia ser a mensagem subjacente. Aquele

que dentre os professores tivesse o “dom” de ensinar, seria um bom professor. Os outros não seriam. Ponto. Eventualmente alguns professores levantavam a possibilidade de que “seria muito bom se” houvesse um contato mais próximo com o Centro de Educação. Diversas vezes ouvi a sugestão de que o Curso de Medicina deveria ter uma Pedagoga, como se a contratação de uma "técnica em pedagogia" fosse a solução para todos os problemas do curso. Esta figura "técnica em pedagogia" inexistente, obviamente. Pedagogos e pedagogas não são simplesmente técnicos em pedagogia da mesma forma que médicos não são só técnicos em saúde humana. Entendo que a idéia de ter uma técnica em pedagogia existe realmente na cabeça de professores que imaginam que pensar sobre o ensinar é saber quanto se deve colocar de texto em um *slide*, como se deve dividir o quadro para escrever, se é bom ditar o conteúdo ou não. Embora estas demandas possam parecer sem importância para quem tenha conhecimento no campo pedagógico, estas são dúvidas freqüentemente explicitadas nestas conversas informais. E muitos professores parecem imaginar que é preciso contratar alguém para responder estas perguntas técnicas apenas. Digo isso porque na grande maioria destas conversas não percebi nenhuma motivação pessoal para investir no aperfeiçoamento dos conhecimentos na área didático-pedagógica. A solução parecia residir em algo externo aos professores e não na mudança da forma como eles mesmos trabalhavam, como concebiam a função docente, como entendiam o ser professor de adultos, futuros médicos. A desculpa era sempre a mesma: a universidade é um "bico" e com o que se ganha para trabalhar nela não vale à pena investir muito.

Paralelo à minha trajetória pessoal, imbricando-se com ela, o Curso de Medicina da UFSM também passou – e ainda passa – por grandes transformações. A maior interferência dos órgãos superiores da administração pública no funcionamento dos cursos fez com que muitas pressões por mudanças e uma eventual transformação curricular começasse a tomar forma dentro da nossa escola, de forma semelhante ao que aconteceu com a grande maioria das escolas médicas brasileiras. Em um primeiro e hoje remoto momento o que se viu foi uma briga em torno do exame de final de curso, cujo projeto inicial era o de criar um momento em que se diria se o egresso do curso poderia ou não atuar como médico. A reação das escolas médicas brasileiras resultou na criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, a CINAEM, que se propunha a discutir as condições de

formação deste egresso, ou seja, a qualificação dos professores, a estrutura das escolas e hospitais onde se dava o ensino médico. Dentro do curso de medicina da UFSM este movimento repercutiu pouco, talvez porque estávamos afastados do debate nacional, à exceção da coordenação do curso que participa ativamente desde então.

Posteriormente, com a anuência da CINAEM e da Associação Brasileira de Escolas Médicas, a ABEM, publicou-se uma série de recomendações para as transformações a serem implementadas nas escolas médicas brasileiras. E com a pressão por parte do Ministério de Educação no sentido de que as mudanças fossem implementadas com a maior brevidade possível – inclusive com a ameaça de fechamento de alguns cursos – houve a necessidade de pensar em uma reforma do curso. Esta reforma foi amplamente debatida e discutida. Gerou, e ainda gera, críticas severas, brigas, palavras duras, discussões intermináveis. Acompanhei o processo todo tanto dentro da escola – participando de debates, seminários, grupos de discussão, oficinas de aperfeiçoamento – quanto fora dela – participando de congressos de educação médica. E em todos os lugares, ao final de todas as discussões a que assisto ou das quais participo, acabo sempre as mesmas dúvidas que me preocupam desde os tempos de graduação. Por que os médicos insistem em dar aula? E por que reclamam tanto disso? O que faz um médico querer ser professor? E sendo um professor sem formação didático-pedagógica, como ele se constitui professor? Será que ele passa por determinadas fases previsíveis, existiria uma seqüência de ciclos dentro da carreira docente? E, se esses existirem, seria possível melhorar a qualidade dos nossos professores interferindo em algum momento deles? A literatura neste sentido, especificamente voltada para a trajetória de vida – pessoal e profissional – do professor médico é escassa. Ou pouco divulgada, talvez. Mas me parece – e aí reside a minha motivação para realizar esta dissertação – que saber quem é este médico/professor é um primeiro passo para saber o que se pode fazer para transformar verdadeiramente a educação médica no nosso país.

2.2) As questões de pesquisa

Conheci certa feita um professor da UFRGS que era famoso por dizer aos seus alunos: “eu sei tudo, eu tenho todas as respostas”. Diante do espanto ou

indignação dos alunos com tamanha prepotência, ele acrescentava, sorridente: “basta que vocês me façam as perguntas certas”. Mais do que uma brincadeira inocente este professor estava, na verdade, antecipando em vários anos um direcionamento que viria a ser a tônica de métodos tidos como inovadores de ensino como a Medicina Baseada em Evidências (SACKETT et al., 2003) ou o *Problem Based Learning*, (MAMEDE & PENAFORTE, 2001; DE SOUSA, 2005; ZASLAVSKY, 2005), o Aprendizado Baseado em Problemas que acabou ficando conhecido pela sigla PBL, criada a partir do inglês. Saber fazer a pergunta certa é a forma de encontrar a(s) resposta(s) que se procura. Óbvio? Bastante. Fácil? Nem tanto. As dúvidas e questionamentos que surgiram e passaram a me acompanhar ao longo da minha trajetória docente eram pleomórficas. Mais: metamórficas. Não só tiveram todo o tempo várias conformações como, dependendo do enfoque, modificavam-se quase como se tivessem vida própria. Questões pontuais por vezes pareciam assumir uma dimensão inusitada, tornando-se muito mais importantes do que outros aspectos mais relevantes. Por isto a elaboração das questões de pesquisa demanda tempo. Quando da seleção para o mestrado, na elaboração do anteprojeto de pesquisa, estas questões ainda eram algo nebulosas. Com um maior amadurecimento ao longo do curso das disciplinas do programa, todas aquelas dúvidas e impressões confluíram para um tema gerador ou problema de pesquisa que poderia ser assim enunciado:

Como o professor-médico percebe sua formação como docente ao longo de sua trajetória no Curso de Medicina da UFSM ?

Partindo deste problema central, desdobram-se algumas questões de pesquisa:

- 1. Por que um médico escolhe ser docente?**
- 2. Ser médico e ser professor, para ele são funções distintas?**
- 3. Quais as funções que considera próprias à docência?**
- 4. As mudanças curriculares em andamento influenciam sua atuação como professor e sua perspectiva da formação dos futuros médicos?**

Entendo que estas questões de pesquisa, intimamente ligadas ao tema gerador e servindo para explicá-lo, contemplam senão todos ao menos grande parte das dúvidas vividas por mim e expressas muitas vezes por colegas nas conversas informais sobre “a questão docente” no ensino médico. Uma abordagem completa da questão é, por definição, impossível. Nunca se conseguiria esgotar todos os aspectos envolvidos já que isto depende em grande medida da interpretação pessoal, sempre matizada por uma enorme carga de subjetividade. Nem tenho a pretensão de esgotar o assunto. Apenas enfocá-lo nos aspectos que mais me chamam a atenção, que eu classificaria como “mais relevantes”.

2.3) Dar voz aos professores

Nenhum pesquisador “reinventa a roda” e é bom que não o faça. O crescimento dos conhecimentos se dá a passos pequenos, raramente se vê um passo gigantesco que leve a “mares nunca dantes navegados”. A edificação paulatina dos saberes, permitindo que com o tempo os conceitos sejam esmiuçados, digeridos, assimilados e incorporados ao corpo de conhecimentos permite que haja um crescimento do conjunto dos indivíduos interessados em uma determinada área. E, fique bem claro, a construção do conhecimento deve ser uma tarefa coletiva, não individual.

Por outro lado é inegável que a percepção das mudanças é um fenômeno que se dá numa perspectiva pessoal, individual. É bem conhecido o fato de que o número de versões para uma cena é quase igual ao número de pessoas que a tenham assistido. Com os docentes dá-se o mesmo fenômeno. E já que há tantas trajetórias distintas quanto docentes, pode-se perceber sem muita dificuldade que os estudos que enfocam os professores de ensino superior, obrigatoriamente, têm que considerar também esta dimensão individual. Em função disto, para que se possa entender melhor a trajetória docente nos seus aspectos indissociáveis pessoal/profissional, precisa-se focar o olhar nos indivíduos que compõe o corpo docente. É inerente ao fato de se estudar pessoas considerar essas características individuais que, a todo momento, interferem na sua vida profissional e vice-versa. Não se pode dividir o docente em seus aspectos profissional/pessoal como se fossem duas coisas estanques. Segundo OLIVEIRA, há uma

necessidade nas pesquisas sobre a docência universitária e sobre quem é este professor que está envolvido com o ensino superior: é necessário conhecer os processos de escolha profissional e os processos de formação, bem como os saberes construídos nessas trajetórias. (OLIVEIRA, 2003, p. 260).

E como se investiga este sujeito/professor? A grande diversidade de pessoas que se dedicam à profissão docente, considerando-se os aspectos por vezes não tão sutis de qualificação profissional, área de atuação, características de personalidade, grau de maturidade, idade, gênero, etc., torna impossível dizer que há um “professor universitário modelo”. Toda e qualquer investigação leva, se conduzida com um mínimo de critério, à observação de que as diferenças entre os indivíduos e nas suas formas de perceber o seu entorno inviabiliza a criação deste perfil único, ao qual todos se ajustam. É necessário que se leve em consideração a diversidade e os conflitos, pessoais e profissionais, inter e intrapessoais, tentando-se entender a dinâmica das relações entre estes sem deixar de adotar um

enfoque que privilegia o professor como um ser unitário, entretecido pela trajetória pessoal e profissional, pressupondo que o mesmo é uma pessoa que se constrói nas relações que estabelece com os outros que lhe são significativos, com a história social que o permeia e com sua própria história. (ISAIA, 2001, p. 35).

Correndo o risco de soar enfadonho e repetitivo, nesta abordagem voltada para a trajetória docente é necessário ter sempre em mente que o que se está acessando serão percepções pessoais de fenômenos que habitualmente aconteceram no coletivo, em relação com os demais personagens que estavam num determinado cenário num determinado momento. Mais do que isso: existe o viés da memória ao recordar fatos e repensá-los, reorganizando e conferindo novos significados a eles, significados estes relevantes hoje, no momento em que são lembrados, mas que talvez não existissem ou tivessem outra significação no momento em que foram vivenciados.

Há, portanto, a necessidade de se tomar cuidado especial quando se adota uma abordagem assim tão particularizada, especialmente se considerar-se o que diz GOODSON quando recomenda que se deve “assegurar que a voz do professor seja ouvida, ouvida em voz alta e ouvida articuladamente” (GOODSON, 1992, p.67). Este aspecto tão importante a ser lembrado constantemente é o da subjetividade da

percepção da experiência do professor, seja ele médico ou não. Segundo ABRAHAM “el docente vive su vida profesional en ese espacio que él catectiza com sus propias significaciones”¹. (ABRAHAM, 1986, p. 30). Dito de outra forma, acessar essas significações, entender como o docente sente e confere significado aos acontecimentos no transcurso de sua carreira, parece ser a chave para que se possa começar a entender como se dá a percepção da trajetória profissional do professor médico e, portanto, a sua percepção da própria constituição como professor de outros médicos.

2.4) A auto-reconstrução e a entrevista narrativa

A tarefa de acessar percepções dos professores não é algo simples, direto. Há muitos fatores que entram em jogo nesta equação, cabendo destacar que existem alguns conceitos oriundos do senso comum que podem distorcer e confundir a interpretação dos fatos, como salienta Huberman:

Como gran parte de la bibliografía sobre cognición social “ingenua” la ha demostrado, las personas que trabajan en estos temas suelen construir explicaciones para ciertos fenómenos sociales basándose en datos escasos y a menudo distorsionados. Por ejemplo, los funcionarios escolares de Ginebra pretendían “saber” lo que les sucedía a los maestros a lo largo del tiempo. Desde luego, la base impírica para este conocimiento era defectuosa, se apoyaba en unos pocos casos y en conversaciones superficiales sostenidas por la noche, con frecuencia bebiendo.² (HUBERMAN, 1999, p. 191-192)

Isto significa que muitos dos conceitos tidos como corretos entre as pessoas envolvidas na trajetória docente – sejam elas docentes ou não – podem não ser assim tão corretos simplesmente porque não foram gerados por uma análise sistemática ou ao menos bem estruturada do ponto de vista metodológico. Estas percepções individuais, mesmo com o risco de ser distorcidas, formam o substrato dos conceitos envolvidos na trajetória docente. Mas como se acessa estas percepções?

¹ “O docente vive sua vida profissional dentro deste espaço que ele povoa com suas próprias significações”. (Tradução livre).

² “Como grande parte da bibliografia sobre cognição social ‘ingênua’ vem demonstrando, as pessoas que trabalham com estes temas costumam construir explicações para certos fenômenos sociais baseando-se em dados escassos e freqüentemente distorcidos. Por exemplo, os funcionários escolares de Genebra acreditavam ‘saber’ o que acontecia com os professores ao longo do tempo. Desde o início a base empírica para este conhecimento era defeituosa, se apoiava em uns poucos casos e em conversas superficiais, mantidas durante à noite, com freqüência enquanto se bebia.” (Tradução livre)

Numa abordagem que poderíamos chamar de “clássica”, mais afeita aos métodos quantitativos, uma estratégia simples seria a elaboração de um questionário fechado, com respostas objetivas. Isto facilita, sem dúvida, a tabulação dos dados, suas interpretações e, estribando-se nos meandros freqüentemente obscuros e esotéricos da linguagem estatística, fornece resultados difíceis de ser contestados. Mas seria esta a forma de conseguir acessar as informações desejadas? Seria um questionário fechado que forneceria as respostas às minhas questões de pesquisa? Nem por um momento tive esta sensação. Instrumentos deste tipo são extremamente úteis e têm um valor indiscutível para determinadas situações, marcadamente aquelas que consideram os aspectos quantitativos. Mas este não é um bom instrumento quando se quer ter respostas mais subjetivas, impressões mais pessoais, quando se quer ouvir a voz dos sujeitos individualmente e não diluída na babel de vozes de uma amostra. Não cabe aqui uma discussão sobre a maior ou menor validade das pesquisas qualitativas e quantitativas. Afinal

pensamos que é incorreto assumir que a pesquisa qualitativa possui o monopólio da interpretação, com o pressuposto paralelo de que a pesquisa quantitativa chega a suas conclusões quase que automaticamente. Nós mesmos nunca realizamos nenhuma pesquisa numérica sem enfrentar problemas de interpretação. Os dados não falam por si mesmos, mesmo que sejam processados cuidadosamente com modelos estatísticos sofisticados. (BAUER, GASKELL & ALLUM, 2003, p. 24)

Por ser oriundo de uma área de orientação marcadamente positivista, tive algumas dificuldades em aceitar a existência – possivelmente por ignorância, por não conhecer – de uma rigorosidade metodológica nas abordagens mais qualitativas. Mas esta impressão se desfez com algumas incursões na literatura pertinente. Aprendi que existe sim método neste tipo de abordagem o que talvez seja uma afirmação redundante para o leitor desta dissertação. Mas ainda assim deixo-a registrada já que foi mais uma descoberta na minha trajetória pessoal como professor e pesquisador.

Acabei por adotar a idéia de utilizar a reconstrução biográfica como instrumento de coleta das informações que poderiam me levar a encontrar as respostas às questões de pesquisa.

Neste tipo de abordagem, a reconstrução biográfica, dá-se voz ao sujeito, permitindo que as suas percepções e recordações aflorem. É um exercício de

reconstrução do próprio trajeto pessoal e profissional que faculta ao indivíduo a possibilidade de reestruturar sua trajetória via memória, talvez entendendo melhor como os fatos marcantes da sua vida se encadearam e imbricaram, permitindo uma melhor compreensão “dos processos e dos saberes construídos ao longo das trajetórias de vida dos professores” (OLIVEIRA, 2003, p. 253). Embora o foco esteja nas lembranças dos professores, esta abordagem

não implica desinteresse pelas condições conjunturais que cercam o docente, mas que elas sejam consideradas a partir da ótica de como são vividas e percebidas por ele. Daí a importância dos professores narrando sua própria história. (ISAIA, 2003, p. 241).

Já que o professor médico é considerado uma figura de interesse central na reconfiguração das escolas médicas, dar voz a estes sujeitos parece ser da maior importância. A adoção de uma abordagem narrativa para uma melhor compreensão de como se dá o processo de formação dos docentes médicos encontra respaldo nas palavras de CONNELLY & CLANDININ:

La razón principal para el uso de la narrativa en la investigación educativa es que los seres humanos somos organismos contadores de historias, organismos que, individual y socialmente, vivimos vidas relatadas. El estudio de la narrativa, por lo tanto, es el estudio de la forma en que los seres humanos experimentamos el mundo.³ (CONNELLY & CLANDININ, 1995, p. 11)

A utilização da narrativa, então, permite acessar as formas de percepção mais subjetivas que estes professores possuem. Dito de outra forma, é uma abordagem que permite aos professores contar suas histórias sem que se perca o “colorido” destas. O mundo tem diferentes aspectos para indivíduos diferentes. E este tipo de abordagem permite que o tratamento dos dados e a análise do material coletado preserve muito das percepções individuais dos sujeitos de pesquisa. Evita que as palavras “desbotem”, digamos assim. Mais do que simplesmente servir como um instrumento para que acessar o processo formativo dos sujeitos de pesquisa – no caso os professores médicos da UFSM – a utilização de narrativas tem um potencial transformador muito grande, já assinalado por McEWAN ao dizer que

³ “A razão principal para o uso da narrativa na investigação educativa é que os seres humanos são organismos contadores de história, organismos que individual e socialmente, vivemos vidas relatadas.

“Al relatar esas historias llegamos a apreciar el poder que tienen las narrativas sobre la manera en que pensamos la actividad docente; y eso constituye un importante avance en el desarrollo de una perspectiva crítica que influya sobre las maneras de comprender la docencia”⁴. (McEWAN, 1995, p. 237)

Por ser um momento em que o docente precisa “reorganizar” a sua história para narrá-la a um investigador, a utilização de narrativas tem essa característica de ser uma oportunidade de refletir sobre a sua trajetória, sobre seus momentos marcantes, sucessos, fracassos e histórias curiosas. É uma oportunidade de explorar com outro olhar, agora distanciado no tempo, as experiências vivenciadas, conferindo-lhe significados à luz da compreensão que o indivíduo tem hoje do seu passado e das experiências por ele vividas.

Portanto o instrumento utilizado para acessar as percepções destes professores foi a auto-reconstrução biográfica por escrito, demarcando as fases da carreira docente, suas principais características e a temática que as orientava ou orienta, nos moldes do instrumento desenvolvido por ISAIA (2003) para auxiliar na realização da entrevista narrativa. A fim de ajudar nesta auto-reconstrução os sujeitos de pesquisa receberam uma sugestão de roteiro, constante do Anexo A. Esta era realmente uma sugestão, passível de ser seguida ou não por eles, assim como era possível modificá-lo se o docente achasse pertinente. Parece-me – e por isso adotei esta estratégia de trabalho – que a realização desta auto-reconstrução estrutura melhor a entrevista narrativa do que a simples realização desta, como foi feito por HUBERMAN (1998), para citar apenas um dos autores mais conhecidos. O esforço dispendido para colocar por escrito os momentos mais relevantes de sua trajetória profissional faz com que o professor organize melhor a forma como ele vê esta trajetória, permite que ele esquematize melhor a sua forma de perceber os diferentes momentos de sua vida acadêmica. E, de posse deste material, ficou bem mais fácil tanto para os sujeitos pesquisados quanto para mim partir para a entrevista narrativa.

O estudo da narrativa, portanto, é o estudo de como (nós) seres humanos experimentamos o mundo” (Tradução livre)

⁴ Ao relatar essas histórias chegamos a apreciar o poder que têm as narrativas sobre a maneira como pensamos a atividade docente; e isso constitui um avanço importante no desenvolvimento de uma perspectiva crítica que influencie a maneira de compreender a docência” (Tradução livre)

Partindo então desta auto-reconstrução biográfica foi feita uma entrevista narrativa enfocando os principais tópicos, os considerados relevantes por cada um dos sujeitos de pesquisa. Estas entrevistas foram gravadas e transcritas. A transcrição literal da entrevista foi submetida à apreciação dos sujeitos de pesquisa e estes liberaram seu uso na presente dissertação, dentro dos limites do previsto no Termo de Consentimento Informado (vide Anexo B). Então, de posse do material produzido por todas as auto-reconstruções e das transcrições das entrevistas narrativas, passei à parte do tratamento dos dados. Este foi feito a partir da Análise de Conteúdo.

2.5) A análise de conteúdo

Fazendo parte deste meu movimento de descobrir qual a método mais adequado para responder às minhas questões de pesquisa, acabei por optar pela Análise de Conteúdo. Esta escolha levou em conta uma consideração muito importante, que me permito transcrever:

Os métodos não são substitutos de uma boa teoria e de um problema de pesquisa sólido. A teoria e o problema – que carregam em si os preconceitos do pesquisador – serão responsáveis pela seleção e categorização dos materiais de texto, tanto implícita quanto explicitamente. Ser explícito é uma virtude metódica. (BAUER, 2003, p. 195)

Esta idéia de que tanto a seleção do problema a ser estudado quanto a leitura da teoria são influenciadas pelos preconceitos do pesquisador vem ao encontro da minha percepção de que eu estou imerso no mesmo universo dos sujeitos de pesquisa. Mais do que isso, a opção pela utilização da análise de conteúdo deve-se ao fato de que ela pode assumir uma atitude menos condutivista do que a maioria das pesquisas, não sendo necessário o estabelecimento “*a priori* de questões específicas para serem investigadas”, permitindo-se ao pesquisador “exercitar uma atitude fenomenológica de deixar o fenômeno se manifestar” (MORAES, 1998, p.114-115).

Considerando a própria concepção da análise de conteúdo em que a subjetividade do pesquisador interfere, nos resultados, fica claro que este tipo de abordagem é na verdade construída ao longo do processo, não se tratando, portanto, de “descobrir algo já previamente existente nos dados” (Ibid., p. 115). Este

conceito foi o que realmente me fez escolher a análise de conteúdo como o método investigativo: a possibilidade de colocar minhas concepções lado a lado com as dos sujeitos de pesquisa e com os conceitos da literatura me fez ver que este era sim o método que deveria ser adotado. E assim o fiz.

A análise de conteúdo, como método, inclui quatro tempos distintos (MORAES, 1998): unitarização, categorização, descrição e interpretação.

A **unitarização** consiste em uma desmontagem do *corpus*⁵ 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**, como os próprios nomes 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. A todo momento são feitas “revisões e correções permanentes” (Ibid., p. 122) o que tem um efeito muito interessante sobre o pesquisador: o processo todo carrega consigo uma dinâmica que, sem dúvida, favorece à transformação e à reavaliação dos conceitos e idéias de quem trabalha com este método.

2.6) Uma pausa poética

Primeiro unitarizo
Depois de desmontar o texto
Então montar um corpus
E com este pretexto
Interiorizo.

Mergulhar nas idéias alheias
Apropriar-me dos conceitos dos outros
Fazê-los meus.
Esbarrar nos meus pré-conceitos

⁵ Entenda-se por *corpus*, na definição do próprio MORAES (1998), o conjunto de documentos utilizados na análise.

Fugir disso tudo:
Estudo, estudo, estudo.

Não é mais
Estatisticamente significativo.
Agora é
Captar o Novo Emergente
Assaz intuitivo.
Interpretativo.

Novo, desconstruído
Trabalhado, re-moldado.
Fala a verdade:
Não dá saudade
De um qui-quadrado?

2.7) Quem são os sujeitos de pesquisa?

No presente estudo os sujeitos de pesquisa são cinco professores da Universidade Federal de Santa Maria, todos com mais de dez anos de atuação como professores efetivos, cada um oriundo de um dos cinco grandes departamentos do curso de medicina, a saber, Departamento de Clínica Médica, Departamento de Cirurgia, Departamento de Neuro-Psiquiatria, Departamento de Pediatria e Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. A idéia inicial, explicitada no projeto de dissertação, era contar com 10 (dez) sujeitos de pesquisa, procedentes destes mesmos departamentos, sendo um homem e uma mulher de cada um. A exigência de que os sujeitos de pesquisa tivessem um mínimo de dez anos como professor efetivo da UFSM apóia-se em uma premissa bem simples: como estou trabalhando o tempo todo com a idéia de trajetória – docente, do ensino médico, dos sujeitos de pesquisa, a minha própria – entendo que professores iniciantes não têm o que se poderia chamar de uma trajetória dentro da instituição. Ao menos não uma trajetória longa o bastante a ponto de permitir que eles experimentassem momentos distintos em suas carreiras ou que vivessem conjunturas institucionais distintas. Já a idéia de ter homens e mulheres teve a pretensão de eliminar as diferenças de concepção próprias de cada gênero. A escolha por profissionais das cinco grandes áreas se justifica pelo fato de que existem – ao menos se aceita tacitamente que existem – nítidas diferenças entre as personalidades, as preferências, os comportamentos e as visões de médicos de diferentes especialidades. Isto já é histórico na medicina, alvo

de inúmeras anedotas, inclusive⁶. A não inclusão de professores da chamada área básica não aconteceu porque o curso se encontra num momento de transição em que se pretende extinguir as diferenças entre as áreas básica e profissionalizante, integrando-as. Esta ainda não é uma realidade, embora faça parte da luta árdua da coordenação do curso ao promover a reforma curricular. Além disto, os professores do dito ciclo profissionalizante têm uma característica curiosa: eles foram formados dentro de um paradigma ora em desuso – o flexneriano – e estão tendo que mudar para outro muito diverso deste – o paradigma da integralidade. Acessar suas impressões num momento de transição como esse foi, sem dúvida, mais um momento importante na realização desta pesquisa.

Em função da premência do tempo para a elaboração e defesa final da dissertação, da dificuldade de conseguir a colaboração dos sujeitos selecionados e acatando uma sugestão da banca de qualificação do projeto, optei por reduzir à metade o número de sujeitos o que, obviamente, pode ser motivo de críticas, talvez apontando este fato como uma falta de rigor metodológico. Entendo que a análise qualitativa, especificamente a análise de conteúdo que é a metodologia utilizada nesta dissertação não atribui uma interesse maior ao número de sujeitos estudados, mas sim à qualidade do material coletado. Ao longo da categorização e das múltiplas releituras do *corpus* observei que o material coletado com os cinco sujeitos – a auto-reconstrução biográfica acrescida da transcrição das entrevistas narrativas – atingiu rapidamente o ponto de saturação. Este ponto de saturação (MORAES, 1998) representa aquele momento em que o acréscimo de novos dados ao *corpus* não modifica os achados. Na verdade a análise do material dos três últimos sujeitos já não forneceu novas unidades ou categorias, apenas permitindo que aumentasse o número dos depoimentos, geralmente repetindo a visão e as opiniões dos textos anteriormente vistos. Embora seja este um indicador significativo, não posso tomá-lo como absoluto, afirmando que a adição de novos sujeitos à pesquisa não traria contribuições ao desvelamento do quadro e do contexto do professor médico na

⁶ Já no juramento de Hipócrates há a promessa de “não praticar a talha”, o que é interpretado por alguns estudiosos como uma proibição da realização da cirurgia por parte dos médicos o que, na época, certamente evitava que muitos pescoços ilustres fossem cortados. Na idade média estabeleceu-se na Europa a figura do barbeiro-cirurgião, que posteriormente foi transformado em médico e cirurgião – alguns ainda diriam elevado à condição de médico – após grandes e acirradas disputas. Na Inglaterra, por exemplo, subsiste uma tradição curiosa: os médicos clínicos recebem o tratamento *sir* enquanto os cirurgiões – ainda que colegas de turma dos primeiros, com exatamente a

UFSM. Esta, aliás, é apontada por BAUER (2003) como um ponto passível de crítica na análise de conteúdo: ela tende a mostrar padrões e a destacar o que é mais freqüentemente visto, mas perde o que é raro. Por isto toda a conclusão tirada a partir de uma análise de conteúdo não pode ser vista como sendo completa e acabada. Da mesma forma entendo que as interpretações e observações constantes desta dissertação devam ser extrapoladas com cuidado e muitas ressalvas ao restante do grupo de professores da instituição do qual os sujeitos são uma parte.

Uma análise completa só pode acontecer, por conceito, no âmbito de uma pesquisa envolvendo todos os professores da instituição, o que é impossível no tempo exíguo previsto para a elaboração de uma dissertação de mestrado, sem mencionar que seria uma tarefa hercúlea, necessitando de uma estrutura de trabalho enorme. Por isto mesmo sempre que eu falar “dos professores da UFSM” leia-se “este grupo de professores”, ficando as similaridades e diferenças, bem como as eventuais extrapolações, a critério da interpretação – mais ou menos comprometida, conforme o caso – dos leitores do texto. À guisa de esclarecimento, entretanto, considero relevante destacar dois aspectos importante na caracterização destes sujeitos de pesquisa: o gênero e a titulação acadêmica.

Em estudo abrangendo a mesma população de professores, SOUZA FILHO & NAUJORKS (2005) encontraram uma predominância do sexo masculino sobre o feminino (75% contra 25%, respectivamente). Este dado, segundo a análise dos autores, está em consonância com os números levantados pela Cinaem (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas) quando foi avaliado globalmente o perfil dos professores médicos brasileiros. No presente estudo, entretanto, quatro dos cinco sujeitos são mulheres. Ao iniciar o processo de solicitar as auto-reconstruções biográficas, foram convidados os dez sujeitos, respeitando o que havia sido previsto no projeto de dissertação, ou seja, um número equânime de representantes dos dois gêneros. Após alguma pressão sobre os indivíduos para que colaborassem (que por vezes beirou a chantagem), utilizei as cinco primeiras – e únicas, cabe ressaltar – respostas recebidas que, felizmente, representavam os cinco departamentos e que tinham essa nítida predominância feminina. Este fenômeno certamente influencia a característica do material coletado já que, “hoje, o

mesma formação acadêmica – são tratados por *mister*, um tratamento respeitoso mas considerado inferior.

reconhecimento de que a categoria gênero é uma lente que nos permite enxergar a realidade de maneira radicalmente diferente é comum a vários campos disciplinares.” (DINIZ, 2003, p. 169). Esta maior participação feminina pode ser interpretada de várias maneiras, o que certamente não é o objetivo desta dissertação. Apenas considero importante ressaltar que a feminização do ensino superior também é apontada por ZABALZA (2004) ao analisar o corpo docente das universidades espanholas. O autor ressalta que o número de mulheres igualou ou até superou o de homens em diversas áreas, “principalmente as relacionadas com a área das humanidades, do direito ou da saúde” (ZABALZA, 2004, p. 184). Dentro do curso médico da UFSM vem sendo observada uma tendência semelhante: o número de mulheres ingressantes tem aumentado significativamente e as turmas, não raro, são compostas por mais de 50% de representantes do sexo feminino. Um maior número de mulheres-profissionais, por uma dedução lógica, deverá levar a um aumento no número de mulheres-professoras, o que acabará por exigir que se revise muitas das características do atual ensino universitário e da própria universidade, onde a estrutura ainda tem uma configuração marcadamente masculina. O ensino médico começa a se questionar, de forma muito tímida, a esse respeito. Ainda são poucas as afirmações do tipo “é preciso uma revisão do ensino médico a partir das perspectivas de gênero” (DINIZ, 2003, p. 170), mas elas já começam a ser vistas nos trabalhos da área de educação médica. Esta autora, em particular, vai mais longe, sugerindo que “perguntas sobre a linguagem utilizada para descrever doenças e disfunções, como foi o caso de expressões comuns na obstetrícia do passado, devem ser revistas a partir de uma sensibilidade de gênero.” (Ibid., p. 170). Por tudo isso me parece que o leitor desta dissertação também deva considerar o gênero dos sujeitos de pesquisa quando sentir-se tentado a eventuais extrapolações sobre as afirmações destes.

O segundo ponto relevante a destacar é a questão da titulação. No estudo supracitado, SOUZA FILHO & NAUJORKS (2005) destacam que 75% dos professores pesquisados fizeram especialização – no caso dos médicos a Residência Médica na sua especialidade – “muitas vezes antes da carreira docente” (SOUZA FILHO & NAUJORKS, 2005, p. 36). Este é um fenômeno facilmente observado entre os professores médicos já que a “ordem natural” é graduar-se, especializar-se em alguma área médica e, terminada a residência, fazer um

curso na sua área técnica específica, ficando a atuação profissional atrelada ao exercício de uma determinada especialidade. Nesta dissertação, entretanto, os cinco sujeitos de pesquisa têm um perfil completamente diferente: quatro deles são doutores e o outro concluiu mestrado recentemente. Lembrando que os sujeitos utilizados na pesquisa foram os cinco primeiros a responder à solicitação de auto-reconstrução biográfica, fica relativamente fácil entender como o fato de serem titulados influenciou na sua maior colaboração com o estudo proposto. Possivelmente – e esta é uma especulação já que não encontrei nenhuma referência bibliográfica que corroborasse ou contradissesse essa inferência – há uma maior valorização do esforço de um eventual mestrando por todos eles já terem passado pela mesma experiência. Todos os cinco manifestaram curiosidade em saber como estava o desenvolvimento da minha pesquisa, como seria o trabalho em si, qual a metodologia aplicada, qual seria a utilidade prática para o curso, etc. Uma das auto-reconstruções biográficas terminava com a frase “muito obrigado pela oportunidade de participar desta pesquisa transformadora.” (Professor 4⁷). Observações deste tipo, feitas na sua maioria informalmente após encerrar as entrevistas, deixam claro que a idéia de ajudar alguém que busca se qualificar foi muito bem explicitada. Um outro fator em comum a todos foi a percepção de que há a necessidade de ser mais participativo quando se trata de atividades na própria instituição, uma maior necessidade de colaborar com as iniciativas oriundas dos membros do corpo docente. Em nenhum momento recebi qualquer crítica ou observação do tipo “por que você está fazendo mestrado na Educação e não dentro da área médica?” Sinceramente eu esperava esta pergunta por parte de algum dos sujeitos de pesquisa o tempo todo, mas o que encontrei foi uma recepção calorosa e uma aprovação entusiástica da linha de trabalho e da pesquisa em si. O que não deixa de ser uma surpresa agradável no final das contas.

⁷ Ainda que correndo o risco de soar antipático e impessoal, optei por numerar os professores sujeitos da pesquisa de 1 a 5, bem como, para preservar as suas identidades, sempre que possível chamarei de “o professor”, substantivo masculino, genérico. Esta escolha se deve ao fato de que, gramaticalmente, é correto utilizar um substantivo masculino ao se referir a um grupo onde haja pelo menos um representante do sexo masculino.

3. TRAJETÓRIA DO ENSINO MÉDICO

3.1) Ensino médico no mundo

Exercer a atividade de professor não é nenhuma novidade para os médicos, desde que se considere que o professor é quem ensina alguma coisa para alguém, no caso, o aluno. Provavelmente o texto médico mais conhecido por médicos e leigos seja o Juramento de Hipócrates⁸. Quer na íntegra, quer parcialmente, ainda hoje este texto é utilizado por quase todas as turmas de formandos em Medicina na sua cerimônia de colação de grau. Sempre existiu muita discussão a respeito da sua autenticidade. LOPES (1970) afirma tratar-se de um texto do próprio Hipócrates referindo-se ao Juramento como sendo “a mais bela página escrita pelo Pai da Medicina” (LOPES, 1970, p. 112). LYONS & PETRUCCELLI (1997) sugerem que o Juramento na verdade é um texto pitagórico, anterior à Hipócrates, incluído posteriormente entre os escritos atribuídos a ele. Estes autores apontam diversas inconsistências entre os ensinamentos contidos na coletânea de textos hipocráticos – conhecida como *corpus hippocraticum* – e o Juramento, como por exemplo a proibição da realização do aborto, prática minuciosamente descrita em vários dos textos atribuídos ao médico grego. RIBEIRO Jr. (2005) considera que o texto não seja nem pitagórico nem hipocrático, sendo sua origem incerta. Todos os autores, entretanto, justificam a adoção do texto do Juramento como hoje o conhecemos,

⁸ Segundo SALEM (2002, p. 17-18) a tradução do texto do Juramento seria o seguinte:
“O JURAMENTO DE HIPÓCRATES:

Eu juro por Apolo, médico, por Esculápio, por Higea e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele compartilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes essa arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração nem compromisso escrito; fazer meus filhos os de meu mestre e os discípulos inscritos participarem dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, segundo os regulamentos da profissão e apenas esses.

Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei com prazer, nem um remédio mortal nem um conselho que induza a perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva. Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo em alguém que realmente tenha cálculos; deixarei esta operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa que eu vá entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor, com mulheres ou com homens livres ou escravizados.

Aquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se dele me afastar ou infringi-lo, que o

salientando a pureza e a santidade do exercício da profissão médica, por estarem estas idéias em consonância com a doutrina da Igreja cristã já no século I d. C. SALEM (2002) vai além, sugerindo que talvez o que hoje é conhecido como *corpus hippocraticum* não seja a obra de um homem só, mas sim uma coletânea de textos oriundos das escolas médicas de Cnidos e Cós, as duas grandes vertentes da medicina grega clássica. Quanto ao Juramento propriamente dito, este autor situa-o em torno do século IV a.C., época em que efetivamente Hipócrates parece ter vivido. Independentemente de sua origem ser hipocrática, pitagórica ou desconhecida, este texto é tido por todos os estudiosos como antigo, escrito na época em que Hipócrates viveu e refletindo não as idéias de um só indivíduo, mas mais provavelmente a de um grupo de homens que exerciam a medicina àquele tempo. Após comprometer-se com os deuses jurando por eles, o texto fala da estima que o médico deve ter por seu mestre, a ponto de prontificar-se a compartilhar sua vida e seus bens com ele. Em seguida assume-se o compromisso de acolher seus filhos como se fossem “meus próprios irmãos” e de ensinar-lhes o que foi aprendido na arte da medicina. Admite-se ainda a figura dos “discípulos inscritos” que poderão participar dos “preceitos, das lições e de todo o resto do ensino”. Por que me atenho a um texto tão antigo e sobejamente conhecido? Porque já neste texto se inscrevem algumas normas para o ensino da Medicina, então referenciada como “a arte”. E a aceitação de que existe ensino pressupõe a existência de professores e alunos. Ou seja, muito antes da criação dos cursos médicos, séculos antes da instituição das universidades e da adoção do paradigma científico, já existia um ensino médico. A figura do professor/médico se confunde com o próprio surgimento da medicina.

LOPES (1970), descreve a relação entre professores e alunos na Grécia dos séculos VI e V a.C. como sendo quase familiar, onde “o médico deveria tratar o seu mestre como trataria o próprio pai e ensinar a arte aos filhos de seus professores, gratuita e devotadamente.” (LOPES, 1970, p. 95). Os médicos mais jovens, como acontece ainda hoje, buscavam a proteção e os conhecimentos acumulados por médicos mais experientes. Nas palavras do mesmo autor eles “aproveitavam-se das experiências dos antigos sem, contudo, desprezar a observação minuciosa, direta e acurada de cada caso.” (Ibid., p. 95-96). Observa-se que, efetivamente, havia a transmissão de conhecimento de alguém mais experiente para alguém menos

experiente, o que torna perfeitamente reconhecível a relação professor/aluno já nesta época. Havia, também uma idéia de que a responsabilidade do médico não era apenas com o seu paciente, mas também com um grupo, o seu grupo, a sua escola, com a qual ele deveria compartilhar as experiências que adquirisse. A figura do jovem médico-aprendiz é tão antiga quanto inseparável da figura do velho médico-professor. E a relação direta que se estabelecia entre eles desde esta época remota deixou profunda marcas tanto nas concepções teórico-filosóficas dos médicos quanto na forma de ensinar medicina até os dias de hoje.

Esta forma de ensinar e aprender medicina não era uma exclusividade grega. No oriente, especialmente no mundo persa, não afetado pela doutrina cristã como a Europa medieval, floresceram grandes escolas que, curiosamente, acabaram por preservar o pensamento e o ensinamentos gregos mais próximos de suas origens e que, posteriormente, foram “devolvidos” ao mundo ocidental. No mundo cristão a Igreja assumiu uma postura que hoje pode causar estranheza: a de que o importante era a alma do indivíduo e que o seu corpo não precisaria ser tratado. Era o período da dita Medicina Monástica em que a prática e o ensino médicos estavam confinados aos mosteiros, dentre os quais se destacou o de Monte Cassino, fundado por São Bento de Núrsia em 529 d.C. A medicina exercida nestes locais era um misto da orientação oficial da Igreja – a busca da conversão das pessoas para que quando estas morressem suas almas fossem salvas – e de medicina popular, especialmente os conhecimentos de herbologia.

Possivelmente em função da pouca eficácia dos tratamentos de então o exercício da medicina era considerado algo inerente aos monges que poderiam fornecer a devida assistência espiritual quando tudo o mais falhasse. Ser tratado em um monastério garantia também que, em caso de morte, o indivíduo seria enterrado em solo consagrado, o que era visto como uma grande vantagem àquela época. Era uma forma bastante diversa de fazer medicina, se comparado com o que hoje se considera como um efetivo exercício da medicina já que a maior parte do trabalho médico consistia em “tarefas como recitar preces, impor as mãos, pronunciar exorcismos e utilizar amuletos com imagens santas, óleos sagrados, relíquias e outros elementos naturais e supersticiosos.” (LYONS & PETRUCCELLI, 1997, p. 286). Muito distante, portanto do que hoje se considera uma medicina razoavelmente eficaz. E muito perto das práticas médico-religiosas contemporaneamente tão

criticadas e mal-vistas. Entretanto os mosteiros cumpriram uma função historicamente relevante: a presença neles – especialmente nos da ordem beneditina – dos monges copistas, que reproduziam manualmente as obras antigas, se não colaborou com a preservação fiel dos conhecimentos médicos – as cópias freqüentemente eram adulteradas e “censuradas” para estar de acordo com as doutrinas professadas pela Igreja – certamente manteve o interesse de alguns indivíduos pelos estudos, inclusive das matérias médicas, mesmo correndo o risco de ser malvisto pelas instâncias superiores da Igreja.

Com a peste negra ceifando quase metade da população europeia (HAUGHT, 2003) a crença da população na capacidade de Igreja de cuidar de sua saúde diminuiu muito. Questionava-se o quanto havia de verdade na afirmação de que os pecados dos homens eram os responsáveis pela peste já que esta atingia indiscriminadamente tanto aos pecadores como aos santos, fossem eles pessoas comuns ou homens e mulheres do clero. Esta progressiva desconfiança fez com que já no século IX se assistisse à criação de grandes escolas médicas com o intuito de resgatar a tradição da medicina laica, destacando-se as de Salerno, a de Montpellier e a de Paris.

A respeito da escola de Salerno, a mais antiga das três, conta-se (LOPES, 1970) que ela teria sido criada por um grego chamado Pontus, um árabe chamado Adila, um judeu chamado Helenus e um latino chamado Salertius. Muito embora seja apontada como lenda por outros autores (LYONS & PETRUCCELLI, 1997) esta história deixa em evidência a confluência das várias culturas que levou a fundação desta escola⁹.

Nestas escolas o jeito de ensinar e aprender medicina não mudou significativamente em comparação à forma adotada na Grécia antiga: os alunos continuavam sendo discípulos de mestres que os aceitavam como tal, freqüentando cursos por períodos variáveis de tempo, acompanhando médicos mais experientes e depois sendo submetidos a um exame após o que, caso fossem aprovados, estariam capacitados a exercer a medicina. A relação continuava sendo extremamente personalizada e a figura dos “discípulos e pupilos” continuava

⁹ É interessante salientar que já neste tempo Salerno aceitava mulheres entre os estudantes, das quais se destaca a figura de Trótula, provavelmente autora de um tratado sobre obstetrícia. A prática médica feminina, entretanto, mantinha-se restrita ao que era “trabalho de mulher”, ou seja, o que hoje chamaríamos de obstetrícia, ginecologia e puericultura.

presente. Mesmo recebendo a denominação de “escola médica” as instituições não tinham a formalização de um programa de ensino a ser seguido, algo que se pudesse remotamente chamar de currículo. Quem estudaria o que era uma determinação do professor, do mestre. Cabia ao aluno seguir estas orientações, preparando-se para ser inquirido nas provas de final de curso.

Só com o advento da criação das universidades este panorama sofreu alguma modificação significativa. CHARLE & VERGER (1996) situam a criação das primeiras instituições universitárias por volta do final do século XII e início do século XIII. Para estes autores a criação das universidades é “específica da civilização ocidental” e é definida como uma “comunidade (mais ou menos) autônoma de mestres e alunos reunidos para assegurar o ensino de um determinado número de disciplinas em um nível superior” (CHARLE & VERGER, 1996, p. 7).

Já nesta época observava-se que as mudanças eram extremamente lentas. Exemplo disso é o fato de que, mesmo sendo algo tão antigo e baseado na prática, o ensino da medicina só passou a incorporar o acompanhamento de aulas de dissecação de cadáveres humanos após o século XIV, ainda assim guiados por descrições de Galeno, cheias de erros que jamais eram corrigidos ou contestados oficialmente (LYONS & PETRUCCELLI, 1997)¹⁰. Mesmo com o surgimento do movimento artístico-sócio-cultural chamado de Renascimento, o ensino da medicina pouco modificou-se. O espírito de contestação passou a se expressar também entre os médicos, mas as escolas preferiram manter-se à parte, transmitindo os velhos ensinamentos da mesma forma que sempre havia sido feito. O conservantismo visto até hoje nos círculos acadêmicos parece não ser nenhuma grande novidade, afinal. Mesmo com as mudanças incorporadas à vida dos indivíduos ao longo deste tempo, a educação médica não se modificou significativamente. LYONS & PETRUCCELLI

¹⁰ Galeno foi um médico grego, nascido em Pérgamo em 131 d.C., e que como tantos médicos gregos da época exerceu sua atividade profissional dentro dos domínios do Império Romano. Os romanos bem-nascidos consideravam indigno de um homem de posição exercer qualquer trabalho manual, incluindo-se entre estes a medicina, daí o grande número de médicos gregos entre eles. Galeno adotou a teoria humoral dos primeiros filósofos gregos – que pregava que a saúde do indivíduo dependia do equilíbrio entre quatro humores: a fleuma, o sangue, a bile negra e a bile amarela – e publicou muitas obras ricas em detalhes anatômicos obtidos a partir da dissecação de animais e extrapolados para os seres humanos. O conjunto dos seus conceitos – denominado galenismo – foi sancionado pela Igreja Católica e considerado a única verdade a ser ensinada nas escolas médicas, o que aconteceu até o final do século XVIII. Sua obra mais conhecida tinha o sugestivo título de *Ars Magna*. A crença nos ensinamentos de Galeno era tamanha que muitos professores chegavam a afirmar que se um achado numa determinada dissecação não estava de acordo com os ensinamentos do mestre, o cadáver é que estava errado.

(1997) descrevem a situação do ensino médico no século XVII como sendo uma mistura de noções erradas – especialmente com a persistência das noções de anatomia oriundas dos textos galênicos e dos escritos árabes de Avicena e outros – e estudantes desrespeitosos e briguentos. Havia também uma disparidade muito grande de critérios e exigências de titulação para o exercício da medicina, com grandes variações de um país para outro ou até mesmo dentro de um mesmo território.

Esbarrando no conservantismo das escolas médicas, os profissionais não ligados ao meio acadêmico, imbuídos do espírito renascentista, passaram a procurar novas formas de aprimorar o conhecimento e a forma de atuação do médico daquela época. Surgiram então as sociedades científicas, públicas e privadas, onde se abria espaço para a divulgação, discussão e apreciação de novos experimentos. As universidades de então “eram basicamente aristotélicas, isto é, utilizavam o método dedutivo, enquanto que as recém-criadas sociedades científicas eram experimentais e empregavam o método indutivo e empírico.” (LYONS & PETRUCELLI, 1997, p. 445). Estas sociedades científicas – como a *Accademia dei Licei* em Roma, a *Accademia del Cimento* em Florença, a *Academie des Sciences* na França e a *Royal Society* na Inglaterra – passaram a liderar as descobertas e os avanços científicos. A experimentação e a geração de conhecimentos, nesta época, eram essencialmente fruto de investimentos individuais, independentes, afastados das instituições universitárias.

Os grandes expoentes do ensino médico eram também grandes descobridores, o que fazia com que em torno deles se formassem grupos que os acompanhavam e assistiam, e que conseqüentemente com eles aprendiam, ainda que fora do ambiente universitário. Posteriormente as universidades passaram, gradativamente, a contratar e subsidiar esses indivíduos, utilizando-os como forma de atrair mais alunos¹¹, uma estratégia que até hoje vigora em alguns campos do ensino superior. Foi um período de grandes descobertas e, claro, grandes debates também já que a resistência às mudanças sempre se fez sentir no meio universitário. No século XIX, o foco mudou para a investigação clínica, quer dizer, pela primeira

¹¹ Já no século XVIII era comum que as universidades tivessem os seus “expoentes”, como por exemplo Hoffmann em Halle, Albinus e Boerhaave em Leiden, Auenbrugger em Viena, Monro em Edimburgo e Morgagni em Pádua. Muitas das estruturas anatômicas descritas por estes autores bem como procedimentos por eles criados – como é o caso da percussão de Auenbrugger – permanecem

vez desde os tempos de Hipócrates se avançava um passo no sentido de tentar elucidar a causa das perturbações vistas nos pacientes bem como se tentava descobrir, com método, uma maneira eficiente de tratá-los. “A característica fundamental da medicina do século XIX foi a intenção de correlacionar as descobertas laboratoriais e a sala de autópsias com as observações junto ao leito do doente” (Ibid., p. 508). Pela primeira vez isso era feito com método, dentro de um cenário específico para tal, a saber, o hospital.

No começo do século XIX, a medicina clínica floresceu na França, passando depois a influenciar e ter suas maiores contribuições advindas da Grã-Bretanha e, mais tardiamente, dos países germânicos. É neste período que apareceram no cenário médico nomes importantes como Cheyne, Stokes, Graves, Laënnec (o inventor do estetoscópio), Pinel, Trousseau, Charcot, Duchenne, Dupuytren, Addison, Hodgkin, Bell e tantos outros que tinham em comum o fato de estarem ligados a algum hospital e, por extensão, a uma escola de medicina, embora nem sempre ligados a uma universidade propriamente dita. O ensino médico mantinha ainda neste modelo uma grande independência, o que lhe conferia uma enorme heterogeneidade, algo que só seria modificado com a emergência do modelo hegemônico americano de educação superior, o que veio a acontecer no começo do século XX. Mais do que isso, a transição do século XIX para o XX testemunhou as tentativas mais incisivas de regulamentação tanto da profissão médica como da formação do médico, especialmente em solo europeu.

Do outro lado do Oceano Atlântico, no que era então a “Terra das Oportunidades”, o ensino médico já nascia enfrentando problemas e reformas já que não havia ali a longa tradição que presente nas escolas européias. Segundo LYONS & PETRUCELLI (1997) havia apenas quatro pequenas escolas médicas em toda a América do Norte no início do século XIX. Com o crescimento da população americana passou a haver uma maior demanda por médicos que tivessem uma formação adequada. Em Baltimore, no ano de 1807, organizou-se a Escola Médica da Universidade de Maryland e em muitos pontos dos Estados Unidos os médicos passaram a se associar e criar novas escolas. Os cursos duravam de 8 a 14 semanas, constituindo-se essencialmente em cursos teóricos, com aulas expositivas. Não existiam provas de qualificação profissional e como as escolas

válidos e são ensinados ainda hoje de forma muito similar ao que foi originalmente descrito.

dependiam dos pagamentos efetuados pelo corpo de alunos para manter a sua estrutura, quase todos eram aceitos desde que pudessem pagar pelo ensino ministrado. O espírito empreendedor americano se fazia sentir também sobre as educação médica já desde o seu início.

Entretanto, a formação destes médicos mostrou-se insuficiente para fazer frente às demandas da população e isto passou a ficar cada vez mais evidente com o passar do tempo. Por isso a *American Medical Association*, já na sua primeira reunião, criou um comitê com o propósito de prolongar a formação médica para um mínimo de 6 meses. Esta formação continuaria sendo teórica, consistindo exclusivamente de aulas expositivas, magistrais, proferidas por profissionais reconhecidos por ser “bons médicos”. A Universidade da Pensilvânia e o Colégio de Médicos e Cirurgiões de Nova Iorque seguiram esta orientação de prolongar o tempo de formação e quase ficaram sem alunos. As demais escolas optaram por não modificar os seus currículos num primeiro momento, aproveitando-se do maior afluxo de alunos que, insatisfeitos com o nível de exigência daquelas escolas, procuravam uma formação mais rápida, que lhes garantiria os mesmos direitos de exercer medicina do que os facultados a quem cursasse um curso mais demorado.

Contudo o panorama estava para mudar: a melhor condição de vida da população, bem como a evolução da medicina fizeram com que as pressões por uma educação médica de melhor qualidade se tornassem mais intensas. Em 1871 Harvard estendeu o tempo de graduação para 3 anos, prevendo-se dentro deste período um curso acadêmico de 9 meses e, ao final deles, a realização exames orais e escritos. O resultado imediato foi uma diminuição de 40% no número de alunos matriculados (LYONS & PETRUCCELLI, 1997), o que não fez com que a escola mudasse o seu direcionamento. Relutantemente as demais instituições do país seguiram o seu exemplo. Em 1893 a Escola Médica da Universidade Johns Hopkins foi fundada criando um novo referencial de qualidade, quase um padrão para as escolas médicas desde então¹².

Uma preocupação crescente em torno da qualidade do ensino médico

¹² Nesta escola dois nomes de importância crucial para a educação médica surgiram: William Osler – partidário ferrenho do ensino de clínica médica na formação médica – e William H. Welch – o introdutor do microscópio na prática médica americana. As exigências e a excelência desta escola logo geraram bons frutos e o Johns Hopkins logo se tornaria a referência, o modelo de formação médica americana e no resto do mundo. Sua importância é ressaltada por vários autores, por sua excelência e por seu pioneirismo (CHARLE & VERGER, 1995; LYONS & PETRUCCELLI, 1997).

americano – possivelmente por dispor-se então de uma base de comparação entre as diversas escolas médicas do país – acabou fazendo com que em 1910 o Conselho de Educação Médica da *American Medical Association* encomendasse uma avaliação mais objetiva à Fundação Carnegie para o Progresso da Educação. Este pedido acabou por gerar o Relatório Flexner¹³ que levou à elaboração de um modelo de educação médica que acabaria quase universalmente implantado.

Essencialmente o que Flexner propunha (MAMEDE, 2001; GONÇALVES, 2001) era que o ensino da medicina se apoiasse em um sólido alicerce científico, com um período inicial no qual seriam estudadas as ciências ditas básicas – anatomia, histologia, fisiologia, bioquímica, farmacologia – com uma carga maciça de teoria. Após existiria uma segunda fase, denominada ciclo clínico, em que os conhecimentos adquiridos nesta primeira fase seriam aplicados aos cuidados e tratamento dos pacientes. No final da formação o estudante deveria passar por um período de internato, no qual exerceria as atividades médicas sob supervisão de médicos mais antigos. Por ser Flexner um discípulo da Escola Nova de Dewey, a experiência assumia uma importância central nos seus conceitos.

Sob o aspecto pedagógico, a medicina moderna, como todo o ensino científico, é caracterizada pela atividade: o estudante não mais apenas vê, ouve e memoriza, ele faz. Suas próprias atividades na enfermaria e no laboratório são os principais fatores de sua instrução. (FLEXNER, 1910 apud GONÇALVES, 2001, p. 25)

O impacto deste relatório sobre a forma como a educação médica estava então estruturada foi simplesmente devastador. Houve inicialmente uma onda de fechamento de escolas que não se adequavam aos padrões do que era um bom ensino médico, isto é, que não estivessem de acordo com os parâmetros do relatório. Posteriormente a adoção do modelo de ensino proposto por Flexner foi utilizado como condição para a destinação de verbas governamentais. O influxo de verbas para algumas escolas fez com que estas tivessem possibilidade de investir em melhorias na sua estrutura física e em pessoal, o que acabou criando a idéia de que a adoção do modelo flexneriano melhorava grandemente as condições de ensino/aprendizagem.

Esta impressão acabou por legitimar e disseminar o modelo por todo o ocidente,

¹³ O relatório tira seu nome do educador americano Abraham Flexner, que coordenou os trabalhos.

onde permaneceu como a única opção por várias décadas. Somente na segunda metade do século XX com a progressiva valorização da medicina social, da medicina preventiva e com o surgimento do conceito de integralidade na assistência à saúde este modelo começou a ser posto em outra perspectiva, deixando de ser hegemônico. A adoção por parte das elites pensantes de outras idéias que não as estritamente enquadráveis dentro dos cânones científicos colaboraram para que sua excessiva rigidez passasse a ser contestada e discutida. As discussões ainda persistem ao redor do mundo: há defensores e detratores de ambos os lados, mas a tendência geral é que considerar o modelo flexneriano – tão importante no momento da sua adoção para qualificar o ensino médico – como arcaico nos dias de hoje. É quase unânime a impressão de que ele não dá conta de formar profissionais preparados para responder às novas demandas do mercado. LAMPERT (2002) destaca que o modelo proposto por Flexner caracteriza-se por:

- Existência de grande número de aulas teóricas, centrando-se o conhecimento médico nas doenças, dividindo-o em disciplinas
- O professor é o condutor do processo de ensino-aprendizagem, seja em aulas expositivas ou quando demonstra técnicas ou manobras na prática
- O cenário de ensino é o hospital terciário
- Os professores médicos são antes médicos do que professores, isto é, valoriza-se apenas a capacitação científica dos indivíduos no momento da sua seleção
- A formação orienta-se para a medicina liberal, exercida nos consultórios privados, ou seja, dentro de uma visão muito tradicional do “fazer medicina”

Como consequência deste conjunto de características a autora afirma que há um estímulo à especialização precoce “ainda na graduação, dificultando a formação geral dos médicos. Daí saem, com freqüência, pseudo-especialistas.” (LAMPERT, 2002, p. 67).

Esta orientação especializada, oriunda de uma forma compartimentalizada, dividida e estanque de aprender medicina muito tem sido debatida tanto no âmbito nacional quanto internacional (SOBRAL, 2002; VIEIRA et al., 2003). Com o passar do tempo e um quase desaparecimento da antiga figura do médico de família – seja

por falta de interesse de novos médicos de assumir o lugar dos que se aposentam ou morrem, seja porque houve uma hipervalorização da figura do especialista, ou talvez por uma associação destes dois motivos – percebeu-se que só especialistas não dariam conta de atender adequadamente à população (SÁ, 2000; STELLA, 2001; REGO, 2002; MARINS, 2003) . Passou a haver então uma retomada da idéia de que o médico deve ser formado com uma ampla visão geral da medicina antes de pensar em ser especialista em uma determinada área. Esta visão mais ampla transcende, inclusive, a prática médica tradicional, orientada para a cura das doenças e recuperação da saúde dos indivíduos. Passa-se a considerar o indivíduo como um todo, dentro do que passou a ser chamado de paradigma da integralidade para a formação médica e que, segundo LAMPERT (2002) tem as seguintes características diferenciais – muitas vezes antagônicas – quando comparada ao modelo flexneriano:

- Enfatiza-se muito mais a promoção, preservação e recuperação da saúde, entendendo-se a doença como um desvio desta e não como o centro da atuação e interesse médico.
- O processo de ensino-aprendizagem desloca seu foco do professor para o aluno, considerando a aprendizagem como o objetivo final, reconhecendo-se que o aluno é um agente ativo, responsável pela sua auto-formação e posterior capacidade de atualizar-se. Ao invés de centrar o processo nos conteúdos passa-se a valorizar muito mais a forma como se aprende.
- Desloca-se o cenário de ensino do hospital terciário para todo o sistema de saúde, seja nas unidades de saúde da periferia, seja nos hospitais menores. A intenção é que o aluno perceba que há – ou ao menos deveria haver – uma estrutura de atendimento à saúde da população, hierarquizada e com um nível crescente de complexidade, adequadamente estruturada para fazer frente às diferentes necessidades dos indivíduos.
- Valoriza-se da dimensão didático-pedagógica dos docentes sem esquecer, naturalmente, a competência técnico-científica. Também é considerada necessária uma participação e comprometimento destes docentes com o sistema público de saúde, tanto no que tange à sua atuação profissional propriamente dita quanto à sua participação na avaliação e formulação de

políticas e serviços de saúde.

- Fomenta-se a “reflexão e discussão crítica dos aspectos econômicos e humanísticos da prestação de serviços de saúde e de suas implicações éticas.”(LAMPERT, 2002, p. 68)

A confrontação das características do modelo flexneriano com as do modelo de integralidade deixa claro que não é um exagero falar-se em mudança paradigmática quando se pensa na adoção do segundo em substituição ao primeiro. A mudança principal, do ponto de vista da educação médica, é o deslocamento da figura do professor-médico do centro do cenário e é fonte de muita inquietação, preocupação e, por vezes, de franca revolta entre os docentes. A impressão geral é que a grande maioria destes docentes está convencido de que existe uma necessidade de promover mudanças, mas também não está disposta a desacomodar-se e aderir, o que é bastante compreensível.

Paralelamente a esta mudança de postura pedagógica há a valorização explícita de uma medicina voltada para os interesses da população antes dos interesses dos indivíduos que exercem a medicina. Dito de outra forma, há uma valorização maior dos interesses sociais sobre os individuais, o que reflete uma clara tendência de mercado facilmente observável com a retração da medicina liberal nos últimos anos (REGO, 2002). Adotar um modelo que visa um outro tipo de formação médica de certa forma causa desconforto em quem tem saudades do tempo em que a medicina tinha um outro *status*, uma projeção social maior e, efetivamente, era bem melhor remunerada do que muitas outras profissões. Colaborar com uma formação que oriente os futuros médicos numa direção diversa desta pode causar muito desconforto nos professores mais saudosistas, especialmente os que exercem medicina há mais tempo.

3.2) Ensino médico no Brasil

Pode-se começar a falar em Brasil a partir de 1500, quando da “descoberta” deste por um navegador português, Pedro Álvares Cabral. A colônia brasileira foi inicialmente explorada e mantida na condição de total dependência social, política e cultural da metrópole. Os raros profissionais que atuavam na área médica e que fizeram sua formação em escolas médicas procediam de Portugal. Alguns

brasileiros, nascidos em famílias ricas, eventualmente estudavam medicina nas universidades portuguesas e muito poucos voltavam para sua terra natal, preferindo a sofisticação e a melhor qualidade de vida européias. Os brasileiros permaneciam entregues ao curandeirismo e à medicina popular, como de resto já o estavam há séculos. Com a invasão da península ibérica por Napoleão, a Família Real portuguesa refugiou-se na sua colônia mais rica. Com a presença da Corte em terras brasileiras, muitas mudanças se fizeram necessárias, como a abertura dos portos e o livre comércio com outras nações daí resultante, a criação de uma imprensa nacional, a instituição de uma biblioteca, a aceleração do processo de industrialização e, como não poderia deixar de ser, a abertura de escolas. As escolas inicialmente criadas foram as de Artes e Ofícios e as Escolas Médico-Cirúrgicas. A primeira destas escolas foi a Escola Cirúrgica da Bahia, criada em 18 de fevereiro de 1808, por Carta Régia. A segunda escola, a Escola Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro foi criada a 5 de novembro do mesmo ano. Estas escolas sofreram uma grande influência da medicina francesa. Segundo NAVA (2004), as obras de Richerand e de Pinel foram traduzidas e adaptadas para uso no Brasil, sendo estas as que podemos chamar de primeiras publicações médicas brasileiras.

É interessante assinalar que estas primeiras escolas foram edificadas sobre a reputação de alguns médicos já bem conhecidos e reconhecidos como profissionais competentes e atuantes na até então colônia portuguesa. Neste período inicial da educação médica brasileira, como não poderia deixar de ser por ser ela totalmente moldada nos padrões europeus, a competência para ensinar era medida pela competência como profissional médico. Mesmo ligados à escola, os alunos estavam sob a responsabilidade – e certamente sob o jugo – dos professores, numa forma de relação muito mais pessoal do que a que estamos habituados hoje em dia. A situação era então tão diferente do que vemos atualmente que, na Província do Rio Grande do Sul, por exemplo, um positivismo extremado adotado pelo governo castilista da época permitia que alguém pudesse exercer a medicina somente pagando as taxas exigidas por lei e declarando-se médico. Não havia nenhuma necessidade de comprovação de qualquer tipo de formação para isso (WEBER, 1999).

Em 1826, em lei assinada por D. Pedro I, modificou-se o panorama da formação médica com a concessão às escolas médicas do direito de diplomarem

seus alunos, independentemente da jurisdição do Físico-Mor¹⁴ e do Cirurgião-Mor do Reino.

Em 1832 promulgou-se a Lei da Regência que mudou a denominação das Academias Médico-Cirúrgicas para Faculdades de Medicina e estendeu o período de formação para seis anos. Em 1879, com uma nova reforma no ensino médico, permitiu-se a matrícula de mulheres no curso médico¹⁵.

Apesar de os cursos já terem seis anos e de fazer-se pesquisa utilizando o método científico desde 1866, na Bahia, foi só bem após a adoção do modelo flexneriano americano pelo resto do mundo que algumas mudanças profundas começaram a se fazer sentir nas escolas médica brasileiras. Segundo LAMPERT (2002) a adoção oficial do modelo americano deu-se somente com a Reforma Universitária de 1968 que substituiu as cátedras – oriundas ainda da influência da escola francesa – pelos departamentos. Estes departamentos passaram a gerenciar as disciplinas e os cursos de medicina deviam, obrigatoriamente, possuir o ciclo básico e o ciclo profissionalizante, este último contendo um período chamado de Internato Curricular cujo objetivo seria propiciar uma retomada de todos os conhecimentos acumulados ao longo do curso, aplicando-os em um contexto de atuação profissional. Esta compartimentalização em departamentos e disciplinas dificultou sobremaneira a interação das disciplinas, levando os cursos médicos a estimular uma formação “individualista, biologicista, hospitalocêntrica e com ênfase nas especializações.” (LAMPERT, 2002, p. 65)

3.3) Ensino médico em Santa Maria

A expansão do ensino médico no Brasil deu-se de forma relativamente lenta. Em 1950, por exemplo, contava-se com 13 escolas médicas. Dentre estas estava a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, a terceira escola médica brasileira, fundada em 1898. Na década de 50 mais 15 escolas foram criadas, dentre elas o Curso de Medicina de Santa Maria, em 19 de maio de 1954, curso este agregado à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, que passou a ter este *status* de

¹⁴ O termo “físico” era ainda utilizado para designar o médico, àquele tempo

¹⁵ A primeira médica brasileira, Maria Augusta Generosa Estrella, formou-se em Nova Iorque, em 1881, quando as escolas do Brasil ainda não aceitavam mulheres. A gaúcha Rita Lobato Velho Lopes foi a primeira médica a se formar no Brasil, em 1887, na Bahia (LAMPERT, 1998).

universidade do estado justamente com a incorporação do Curso de Medicina de Santa Maria e o Curso de Direito de Pelotas (LAMPERT, 1998).

A história do curso de Medicina em Santa Maria é muito curiosa. Ele nasceu de um movimento iniciado em Porto Alegre por 51 alunos aprovados, mas não classificados, no vestibular da URGs¹⁶. Àquela época o vestibular consistia em uma prova oral, com a necessidade de “apresentar-se” diante de uma banca de examinadores, aluno a aluno. Estes 51 alunos conseguiram o grau mínimo para ser aprovados, mas não havia vagas para eles na URGs. Após longas negociações, inclusive a ida de alguns dos alunos até a capital da República, na época o Rio de Janeiro, surgiu a proposta de implementar um curso em Santa Maria, idéia esta entusiasticamente apoiada pelo então reitor da URGs, professor Elyseu Paglioli e acolhida pelo diretor da Faculdade de Farmácia de Santa Maria, professor José Mariano da Rocha Filho.

As dificuldades foram muito grandes, nestes primeiros tempos. A referência em Santa Maria era a já citada Faculdade de Farmácia que “nunca havia remunerado os seus abnegados professores” (MARIANO DA ROCHA Fº, 1998, p. 44), fato este que fornece uma pista sobre como as coisas funcionavam nestes tempos pioneiros. Montar uma escola baseada em professores que se dispusessem a ensinar sem ser remunerados pode parecer hoje algo estranho, senão suspeito. Claro que ater-se à questão financeira é, sem sombra de dúvida, um reducionismo extremo e uma injustiça com as primeiras pessoas que tentaram implantar um curso superior nesta cidade. Certamente os indivíduos que primeiro assumiram a função de professor o fizeram por acreditar que estavam contribuindo para a fundação e posterior melhoria da escola de que faziam parte. Mas este fato também deixa entrever claramente que não era possível manter-se atuando como professor, exclusivamente. Ensinava-se, portanto, no tempo que sobrava. Ensinar não era – e nesta conjuntura não podia mesmo ser – a atividade preferencial da vida destas pessoas. O fato de “dar aula” era um “bico” e talvez o título de “professor do curso de medicina” conferisse algum status mais elevado, possivelmente utilizado no *marketing* pessoal dos profissionais médicos na sua atividade extra-universitária.

As primeiras turmas do então Curso de Medicina de Santa Maria da

¹⁶ Muito embora a abreviatura atual do nome da Universidade Federal do Rio Grande do Sul seja UFRGS e se trate da mesma instituição de então, nesta época ela ainda não havia sido federalizada, por isso se chamava apenas Universidade do Rio Grande do Sul e sua sigla era URGs, sem o “F”.

Universidade do Rio Grande do Sul tinham boa parte do contingente de seus professores vindo de Porto Alegre. As aulas eram ministradas de forma intensiva geralmente nos finais-de-semana porque estes professores trabalhavam na sua cidade de origem e não poderiam ficar por períodos prolongados afastados da capital gaúcha. Uma maior participação dos médicos radicados em Santa Maria aconteceu a partir do terceiro ano de instalação do curso, quando os alunos iniciaram seu ciclo clínico, passando a ter a suas atividades de formação dentro de hospitais, momento em que houve uma maior necessidade de acompanhamento “próximo” por parte dos professores. Mesmo assim havia dificuldades para fazer com que os médicos da cidade se interessassem por alguma atividade dentre as inerentes ao ser professor de medicina.

Formados dentro deste cenário, muitos dos egressos desta primeira turma tornaram-se professores do curso de medicina nos anos subseqüentes à sua formatura. Numa época em que o mercado não era tão competitivo e ainda estava longe dos níveis de saturação observados hoje em dia não havia a exigência imperativa de uma especialização “formal”. O habitual era que o médico optasse por dedicar-se a uma determinada área e que acabasse sendo reconhecidos dentro dela. Conheci muitos destes professores, fui aluno de alguns, e neles percebia, em primeiro lugar, o orgulho de ser um dos pioneiros ao lado de uma idéia bem sedimentada de que eram médicos com atuação clínica antes de ser professores. Não lembro de ter ouvido o adjetivo “bico” ao referir-se à universidade com que tinham uma relação tão íntima, mas a impressão era mais ou menos esta.

Com todas essas dificuldades, talvez inevitavelmente enfrentadas por quem desbrava um caminho novo, a primeira turma de médicos desta instituição formou-se em 4 de janeiro de 1960, com 48 alunos. Neste mesmo ano fundou-se a Universidade Federal de Santa Maria, a primeira do interior do Brasil, havendo então o desligamento do Curso de Medicina de Santa Maria da URGS, passando este para a UFSM.

Apenas para dar uma dimensão dos sentimentos de quem viveu naqueles tempos de pioneirismo, gostaria de incluir duas citações: a primeira é do primeiro Diretor do Curso de Medicina e também primeiro Reitor da UFSM, professor José Mariano da Rocha Filho; a segunda é um poema de um ex-aluno da primeira turma de Medicina, o também professor Luiz Guilherme do Prado Veppo, poema este que

está em um monumento artístico alusivo aos 40 anos da primeira turma, localizado próximo ao Hospital Universitário de Santa Maria, no campus da UFSM:

Continuo acreditando que só a educação leva ao desenvolvimento. Considero meu ideal indestrutível, pois os homens passam, mas os ideais que defendem, se úteis à coletividade, permanecerão para sempre. Ao longo dos anos repeti que o medo bateu à porta, a fé foi abrir e não havia ninguém. Dificuldades sempre existiram, combati e fui combatido desde os tempos de estudante de Medicina, mas tenho certeza de que a fé que ergueu a Faculdade de Medicina e a UFSM continua naqueles que trabalham com empenho e certeza absoluta no futuro grandioso da nossa Universidade, a Nova Universidade. (MARIANO DA ROCHA Fº, 1998, p. 47-48)

É uma glória pertencermos
 No tempo e neste planeta
 De morte e destruição
 A cruzada que defende
 Os territórios da vida.
 Temos irmãos combatendo
 Ao longo dos meridianos
 Do nascer ao por-do-sol.
 Já lutamos nas Termópilas,
 Nos esgotos de Paris
 Nas areias do Saara
 Nos incêndios de Hiroxima.
 Não importa que o brasão
 Que distingue o nosso escudo,
 Seja todo de otimismo
 Ou de puro desengano,
 Somos todos cavaleiros
 Da corte do Rei Mariano. (PRADO VEPPPO, 1998, p. 270)

Desde o início da escola médica de Santa Maria houve uma valorização maior da atividade do médico clínico em relação à atividade do médico professor, o que não é uma exclusividade desta escola. Na verdade não é nem uma característica da escola médica já que parece ser uma tendência histórica bem perceptível na universidade brasileira. Nas palavras de PIMENTA & ANASTASIOU “... o pressuposto institucional é o de que, por dominar a área relacionada à disciplina, o profissional já possui em si a capacidade para se tornar um docente.” (PIMENTA & ANASTASIOU, 2002, p. 142). Pressuposto este, por sinal, que segue ainda sendo considerado válido para o público em geral e por muitos dos profissionais das diversas áreas.

Uma outra característica da escola médica de Santa Maria, provavelmente em íntima relação com este fato, é o de que tradicionalmente esta não é uma escola ligada à pesquisa ou ao desenvolvimento de uma medicina experimental ou de

ponta. A dependência inicial da Universidade do Rio Grande do Sul, sediada em Porto Alegre, a capital do estado, parece ter criado uma certa resignação, uma idéia de que, sendo interiorano, o curso deve ser também provinciano em sua mentalidade. Existe uma cultura de repassar conhecimentos, de formar profissionais bem qualificados nos aspectos técnicos mas, por outro lado, subsiste de forma algo velada a noção de que “bom mesmo é em Porto Alegre”. Talvez esta seja uma tendência normal, humana, já que em Porto Alegre, por ocasião da realização de um estágio ao longo da minha graduação, detectei uma idéia semelhante, em que o pensamento era algo traduzível como “bom mesmo é em São Paulo”. Imagino que em São Paulo a idéia seja “bom mesmo é em Nova Iorque”, mas isso já cai no terreno das conjecturas muito distantes.

Divagações à parte, esta idéia de que a UFSM é uma universidade pequena deu – e ainda dá – suporte aos que argumentam que os docentes médicos apenas fazem um “bico” como professores. E que, por ser uma atividade paralela, não merece ser tratado com a devida seriedade e nem vale o investimento de tempo precioso que se poderia dedicar ao trabalho “de verdade”. Um argumento em favor disto está no fato de que muitos professores justificam a sua não preparação didático-pedagógica porque grande parte do seu tempo dentro da escola é tomado pelo atendimento aos pacientes do Hospital Universitário. Não resta dúvida de que a melhor forma de um aluno aprender medicina é estando em contato com o paciente, atendendo-o e discutindo seu caso com um professor experiente e disponível. Entretanto, para que se consiga atender as demandas numéricas de pacientes dentro de um hospital como o HUSM, faz-se necessário em alguns momentos ver 20 ou 30 pacientes numa manhã, o que mesmo para alguém excepcionalmente dotado inviabiliza uma supervisão cuidadosa e criteriosa dos aspectos ligados à aprendizagem por parte do aluno. Institucionalmente também há uma grande valorização da produtividade em termos de número de pacientes atendidos em detrimento da qualidade dos atendimentos, ao menos se considerarmos os aspectos didáticos envolvidos nestes. Observa-se isto com muita facilidade dentro do HUSM onde, por exemplo, salas de aula destinadas anteriormente às reuniões em pequenos grupos para discussão de casos, seminários, etc. são convertidas em setores burocráticos do hospital. A diminuição do espaço destinado ao ensino é não só virtual como assume uma expressão física, palpável, visível.

Apesar desta tradição histórica de considerar o ensino uma atividade menor, relegada ao turno da manhã – é nítida e drástica a redução das atividades da graduação no hospital no turno da tarde, assim como da presença de professores – sempre houve indivíduos que enxergaram as deficiências de formação e tentaram adotar medidas no sentido de contorná-las. Algumas mudanças foram implementadas ao longo dos anos, mas elas eram ou a incorporação de disciplinas novas – fruto do desenvolvimento inerente à medicina ou do interesse de professores individuais – ou mudanças que poderiam ser definidas como “cosméticas”, em que basicamente se mexia na grade curricular alterando a ordem em que os conteúdos seriam ministrados aos alunos. Por vezes a discussão parecia consistir em se o estudo da anatomia deveria preceder o estudo da fisiologia ou se eles deveriam acontecer simultaneamente. A última reforma deste tipo foi instaurada em 1986, ano em que entrei no curso de medicina, por sinal. Consistiu, como de resto parece ter acontecido com todas as reformas precedentes de que tive notícia, em uma modificação da grade curricular com supressão de algumas disciplinas, fusão de outras, modificação da colocação de algumas em semestres diferentes sem que se promovesse uma mudança significativa nas concepções pedagógicas ou no projeto de formação dos egressos do curso médico.

Embora retrospectivamente seja fácil criticar e diminuir as tentativas de reforma já feitas, deve-se ter em mente que isto só é assim porque olha-se de longe, com a distância e a visão privilegiada que o tempo transcorrido nos permite ter. As dificuldades para implantar uma proposta nova são imensas. Esbarra-se, primariamente, em interesses corporativistas de professores que estão mais interessados em preservar o seu espaço quer dentro de disciplinas quanto de departamentos. Alguns chegam a falar na existência de “feudos” dentro dos espaços universitários, de “dinastias” de professores, como se o fato de ministrar aulas fosse um dom – e talvez um direito – vitalício. Além do mais, sempre houve a briga política, a falta de apoio institucional no sentido de modificar significativamente o cenário de ensino. Uma explicação possível está no fato de que a resistência às mudanças perpassa toda a estrutura da universidade, havendo uma tendência mais ou menos evidente, dependendo do momento, em mantê-la como está, como se a lei da inércia fosse aplicável além dos limites da física, abarcando também a vida universitária.

Por isso as mudanças anteriormente tentadas não surtiram efeito: a vontade dos professores em investir na mudança era muito pequena e o apoio da instituição a estas possíveis mudanças quase inexistia. Nas palavras de ZABALZA “torna-se difícil, enfim, qualquer tipo de inovação que vise superar os limites da ação individual ou a deixar em segundo plano os interesses individuais ou coletivos.” (ZABALZA, 2004, p. 119). Embora escrito na perspectiva de uma instituição muito antiga¹⁷ e situada em outro continente, chama a atenção o fato de que a dinâmica interna da universidade onde eu atuo em tudo se parece com a observada na UFSM. Segundo este autor as pressões tanto internas quanto externas por uma mudança contrapõem-se ao conservadorismo de alguns setores da própria instituição ao longo de toda a trajetória das universidades. E esta tensão em muitos momentos move a instituição, fazendo com que ela se recicle e se transforme ao longo do tempo. Estas duas correntes são importantes: se não houvesse a pressão pela mudança a instituição rapidamente se tornaria arcaica e ultrapassada; se, por outro lado, não se fizesse sentir a pressão por não mudar, a universidade ficaria à mercê dos ventos de qualquer “fúria reformista” passageira, de qualquer modificação que estivesse “na moda”, sem prestar atenção ao seu passado, às suas tradições e às suas conquistas.

Em decorrência da existência de todos esses fatores a real transformação no curso de medicina da UFSM – e também do conjunto das escolas médicas brasileiras em que ela se inscreve – começou a acontecer lentamente, o que embora frustrasse muitos “reformistas” fez com que o processo se desse de forma segura e muito bem fundamentada. Os primeiros movimentos neste sentido aconteceram no final do ano de 1997 quando o MEC publicou um documento¹⁸ no qual pela primeira vez se coloca em evidência as competências e habilidades profissionais consideradas desejáveis para um egresso do curso de medicina. Esta foi a primeira demonstração clara de que os órgãos superiores da administração pública não estavam satisfeitos com os profissionais egressos das instituições formadoras. E que

¹⁷ O Professor Zabalza trabalha na Universidade de Santiago de Compostela, uma universidade que tem 500 anos de história, ou seja, mais de dez vezes a idade que tem a minha instituição, por exemplo.

¹⁸ Edital MEC/SESu, de 04 de Dezembro de 1997, onde são expostos os parâmetros para a Instituições de Ensino Superior e comunidade interessada apresentarem propostas de novas Diretrizes Curriculares a ser implementadas em todo o território nacional. A partir das respostas a este edital foi elaborada a Resolução nº4 de 07 de Novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, homologado pelo Ministério de Educação que institui as

algo precisava ser feito, portanto. Houve um movimento inicial para que se criasse de um “exame de ordem” semelhante ao da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) em que se dividiria os egressos do curso de medicina em bacharéis em medicina (que concluíram o curso mas não passaram no exame e que portanto não poderiam exercer a medicina) e os médicos (aprovados no exame e portanto aptos a clinicar). A responsabilidade pelo sucesso ou fracasso no exame, claro, seria computado ao aluno. Num segundo momento a instauração da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM – mudou o foco para as escolas e um certo temor pelo fechamento de algumas delas fez com que houvesse um maior interesse pelo assunto dentro do ambiente acadêmico.

Anteriormente, em 1998, realizou-se em Santa Maria o primeiro Congresso Gaúcho de Educação Médica que trouxe para o seio da escola a discussão sobre a necessidade da implantação de reformas bem como a explicitação de algumas alternativas para balizar o processo. Seria uma inverdade afirmar que os professores se mostraram grandemente sensibilizados com isto. A participação do contingente local de docentes foi pequena e por algum tempo o assunto educação médica e reforma do curso caiu no esquecimento da maioria. Cabe salientar que a Coordenação do Curso tentou manter o debate aceso, promovendo oficinas para discutir a reforma curricular e que paralelamente sustentou a existência de um grupo de discussão em ensino médico que se reunia semanalmente e de onde acabaria por ser constituída a Comissão de Reforma Curricular.

Esta Comissão de Reforma Curricular tornou-se uma necessidade quando da avaliação do MEC realizada em nossa escola. Embora vista por muitos professores como uma interferência indevida no dia-a-dia da instituição, a presença de representantes do ministério dentro da escola serviu para mostrar algumas das suas deficiências. Há um ditado que diz que “santo de casa não faz milagre” e o que se verificou foi mais ou menos isso. As áreas críticas apontadas pela comissão – especialmente a inadequação do modelo flexneriano, a pouca qualificação didático-pedagógica do pessoal docente, a utilização quase exclusiva de um modelo hospitalocêntrico – já havia sido levantada muitas vezes nos grupos de discussão e nas oficinas patrocinadas pela coordenação do curso. Mas foi necessário que uma comissão externa apontasse estes problemas para que um grupo maior de docentes

se apercebesse da situação. Lembro que na época existiam alguns focos de quase pânico dentre os professores o que não era um exagero: falava-se muito em fechamento de escolas que não estivessem bem “cotadas” nas avaliações. Outros professores – já bem poucos neste momento – assumiam uma postura mais cética dizendo que tudo aquilo era só discurso, que nada se modificaria e que dentro em breve tudo voltaria a estar como sempre esteve.

Com a pressão aumentando no sentido de haver a necessidade de reformas “de verdade”, a Comissão de Reforma Curricular arregaçou as mangas e começou o “trabalho braçal”, por assim dizer. Muitas propostas foram discutidas, estudadas, alguns professores inclusive viajaram até outras escolas com propostas inovadoras, como a de Marília, onde o *Problem Based Learning* (PBL), a aprendizagem baseada em problemas está instituída em todo o curso de medicina, e a escola da Universidade de Minas Gerais, onde existe um programa de Internato Rural – que consiste na atuação dos alunos nas pequenas cidades do interior do estado – há vários anos. Daí surgiu, em 2002, uma proposta de currículo realmente diferente de tudo o que se viu até hoje no Curso de Medicina da UFSM. A quebra do modelo flexneriano com sua divisão em ciclo básico, ciclo clínico e internato curricular fica evidente já num primeiro momento. A estruturação do currículo passou a se assentar sobre três pilares: técnico-científico, humanístico e social. O sentido de formação dos alunos também mudou: ao invés de começar com uma carga teórica enorme para formar as bases do conhecimento como queria Flexner, a idéia passou a ser colocar os alunos desde o início de sua formação em contatos com indivíduos hígidos, observando como se dá o seu ciclo vital. O cenário de aprendizagem deslocou-se, neste momento inicial, de dentro dos muros da universidade para as vilas da periferia de Santa Maria. Ali os alunos passaram a acompanhar famílias com gestantes, crianças, adolescentes, adultos e velhos. O objetivo é que os alunos passem a conhecer estes indivíduos em seu próprio espaço, já não mais com os olhos do médico tradicional, uma visão direcionada para o diagnosticar e tratar, mas com uma visão mais global em que se procura compreender os determinantes sociais não só da doença, mas da saúde das pessoas. Paralelamente a isto, ou talvez em decorrência disto, a humanização se faz muito mais presente neste modelo.

Metodologicamente também houve uma proposta de mudança bem

importante no curso. Como a idéia é a formação do estudante, tanto no sentido pessoal quanto de conhecimento, a velha fórmula de aula expositiva/estudo individual/prova escrita (preferencialmente objetiva por gerar menos discussão e ser mais fácil de corrigir) foi substituída por uma proposta mais voltada para a formação e para o auto-conhecimento. Privilegiam-se os seminários, os alunos passam a ser partícipes de uma avaliação diária, com objetivos claros e previamente explicitados, preferencialmente pactuados. Têm acesso às suas notas e geralmente são eles que conferem a si mesmos os graus. Ou seja, de uma forma simples e direta – e de um golpe só – se retira das mãos dos professores o poder de pressionar ou coibir os alunos com o argumento da nota. Também se observa que uma forma mais interativa de ver os conteúdos aproxima professores e alunos, colocando em evidência tanto as virtudes quanto as deficiências docentes. MARCELO-GARCIA (1999) fala numa auto e numa heteroformação quando discute a educação dos indivíduos adultos. E esta forma muito mais interativa de convívio dentro deste triângulo de alunos, professores e conteúdos favorece tanto uma quanto outra. A riqueza de oportunidades, as múltiplas visões passíveis de se evidenciar com a troca e o diálogo têm muito maiores chances de favorecer um ambiente de estudo mais fecundo, constituindo um cenário em que a interatividade e a troca de conhecimentos favoreça a todos os atores.

Esta idéia de trabalhar em equipe, de valorizar os conhecimentos e a atividade em grupo é muito mais “revolucionária” dentro dos cursos médicos do que, por exemplo, nos cursos de licenciatura em Pedagogia, acredito eu. A competição entre os alunos de medicina é acirrada já desde a entrada na universidade, desde o pré-vestibular, o que com o PEIES¹⁹ só aumentou, instalando-se mais precocemente na vida dos estudantes já no início do ensino médio. O mercado de trabalho médico, especialmente nos centros um pouco maiores, como é o caso de Santa Maria, reforça este individualismo. Há um número muito grande de médicos atuando e ainda persiste uma visão de que a profissão é uma das que melhor remunera, o que atrai cada vez mais candidatos aos concursos vestibulares. Embora esta seja uma verdade para alguns, uma grande massa de profissionais médicos convive com

¹⁹ O Programa Experimental de Ingresso no Ensino Superior (PEIES) é uma forma alternativa ao vestibular para ingresso de alunos na UFSM. Consiste em uma série de três provas escritas realizadas por alunos do Ensino Médio, ao final do 1º, 2º e 3º ano destes. Atualmente 20% das vagas dos cursos da UFSM estão destinados a este programa.

salários não tão bons assim, levando uma vida agitada, correndo de um emprego para outro, virando noites fazendo plantões (MACHADO, 1997 apud LAMPERT, 2001). Mas isso já é um segundo momento, que acontece depois da formação inicial embora esta, claro, direciona se não determina o que acontece neste segundo momento. E as mudanças na forma e no conteúdo do que é visto ao longo do período acadêmico desta formação certamente modificará a visão, a forma de pensar e, espera-se, as atitudes dos egressos do curso médico.

Desnecessário dizer que toda esta transformação – que é realmente uma transformação e não uma mudança superficial – gerou e ainda gera muitos debates, resistências e um enorme desgaste por parte de quem defende a proposta. O argumento forte a favor das reformas implementadas foi dado novamente pelo MEC, que já havia sido o fator determinante para o início do processo, quando de uma segunda avaliação em que o projeto de reforma curricular foi muito elogiado, considerado adequado ao proposto. Mais do que isso, esta segunda avaliação indicou claramente que um bom trabalho estava sendo feito. E novamente apontou a deficiência de qualificação didático-pedagógica do corpo docente como algo que merece uma atenção maior por parte da coordenação do curso.

Esta reforma toda é uma mudança de mentalidade muito profunda para ser adotada assim, por decreto. Talvez só com um maior influxo de profissionais médicos para a “Área de Educação” – dito assim até parece que ser professor de medicina não é ser desta área – se tome consciência de que a qualificação para ser professor médico está na dependência de um investimento na dimensão didática e pedagógica no indivíduo. E que isto despende tempo, demora, modifica a forma de se ver e pensar o ensino, a relação com os saberes, com os alunos, com o mundo, enfim. Há a necessidade de preparar-se para ser professor, da mesma forma que se necessita de uma preparação para atuar como médico. Existe a idéia, por parte da Coordenação do Curso e da Comissão de Reforma Curricular, de criar-se um Núcleo de Aperfeiçoamento Docente para o Curso de Medicina. Esta é uma atitude que poderá vir a dar muitos frutos no futuro. Certamente não será um trabalho fácil nem os resultados aparecerão logo. Mas configura-se atualmente quase como uma necessidade. Ao menos se acreditamos realmente, como eu acredito, na idéia de que o professor se forma – e não nasce “pronto” – e que esta formação deve ser cuidada e vista com carinho, atenção e comprometimento real por parte de quem o

forma, ou seja, ele mesmo, essencialmente.

3.4) A formação do professor médico

De tudo o que foi exposto até aqui, fica claro que falar da formação do professor médico é um tema complexo. Talvez parte da percepção desta complexidade se deva ao fato de que há várias formas de compreender o que seja formação. CUNHA (2003) faz uma distinção entre Formação Inicial – correspondendo basicamente ao curso de graduação, que “garante o registro profissional e faculta o exercício da profissão” (CUNHA, 2003, p. 368) –, Formação Continuada – englobando as iniciativas individuais ou institucionais que objetivam melhorar ou capacitar o profissional – e Formação em Serviço – em que se assume a “concepção de que o trabalho é fonte e espaço de reflexão e produção de conhecimentos” (Ibid., p. 368). Embora didaticamente estas três concepções sejam importantes e facilmente distinguíveis entre si, torna-se um pouco árido falar sobre elas assim, isoladamente, como fases que se sucedem, inexoravelmente e como momentos separados, totalmente diferentes e independentes um do outro. Ao adotar a concepção de Trajetória de Formação (ISAIA, 2003) substituo esta visão mais estanque por uma outra que privilegia a dinâmica tanto no aspecto temporal quanto no das trocas acontecidas ao longo de toda a trajetória docente. Este conceito está assim expresso pela autora:

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 grupos com os quais interage, sejam estes formados por colegas, alunos ou demais integrantes da comunidade educativa. (ISAIA, 2003, p. 370)

Dito de outra forma a formação do docente, embora passando por várias situações distintas, acontece ao longo de toda a sua trajetória. Mais do que isso, fica implícito o conceito de que a trajetória pode ter avanços e recuos, marchas e contramarchas, fugindo-se da idéia de que tudo se dá de uma forma ordenada, pré-estabelecida e imutável. Deste ponto de vista vemos que a trajetória docente é, essencialmente, percebida dentro de uma perspectiva pessoal e individualizada, embora aconteça dentro de um cenário em que as interações com alunos, pacientes,

colegas e pessoas da comunidade sejam uma constante.

Exatamente em função deste convívio e das influências daí resultantes é que não se pode considerar “os professores” de forma homogênea. Só o contato com alunos em diferentes fases de sua formação ao longo da vida escolar faz com que os professores que com eles interagem também se configurem distintamente e apenas este aspecto já justificaria um enfoque diferenciado para os professores Alfabetizadores, os professores de Ensino Fundamental, os do Ensino Médio e, o que é foco do nosso interesse aqui, os professores do Ensino Superior.

Diversos autores (MARCELO-GARCÍA, 1999; MASETTO, 2000; OLIVEIRA, 2003; ZABALZA, 2004) ressaltam a importância de considerar o professor universitário como um profissional distinto dos demais professores, que atuam em outros níveis do ensino. Mais do que isso, por constituir-se em uma profissão, exige que quem a exerça tenha uma certa competência profissional. Nas palavras de MASETTO (2000) “só recentemente os professores universitários começaram a se conscientizar de que a docência, como a pesquisa e o exercício de qualquer profissão, exige capacitação própria e específica”. (MASETTO, 2000, p. 11). Embora toda a generalização seja um risco e esteja, *a priori*, provavelmente errada, pode-se dizer que há entre os docentes uma tendência a considerar esta preparação específica para o magistério superior como importante, embora esta não seja uma percepção uniforme.

O conceito que quero salientar aqui é o de que o ensino superior é um campo de estudo com características próprias, portanto distinto de todos os outros, que necessita ser investigado de forma diferenciada, tendo-se em conta suas idiossincrasias. De todas as características atribuíveis aos professores de ensino superior – aí incluídos os professores médicos – certamente a que mais chama a atenção é a falta de preparo para o ensino como tal, o que é colocado em evidência por vários autores (MARCELO-GARCIA, 1999; FERNANDES, 2000; MASETTO, 2000; FEUERWERKER, 2002; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; TAMOSAUSKAS, 2003; ISAIA, 2003; NAVA, 2004; DA ROS, 2004; URTIAGA, 2004). Persiste ainda aquela idéia tão sedimentada – inclusive do ponto de vista institucional – de que o importante para um bom professor médico é a competência na sua área técnica e que a sua excelência profissional garantiria uma igualmente excelente atuação como docente. Ou por outra, “bastaria aprofundar o conhecimento técnico da

especialidade e despejar este conteúdo no recipiente vazio, que é a cabeça do aluno.” (DA ROS, 2004, p.239).

Embora possa parecer chocante hoje em dia imaginar que alguém ainda conceba o aluno no seu sentido literal (aluno é uma a palavra originada da conjunção de a=sem, luno=luz, o que por si já é auto-explicativo), esta não é uma idéia estranha ao ambiente dos professores médicos. Não é raro encontrar colegas docentes médicos que ainda mantêm esta concepção de aluno como uma folha em branco, como alguém que precisa receber as informações e que o fará de forma acrítica. Há professores que ainda acreditam que “dão aula”, que acreditam ser eles os que permitem aos seres sem luz iluminar-se como a aquisição de conhecimentos, digamos assim, luminosos. E que se consideram veículos desta luz. Independente do fato de que os professores geralmente têm um maior conhecimento do assunto – porque têm mais idade e o estudam há mais tempo – o relevante neste fato é a crença implícita de um desnível importante, de um distanciamento entre aluno e professor, de uma noção de que o professor é muito superior ao aluno. E também que, embora não tenha uma preparação para isso, o professor médico tem a capacidade, mais bem descrita como dom nesta forma de pensar, para ensinar futuros médicos. E mais: sendo um dom não é algo que pertença ao terreno das coisas passíveis de ser aprendidas, compreendidas, estudadas, aprimoradas, desenvolvidas.

Esta concepção arcaica do ensinar e aprender, decorrente da própria formação – ou talvez seja melhor dito das características desta formação – dos docentes médicos, está muito longe do que é proposto contemporaneamente para o ensino na universidade. ANASTASIOU & ALVES (2003) propõem uma modificação neste enfoque, sugerindo a adoção do conceito de *ensinagem* na universidade. Ensinagem seria um

termo adotado para significar uma situação da qual necessariamente decorra a aprendizagem, sendo a parceria entre professor e alunos a condição fundamental para o enfrentamento do conhecimento, necessário à formação do aluno durante o curso de graduação. (ANASTASIOU & ALVES, 2003, p. 15).

Embora esta seja, a meu ver, uma excelente estratégia a ser adotada quando se aborda o processo de ensino/aprendizagem de adultos, certamente ainda

estamos muito longe de ver estas idéias postas em prática no âmbito dos cursos médicos, onde parece ainda prevalecer a noção de que há a necessidade do tal “dom” para ensinar e que este é o mais importante pré-requisito para tal.

No mesmo sentido das idéias de ANASTASIOU & ALVES – e igualmente distante da realidade vista nas escolas médicas –, ISAIA & BOLZAN falam da necessidade de adoção de uma idéia de *aprendizagem compartilhada*, já que “os professores e alunos intercambiam as funções de ensinantes e aprendentes, não tendo, nenhum deles, o monopólio exclusivo de uma delas” (ISAIA & BOLZAN, 2004, p. 130). Esta mudança de posicionamento, talvez melhor dito de mentalidade, ainda não é uma perspectiva nem a médio prazo nos cursos de medicina. Certamente há muito o que se crescer em termos de compreender o processo de formação docente e a epistemologia do professor médico. O que, espero, pretensiosamente eu admito, esta dissertação poderá talvez contribuir para que aconteça.

O que aparece de forma evidente a quem faz uma leitura um pouco mais crítica da realidade das escolas médicas é o que FERNANDES (2000) salienta quando diz que “não se pode reduzir a formação do professor universitário a pendores naturais ou ao domínio de conteúdo científico do seu campo específico.” (FERNANDES, 2000, p. 97). A formação médica é voltada essencialmente para a formação do médico que irá atuar como técnico em medicina. Não há em nenhum momento do curso de graduação um maior interesse na discussão de aspectos didáticos e pedagógicos do processo ensino/aprendizagem e isto é bem compreensível. Se considerar-se que a grande maioria dos egressos dos cursos médicos não irá enveredar por uma carreira acadêmica, talvez estes conteúdos mais pedagógicos ficassem de fato deslocados, colocados como mais uma disciplina destinada a suscitar pouco interesse. Além do mais – e este parece ser o motivo real por trás de toda esta problemática – os próprios docentes que ministram as disciplinas desconhecem o que seria uma formação pedagógica. A grande maioria dos professores médicos age intuitivamente, espelhando-se nos seus próprios antigos mestres, aprimorando sua prática através de sucessivas tentativas, com os conseqüentes acertos e erros. Na verdade há uma dupla cegueira aí: o aluno não sabe que o professor não sabe ensinar – porque o docente não se preparou para isso – e o professor não sabe que não sabe ensinar – porque nunca teve uma discussão mais aprofundada sobre as competências necessárias ao ensinar, seja

porque se esquivou disso, seja porque a instituição em que trabalha não as considera de grande importância.

A grande motivação para ensinar que os professores de medicina referem (TAMOSKAS, 2003; URTIAGA, 2004) é o contato, nos tempos da graduação, com algum professor de quem gostavam. Este “gostar” estende-se freqüentemente à disciplina por ele ministrada e também ao exercício do magistério. Como é uma transmissão de um “pendor”, não há uma formalização de como isso se dá. Não há uma preparação específica. Apenas uma sensação de que se “gosta e leva jeito” para o ensino.

Há uma outra característica própria da profissão médica que também se reflete na vivência do dia-a-dia do professor médico: a dificuldade de troca de experiências, a divisão das angústias e a explicitação das dificuldades encontradas com os demais colegas. Isso se deve à inexistência de um espaço formal para que isso aconteça dentro dos cursos de medicina. Segundo ISAIA (2003) configura-se uma verdadeira *solidão pedagógica*. Esta solidão não está restrita nem é exclusividade dos docentes médicos, tendo o conceito sido elaborado em relação a todos os docentes de ensino superior. Se já é uma verdade entre os docentes de licenciatura e de bacharelado pode-se facilmente depreender que é uma característica muito presente, um sentimento muitas vezes experimentado entre os docentes médicos.

MARCELO GARCIA (1999), citando um estudo realizado em 1987 por Centra, lista nove “características de los buenos profesores de nivel universitario²⁰: (1) habilidade em comunicar-se, (2) atitudes favoráveis com relação aos alunos, (3) conhecimento do conteúdo, (4) boa organização do conteúdo e do curso, (5) entusiasmo com a matéria, (6) justo com as notas atribuídas, (7) disposição para inovar, (8) estimula o pensamento dos alunos e (9) capacidade discursiva. Embora sempre seja um risco construir elencos de atributos para uma determinada tarefa – a de ser professor universitário, no caso – por causa da possível adoção desta como um *check-list* para profissionais, acredito que a explicitação destas serve para destacar que os atributos de um bom professor universitário interessam à três esferas: a profissional, a pessoal e a técnica. E vê-las assim, lado a lado e não em um *ranking* de importância é uma sinalização de que talvez devêssemos começar a

²⁰ características dos bons professores de nível universitário (Tradução livre).

considerar esta uma possibilidade prática, uma atitude que deva transcender o campo retórico dos discursos acadêmicos.

Na mesma linha, mas com um enfoque mais aberto, MASETTO (2000) faz uma análise do professor de ensino superior e coloca em evidência três competências julgadas por ele necessárias para quem se propõe a exercer a docência: (1) ser competente em uma determinada área de conhecimento, (2) ter domínio na área pedagógica e (3) exercer a dimensão política dentro da atividade docente. Destas três apenas a primeira, ser competente numa área específica, vem sendo considerada importante na seleção e posterior atuação dos docentes médicos. A segunda, dominar aspectos pedagógicos, é vista, geralmente, como supérflua. E a terceira, o engajamento político, é, via de regra, visto como algo que deve ser evitado, algo não desejado.

A idéia de que o professor de medicina é antes um médico do que um docente é facilmente perceptível em muitos dos textos produzidos sobre o assunto (MARCELO-GARCIA, 1999; FERNANDES, 2000; LUNA, 2001; MASETTO, 2000; FEUERWERKER, 2002; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; KOMATSU, 2002; LIMA JÚNIOR, 2002; TAMOSAUSKAS, 2003; ISAIA, 2003; RONZANI & RIBEIRO, 2003; NAVA, 2004; DA ROS, 2004; URTIAGA, 2004). A identidade profissional assentada sobre a atuação técnica não é uma característica exclusiva dos cursos de medicina, aparecendo em diversos setores do ensino superior, especialmente nas ditas profissões clássicas como a Engenharia e o Direito, por exemplo. ZABALZA (2004) destaca este fenômeno e faz uma discussão muito pertinente sobre ele. O problema envolve desde concepções individuais dos professores até as formas de incentivo ao trabalho dentro das instituições de ensino superiores, onde o reconhecimento profissional passa ao largo da atuação didática, centrando-se na competência e na produção, muitas vezes quase exclusivamente nesta última. Segundo o autor esta poderia ser uma explicação de porque alguns professores preferem ter o mínimo de contato com os alunos, direcionando sua atuação para o que ele chamou de “produção científica ou das atividades produtivas que geram méritos acadêmicos e que redundam em benefícios econômicos e profissionais.” (ZABALZA, 2004, p. 105). No cenário educacional brasileiro existe a percepção das mesmas questões.

O professor do ensino superior se vê, muitas vezes, premido pelo tempo em razão de outras atividades, como a pesquisa, e, na área médica,

a atenção à saúde. As universidades cobram uma produção científica, e as gratificações e promoções na carreira guardam relação direta com o que se publica, especialmente nos periódicos estrangeiros. *Publish or perish*, e perecem os estudantes, ao menos os da graduação. (KOMATSU, 2002, p. 58)

Torna-se difícil querer que um professor invista na sua formação didática, o que, em última análise, redundaria numa melhora das condições de ensino para os alunos, quando a instituição não o estimula nesse sentido.

Há ainda um fator importante a ser salientado quando se fala do professor médico: embora o discurso corrente diga que a atividade profissional técnica é a mais importante, muitos médicos que atuam como professores não se furtam a alardear este fato com o intuito de angariar respeito e – possivelmente – pacientes para a sua atividade privada. Ou seja, embora construam a sua identidade profissional sobre a atuação de técnico em medicina atribuem a ser professores uma importância grande, como se isto os fizesse melhores profissionais, como se o fato de ser professor permitisse uma maior valorização dentro do mercado de trabalho. A explicação para isso reside, novamente, na crença de que os bons profissionais são automaticamente bons professores – quem sabe fazer sabe ensinar – e deixa claro que esta não é uma concepção exclusivamente universitária. Está no imaginário de quase todas as pessoas, estejam elas ligadas ao ensino ou não. Uma forma bem simples de constatar que socialmente é muito mais reconhecido o ser médico do que o ser professor é que a maioria dos indivíduos opta por apresentar-se como médico, não como professor de medicina.

Isso quer dizer que o lugar onde se deposita nossa identidade é no conhecimento sobre a especialidade (o que nos identifica com os outros colegas de especialidade, sejam ou não sejam professores) e não no conhecimento sobre a docência (o que nos identificaria com os outros colegas da universidade, sejam ou não sejam de nossa especialidade). (ZABALZA, 2004, p. 107).

O prestígio social do médico também vem mudando, o que se tornou mais perceptível a partir dos últimos anos do século XX. Há uma tendência atual que considera o profissional médico um técnico em saúde, alguém que presta um serviço semelhante a qualquer outro na sociedade e, portanto, dependente na sua atuação das exigências e direcionamentos dados por esta sociedade (KOMATSU, 2002; MARINS, 2003; VIEIRA, 2003; AMORETTI, 2005). Foge ao escopo desta

dissertação discutir estas mudanças, mas é importante citar que a influência crescente da medicina social tem contribuído grandemente para isso e, conseqüentemente, tem mudado também a forma de compreender a função dos médicos e da medicina no contexto da sociedade.

A percepção destas mudanças acabou por tornar evidente que a formação dada aos profissionais egressos dos cursos de medicina não era adequada para esta nova realidade. A abordagem inicial centrou-se sobre dois pontos: os alunos e as condições de ensino. A frase “os alunos não são mais como antes” é ainda muito ouvida no âmbito do curso médico, como se a responsabilidade por um desempenho aquém do esperado por parte do corpo discente fosse responsabilidade exclusiva deste. Outro aspecto desde logo levantado foi a falta de condições materiais para o ensino sendo que a maioria das escolas esquivou-se de “uma análise crítica das concepções pedagógicas predominantes nas escolas médicas ou a incorporação dos conceitos atuais para a educação de adultos.” (FEUERWERKER, 2002, p. 24). Ou seja, por um período relativamente longo optou-se por interpretar as deficiências do produto – os alunos – como uma deficiência do sistema de formação deste, o que curiosamente parecia excluir o professor. Ou o aluno não era bom o bastante para se tornar um bom profissional ou então não havia condições materiais – tecnológicas, de espaço físico – para que isso acontecesse.

Aos poucos, com o fracasso das tentativas de melhoria apenas com o reaparelhamento das escolas, voltou-se o olhar para o professor (BATISTA, 1998; DA ROS, 2004). Só mais tardiamente a questão da qualificação dos médicos-docentes como professores e não como técnicos na sua área passou a ser vista como a grande estratégia a ser adotada para dar conta da melhoria ou adequação da formação do aluno (BATISTA, 1998; MARCELO-GARCIA, 1999; IMBERNÓN, 2001). Este fenômeno não se iniciou dentro dos cursos de medicina, mas parece responder a uma pressão externa a eles, oriunda de setores dentro da estrutura universitária que se preocupam com a formação didática docente. Desnecessário dizer que esta postura encontrou e ainda encontra grandes resistências dentro do curso médico porque implica em uma mudança de abordagem na forma de ensinar, na forma de aprender, de se relacionar com os colegas e com os alunos. Modificasse, de certa forma, o modo como o professor médico conhece e reconhece a sua identidade já que, com essa mudança de concepção, o professor médico passa a

ser mais professor, o que pode ser interpretado, também, como um passar a ser menos médico. E historicamente a sociedade considera mais “importante” ser médico do que ser professor. A perda de *status* social do médico associada à retração do mercado de trabalho também são fatores que influenciam essa mudança de visão, incomodando muitos profissionais.

Há a necessidade de repensar o que se faz. Nas palavras de DA ROS (2004) a prática médica tradicional deve ser redimensionada, ressignificada, levando a uma situação em que se possa “enquadrá-la numa prática humanizada, crítica, reflexiva, que veja as pessoas como um todo em suas relações e que se amplie as possibilidades de resolubilidade.” (DA ROS, 2004, p.242). Então não é só a função docente que muda, isoladamente. A própria prática da medicina se transforma. E as escolas médicas, por mais que o desejassem, não podem ficar alheias, à margem destas transformações. Precisa-se de novos professores para formar novos médicos. A atividade docente não pode mais se limitar à atuação “em sala de aula”. Alunos não devem “assistir aula”, passivamente. O professor que “dá aulas”, que é distante e detentor de todo o conhecimento é hoje uma idéia anacrônica. Cada vez mais aparece a figura do professor como um facilitador da aprendizagem, alguém que está ao lado do aluno, com capacidade de ajudá-lo na construção do seu saber, capaz de perceber as suas dificuldades e indicar caminhos para que ele as supere (DOS SANTOS, 2002). Há a necessidade de desenvolver competências e habilidades para que se consiga aproximar os professores desta nova imagem docente (STELLA, 2001; VENTURELLI & FIORINI, 2001; KOMATSU, 2002) . Ainda mais quando se considera que os atuais professores foram formados dentro de uma outra visão, com outros modelos a nortear sua escolha profissional e, logicamente, sua forma de atuar.

Hoje é evidente que, ao menos nos discursos oficiais, a docência implica desafios e exigências: são necessários conhecimentos específicos para exercê-la adequadamente ou, no mínimo, é necessária a aquisição dos conhecimentos e das habilidades vinculadas à atividade docente para melhorar sua qualidade. (ZABALZA, 2004, p. 108)

No entanto este posicionamento freqüentemente não transpõe o limiar do discurso. Ainda “são muitos os que defendem idéias opostas: para ser bom professor universitário o importante é ser bom pesquisador.” (Ibid., p. 108). Nem

poderia ser diferente. As mudanças bruscas assustam e, como uma prudente regra geral, devem ser evitadas. Há uma necessidade de que os setores mais conservadores tenham sempre voz e poder. Eles funcionam como um reservatório de solidez, impedindo que as mudanças ocorram apenas no calor do reformismo, da mudança pela mudança, do entusiasmo pelo que está na moda. Há que se processar uma mudança mais profunda, uma ação sobre a formação do professor médico. Talvez se deva pensar em formação mesmo, antes de considerar uma transformação, já que esta chamada formação inicial, como bem se vê, praticamente inexiste no plano real.

Em resumo, a formação do médico implica-se com questões muito antigas assim como é igualmente antiga a existência da figura do professor médico, o médico que ensina. Por outro lado um professor-médico identificado tanto com a sua função técnica quanto com a sua função docente é quase uma abstração. Não que eles não existam, que fique bem claro. Se assim fosse esta dissertação nem teria sentido, obviamente. O que existe é uma grande lacuna no estudo e compreensão destes indivíduos, destes médicos que resolvem ensinar e que o fazem dentro de um meio universitário onde os conhecimentos próprios e inerentes ao ser professor são, curiosamente, considerados como menos importantes. Entender como estes sujeitos se constituem professores e como são suas percepções deste processo é que se constitui na minha grande dúvida, na questão geradora da pesquisa.

Somando-se a esta dúvida, acrescenta-se outra situação curiosa: os professores que hoje são docentes do Curso de Medicina da UFSM – e aí eu me incluo – passam pela difícil situação de ter que adotar novas estratégias de ensino e fazer novas abordagens de conteúdos de uma forma totalmente diversa daquela na qual foram formados. Poder-se-ia dizer que hoje em dia não só o professor médico não tem uma formação didático pedagógica como experimenta a sensação angustiante de que os seus referenciais para o exercício da docência não são mais válidos. Por isso se pode falar de uma verdadeira mudança paradigmática como o querem vários autores (LUNA, 2001; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT 2002; RODRÍGUEZ et al., 2004; DA ROS, 2004). É um momento de indecisão. Um momento de mudança. E como tal, um momento cheio de dúvidas, medos e, lógico, esperanças.

4. O QUE DIZEM OS PROFESSORES MÉDICOS DA UFSM

4.1) Apresentando as categorias

Trabalhar com os sujeitos de pesquisa, que também são colegas de trabalho, foi, antes de tudo, um prazer. Acessar as percepções e conceitos destes sujeitos, confrontá-los com os meus próprios conceitos e percepções bem como tentar descortinar um panorama mais amplo, sem dúvida, alargou meus horizontes de visão. O cenário – ou seja, a universidade, sua estrutura – e os atores – seus professores, alunos e funcionários – tem hoje um aspecto muito diferente do que o percebido por mim ao iniciar esta pesquisa. E certamente esta mudança se deve à imersão no *corpus* gerado a partir das auto-reconstruções e das entrevistas. Apropriar-se dos conceitos dos outros fazendo-os interagir com os meus próprios é o que gerou esta mudança.

Parte deste processo, aliás indispensável para o desenvolvimento da pesquisa, consistiu no tratamento do material coletado. Inicialmente o processo gerou resultados muito amplos, configurando dezoito unidades, a saber:

1. Motivação para a docência.
2. Influências para a docência.
3. Entrada na carreira docente.
4. Atividades iniciais como docente.
5. Dificuldades iniciais.
6. Formação didático-pedagógica.
7. Condições de trabalho fornecidas pela instituição.
8. Características do trabalho
9. Mudanças promovidas e vividas.
10. Relacionamento com os alunos.
11. Percepção da função docente.
12. Percepção da profissão docente.
13. Carreira docente.
14. Colegas.
15. Motivação para ser médico(a)
16. Fatos da vida pessoal que interferiram
17. Dilema médico x professor
18. Outros

Desta primeira tentativa de trabalhar o material ficou a impressão de que uma abordagem mais ampla, menos focada em detalhes específicos se fazia necessária ao categorizar o material. As unidades iniciais necessitavam ser agrupadas em

grupos maiores, as categorias, já que havia uma grande afinidade de temática entre algumas delas. Um bom exemplo disso são, por exemplo, a Motivação Para A Docência e as Influências Para A Docência já que uma influência não deixa de ser, por conceito, uma motivação. Também não é aceitável a existência de uma unidade denominada Outros a não ser como um estágio intermediário de categorização onde ela cumpre a função de “estocar o material” que, à primeira vista, não se enquadra em nenhuma das unidades ou categorias criadas, impedindo que este seja perdido por ser considerado “pouco importante”. Portanto o primeiro esforço empreendido nesta categorização consistiu em reler com muito mais atenção o conteúdo desta unidade com vistas a enquadrar o material em outras unidades já existentes ou, se fosse o caso, criando novas categorias. O que aconteceu foi que esta releitura acabou por permitir que todo o material inicialmente referido como Outros fosse enquadrável nas unidades já existentes.

Este fato gerou uma dúvida: teria sido o material unitarizado inicialmente adequadamente abordado? Da dúvida à ação: nova leitura do *corpus*, com algumas modificações na colocação de determinadas citações em outras unidades. Acredito que leituras sucessivas teriam o mesmo efeito. Quanto maior a intimidade com o material, quanto mais manuseado, lido e relido, mais formas de ver e interpretar o que se tem à mão aparecem. A disposição momentânea de quem lê, a qualidade e quantidade bem como o foco de sua atenção também modificam os resultados do processo. E como o foco, neste momento, está muito mais no processo do que no resultado – do ponto de vista de quem analisa – este foi um momento de grandes reflexões sobre maneiras diferentes de ler os fatos, de interpretar as palavras e de entender o que se quer dizer com isso ou aquilo. Em meio a isso tudo chegou um momento em que emergiu uma categorização com apenas cinco categorias que englobavam todas as unidades anteriormente criadas. Esta categorização, com as respectivas unidades integrantes de cada uma, assim se constituiu:

1. Professores Médicos Também São Pessoas
 - 16. Fatos da vida pessoal que interferiram
2. Ser Médico
 - 15. Motivação para ser médico(a)
3. Ser Professor Médico
 - 1. Motivação para a docência
 - 2. Influências para a docência

- 3. Entrada na carreira docente
- 4. Atividades iniciais como docente
- 11. Percepção da função docente
- 4. Ser Professor Médico É Diferente de Ser Médico
 - 5. Dificuldades iniciais
 - 6. Formação didático-pedagógica
 - 7. Condições de trabalho fornecidas pela instituição
 - 8. Características do trabalho
 - 10. Relacionamento com os alunos
 - 12. Percepção da profissão docente
 - 13. Carreira docente
 - 14. Colegas
 - 17. Dilema médico x professor)
- 5. A Reforma Curricular
 - 9. Mudanças promovidas e vividas

A partir deste ponto, com um material mais “palatável” em mãos, iniciei a categorização final, mantendo os títulos de cada categoria e criando para cada uma delas um número variável de perguntas orientadoras que têm a função de nortear a discussão e explicitar o que foi percebido a partir das entrevistas narrativas e das auto-reconstruções biográficas, consolidadas no *corpus* da análise. Estas categorias, bem como as perguntas orientadoras, estão explicitadas no quadro abaixo:

CATEGORIAS	PERGUNTAS ORIENTADORAS
1. Professores médicos também são pessoas	1.1.A vida pessoal interfere na vida profissional? 1.2 A Vida profissional interfere na vida pessoal?
2. Ser médico(a)	2.1 Por que ser médico(a) 2.2 Existe mesmo esse tal de dom?
3. Ser professor(a) de medicina	3.1 Desde quando se quer ser professor? 3.2 Por que ser professor de medicina? 3.3 E o que faz (ou deve fazer) um professor de medicina?
4. Ser professor(a) de medicina é diferente de ser Médico(a)	4.1 Saber fazer é saber ensinar a fazer? 4.2 Quem ajuda um professor a ser professor? 4.3 E quem (ou o que) atrapalha ou interfere? 4.4 Aonde se aprende a ser professor? 4.5 Ser professor é menos do que ser médico?
5. A reforma curricular na UFSM	5.1 Qual o impacto de uma reforma curricular?

	<p>5.2 Uma reforma curricular é diferente de outra?</p> <p>5.3 Novos professores são reformistas?</p> <p>5.4 Para onde vai a reforma curricular?</p>
--	--

A partir deste ponto começo a falar do material propriamente dito. Partirei das categorias explicitadas acima e usarei as perguntas orientadoras como o fio condutor do processo de exploração do material coletado. A intenção é tramá-lo com as referências encontradas na literatura bem como com algumas das minhas interpretações pessoais, o que sempre é um risco. Mas correr riscos é inerente ao processo de assumir a autoria dos próprios atos. E, de uma certa forma, crescer é isso mesmo: assumir responsabilidades pelos próprios atos. Portanto, vamos ao trabalho:

4.2) Professores médicos também são pessoas

4.2.1) A vida pessoal interfere na vida profissional?

Falar de professores como “entidades” com uma existência confinada nos limites estreitos e estritos da instituição na qual trabalham e da profissão que exercem é um vício antigo que deve ser superado. ABRAHAM (1987) ao analisar a forma como tradicionalmente o professor é visto destaca que “la literatura, los estudios lo ignoran como individuo, como ser humano que al igual que los demás tiene sus propios problemas, deseos y limitaciones”²¹. (ABRAHAM, 1987, p. 13). A antiga afirmação de que o professor deve deixar seus problemas, suas necessidades, seus pré-conceitos – sua vida enfim – do lado de fora da sala de aula hoje em dia não é mais vista como adequada, se é que possível. “Las experiencias nos convencieron de la importancia de lo subjetivo”²² (Ibid., p. 14) o que, sem dúvida, coloca em destaque a necessidade de compreensão do indivíduo como pessoa e profissional, dois aspectos indissociáveis como já salientam vários autores (MARCELO GARCIA, 1999; ISAIA, 2003; OLIVEIRA, 2003).

A própria definição de sala de aula vem sofrendo modificações já que ela não se restringe mais aos limites estreitos das quatro paredes tradicionais, com as

²¹ “a literatura, os estudos, o ignoram como indivíduo, como ser humano que assim como os demais tem seus próprios problemas, desejos e limitações”. (Tradução livre).

carteiras colocadas uma atrás da outra, voltadas para frente, onde o professor, todo-poderoso detentor do saber, brinda seus alunos com toda a extensão e peso da sua oratória e conhecimentos. Na educação médica isto há muito tempo deixou de ser verdade, se é que alguma vez o foi. O fato de se ter uma formação em serviço, com uma carga horária prática extensa faz com que os professores médicos fiquem muito mais próximos dos seus alunos, favorecendo que sejam vistos, avaliados, criticados, aceitos ou rejeitados como modelos. Daí a necessidade de um olhar mais atento sobre estes professores tanto nas suas dimensões pessoal quanto profissional, já que estas duas se relacionam, dialeticamente, uma influenciando diretamente na outra. Nas palavras de ISAIA (2003) “o professor é visto como sujeito de sua própria vida e do processo educativo do qual é um dos atores” (ISAIA, 2003, p. 241). Entenda-se por sujeito o indivíduo que ativamente constrói seu saber, construindo-se ao longo da sua trajetória, aquele que está “permanentemente comprometido com a educação: a dos outros (professores, estudantes, comunidade) e a sua própria (professor). “ (KOMATSU, 2002, p. 58).

Considerando que este processo formativo é uma trajetória intrincada e remetendo-me ao título desta seção, penso que a resposta é, quase obviamente, um sonoro “sim”. Na verdade algumas das manifestações dos sujeitos de pesquisa falam quase por si mesmo:

Não, eu acho que nada disso pode ser separado. (risos) [...] Considero o ser humano como um todo: vida pessoal, profissional, de relação, etc. Portanto, as coisas andam praticamente juntas e acredito que quanto melhor estivermos pessoalmente (assim é no meu caso), melhores serão as nossas influências no trabalho. (Professor 1)

Tido no senso comum como importante para uma boa atuação profissional o que chamamos genericamente de “qualidade de vida” aparece com frequência como um fator que ajuda ou atrapalha a atuação docente. O estudo de SOUZA FILHO & NAUJORKS (2005) que aborda especificamente os indicadores de mal-estar docente na população de professores médicos da UFSM é uma contribuição valiosa a quem tiver interesse neste assunto. Como o objetivo deste trabalho é essencialmente identificar os conceitos subjacentes ao pensamento estruturado dos professores médicos da UFSM, tentando acessar a auto-percepção destes do seu

²² “As experiências nos convenceram da importância do subjetivo”. (Tradução livre).

processo formativo, não vou me alongar na interpretação de por que os professores consideram a vida pessoal como sendo um fator relevante na sua formação e atuação profissional. Apenas me limito a afirmar que, em consonância com o que se vê na literatura, realmente esta é a idéia de todos eles. Entender o significado desta afirmação, discutir seu conteúdo já poderia, em si, ser o mote para uma outra dissertação ou tese.

Além das condições para o trabalho, um fato marcante evidenciado no material coletado é a importância que a família – tanto o núcleo familiar original quanto o formado após o casamento – tem na vida dos professores.

Foi uma coisa maravilhosa porque eu fechei a minha casa... tinha um nível de vida bom, uma casa boa, tinha tudo... e me mudei para ser estudante em São Paulo, um apartamentinho pequeno, uma vida de estudante, com os filhos, e foi uma fase maravilhosa da minha vida. Então se eu me arrependo... eu me arrependo de não ter ficado mais. (Professor 1)

Venho de uma família onde “o estudo” é bem valioso, pois através dele se conquista, se cresce e se é admirado. (Professor 4).

Referido geralmente como um fator de estímulo positivo ou mesmo de apoio para a escolha por uma carreira médica e docente (as motivações são ligeiramente diferentes, como discutiremos adiante), algumas vezes a questão familiar aparece como algo muito mais importante. A interferência de dois cônjuges em sentidos opostos – um dificultando a progressão na carreira, outro estimulando a entrada nesta – também aparecem na fala dos professores.

Quando me formei acabava de ganhar o primeiro filho. Estava casada, meu marido era médico e professor. [...] Tinha como lógico, ao concluir a graduação sair para fazer um curso de pós-graduação (PG). [...] tive uma conversa com meu marido, propondo sairmos juntos. De imediato, achou impossível sair e deixar a sua clínica, que era muito boa. Confesso que fiquei mais chateada com a veemência com que foi descartada a possibilidade do que com a impossibilidade do momento. A minha vontade de continuar estudando foi considerada irrelevante, no meu entendimento. (Professor 2)

[...] eu queria ser médica, mas eu tinha medo de enfrentar o vestibular. Então quando eu casei o meu marido disse “não, se tu queres ser, tu vais fazer”. E ele me inscreveu no cursinho para eu fazer. Essa que foi a minha história... (Professor 5)

Esses dois depoimentos, estas duas experiências diametralmente opostas,

curiosamente convergem quando se considera que as duas professoras em questão acabaram sendo médicas e doutoras. Talvez por tratar-se de duas personalidades bastante diferentes – uma superou a oposição do marido, a outra precisou de um “empurrãozinho” deste para decidir-se pela carreira que queria seguir – é que a situação chama a atenção. E, novamente, reforça-se a idéia de que a história de cada um é importante para determinar como se dá a forma de viver e perceber a carreira e a vida docente. A influência dos outros, no caso o núcleo familiar, está em consonância com a afirmação de ISAIA (2003) de que a abordagem do professor como sujeito de sua própria vida “... não implica desinteresse pelas condições conjunturais que cercam o docente, mas que elas sejam consideradas a partir da ótica de como são vividas e percebidas por ele.” (ISAIA, 2003, p. 241). A autora faz esta afirmação focando seu olhar muito mais no professor que já exerce a sua profissão, mas certamente esta compreensão mais ampla do entorno, das relações sociais, familiares e afetivas prévias aos ingressos na carreira docente ajuda na obtenção de um quadro mais abrangente da figura do professor.

4.2.2) A vida profissional interfere na vida pessoal?

De uma maneira geral parece ser mais fácil aceitar que a vida pessoal interfira na vida profissional do que o contrário. É mais fácil aceitar que um período de crise vital – casamento, separação, morte de algum ente querido, crises existenciais variadas – atrapalhem o desempenho do profissional. Mas e o inverso? Um ambiente de trabalho adverso, falta de condições, o *stress* provocado por trabalho excessivo interferem na vida pessoal? Acredito que um primeiro impulso seja o de responder “sim, interfere”. Esta também é a minha forma de entender, já que há uma interação bem assinalada na literatura entre os aspectos pessoais e profissionais na constituição do professor (MARCELO-GARCIA, 1999; ISAIA, 2003; OLIVEIRA, 2003). E interação é um movimento de duas vias, ida e volta. Mas pensando um pouco mais sobre a pergunta parece-me que há a necessidade de relativizar um pouco a resposta. E o “sim, interfere” muda para um “depende”. Depende do quê? Depende da importância relativa dada à vida profissional, ou melhor, depende do quanto a dimensão profissional assume uma proporção relevante na forma como o indivíduo percebe a sua vida. Uma das características

fundamentais do professor universitário, nunca é demais lembrar, reside no fato de que ele não tem uma formação didático-pedagógica específica. Entre os docentes médicos isso é uma realidade, embora assumam uma formatação ligeiramente diferente: o docente médico além de ter esta lacuna de formação atua fora do meio universitário – ou mesmo dentro deste – em cima dos conhecimentos e habilidades próprios da sua especialidade e geralmente esta atuação é o que fornece o seu sustento. “Com certeza, a hora-consultório tem um rendimento muito maior que a hora-aula.” (LIMA JÚNIOR, 2002, p. 212). Esta valorização maior da atuação médica quando comparada à docência acaba fazendo com que os indivíduos sintam-se menos comprometidos com esta. A percepção deste descompromisso, muitas vezes também chamado de descomprometimento, é bem presente nas falas dos sujeitos de pesquisa.

...e eu me questiono ainda um pouco o quanto tu tendo duas, três, quatro atividades pode estar fazendo bem uma delas e ao mesmo tempo estar sentindo essa satisfação pessoal considerando a tua qualidade de vida. São coisas assim que a gente esquece. Fica correndo num consumismo desgraçado e não tem nem tempo para pensar e refletir no que realmente está fazendo da própria vida. (Professor 2)

a prioridade continua sendo o consultório, por exemplo, quem tem as duas... quem não tem dedicação exclusiva. Porque na minha época... dedicação exclusiva entre os médicos ainda hoje é uma coisa rara, né? Não é muito... eu nem sei qual é a porcentagem. (Professor 3)

Como bico. Ninguém encara... e até não sei... porque passa pela parte econômica, não tem outro jeito. A gente também tem que entender que as pessoas têm que sobreviver. Que ser médico exige que tu tenhas uma qualidade de vida, um jeito de viver diferente do que se tu fosses um operário braçal. [...] Tu tens que ter pelo menos uma internet em casa, tudo custa dinheiro. Então eu até entendo e não quero nem criticar porque eu vejo que as pessoas não fazem por má vontade. (Professor 5)

Com o que as pessoas estão comprometidas? Com a própria sobrevivência, naturalmente. Este é um sentimento primitivo, instintivo, diriam alguns. Não só com a sobrevivência física e com as necessidades básicas para tal. O ser humano é mais complexo do que isso. O Professor 2 fala em qualidade de vida e critica a postura consumista que não raro adotamos, acriticamente. Com a desculpa de que precisam sobreviver “dignamente” – definição que por si só já poderia abrir um grande debate – muitos docentes médicos sentem-se liberados das preocupações com a atividade docente, inclusive do ponto de vista moral. E isto não gera grandes conflitos e

sentimentos, aparentemente. “Sentir significa estar implicado em algo²³.” (HELLER, 1982, p. 19). E as motivações para sentir alguma coisa são extremamente individualizadas.

Por isso acho que esta é uma questão que fica em aberto e cuja resposta tende mais ao “depende” do que ao “sim” ou “não”. Muitos professores médicos, ao deixarem o ambiente universitário e dirigirem-se aos seus consultórios passam a nítida impressão de que simplesmente desligam-se dos alunos, das aulas, do hospital universitário, passando a ocupar seus pensamentos com as coisas que são realmente importantes para eles. E esta, me parece, é a evidência mais forte de que na realidade não estão comprometidos com o ensino, nem com a instituição. Não estão “implicados” com isto, enfim.

4.3) Ser médico(a)

4.3.1) Por Que Ser Médico(a)?

Ser médico é fazer parte de uma profissão reconhecida através dos tempos como socialmente relevante. Esta é uma afirmação que certamente muito poucos indivíduos, se é que algum, se prestaria a contestar. A importância e o reconhecimento no seio da sociedade da importância da medicina – e por consequência do médico – admitamos, variou muito através dos tempos, oscilando entre um respeito “que às vezes chegava às raias da adulação” (LOWN, 1997, p.11) e uma desconfiança e descrédito facilmente perceptível a qualquer um que dedique alguns momentos do seu tempo à leitura das páginas dos jornais ou a assistir noticiários de televisão. Mas, de uma maneira geral, sempre houve certo grau de respeito e consideração pela figura do médico. CASTRO afirma ser o médico, numa perspectiva histórica, “um representante social da rejeição da vulnerabilidade humana.” (CASTRO, 2004, p. 39). Esta representação, se tomada como verdadeira, realmente confere uma dimensão de importância difícil de ser equiparada por qualquer outra profissão. Daí a facilmente compreensível, se não previsível, pressão familiar para que alguém na família siga a profissão de médico, de maneira similar à que se fazia até algum tempo atrás para que alguém da família também se tornasse

²³ Sentir significa estar comprometido com alguma coisa. (Tradução livre)

padre ou, menos significativamente, freira. Aliás, comparar a medicina a um sacerdócio não é algo novo (REGO, 2003). Ambos estariam em uma posição acima da de mortal comum, capazes de se relacionar com forças sobrenaturais, em íntima relação com aspectos da existência cujo conhecimento é primariamente vedado aos demais. E poder contar com um aliado deste poder – melhor ainda com um parente de tal importância – é algo desejado por muitos. Afinal, convenhamos, ter alguém que encarna a rejeição da vulnerabilidade humana na família não é algo desprezível.

eu lembro, se você perguntar assim... aquela pergunta que se faz, desde a infância, adolescência: o que tu vais ser quando crescer?" Eu sempre disse "eu vou ser médico". E aquilo, eu lembro... desde criança eu queria ser médico. Já queria. Se você me perguntar por que eu não tenho idéia. A minha mãe achava isso interessante. (Professor 3)

Nas palavras deste professor ficam claramente evidentes as influências familiares na escolha da profissão. O fato de a mãe "achar interessante" deve ter sido um reforço positivo poderoso para tal. Aliás, no grupo estudado, a influência para o exercício da medicina por parte dos familiares é bem evidente. O reconhecimento familiar – talvez melhor descrito como a concepção de que – a medicina é uma "boa opção" como carreira profissional também aparece nas palavras de outro professor:

Mas o meu pai e a minha mãe sempre tiveram um expectativa em relação a mim com medicina. A minha mãe porque adora coisa de medicina [...] e passou a vida indo a médico. E o meu pai porque conviveu muito com médicos, em plantões e coisa assim e eu acho que ele sempre teve uma coisa... que o médico estava um pouco acima. Né? E como eu sempre era uma boa aluna, tirava notas altas e coisa eles me achavam com o perfil de que eu pudesse passar no vestibular de medicina. E me estimularam muito para isso. (Professor 4).

Novamente o reforço da escolha profissional, embora aqui com um enfoque ligeiramente distinto: o fato de ser uma boa aluna, "que tira notas altas" e que poderia passar no vestibular, aliado à admiração que os pais tinham pela profissão médica.

Embora se veja freqüentemente a opção por uma carreira médica fazer parte de uma tradição familiar este não foi o maior motivador presente no grupo de professores estudados. Apenas um dos sujeitos de pesquisa era filha de médico e, ainda assim, recebeu um estímulo que poderíamos chamar de indireto para a

carreira:

Eu sou filha de médico. E meu pai acho que influenciou mais o meu irmão mais velho que não quis ser médico, foi ser engenheiro. E eu na época... assim... claro que a minha turma teve muita mulher mas não era tão comum como é agora. Até a minha mãe acho que se chocou quando eu disse que ia fazer medicina, quando eu estava no segundo ano do segundo grau. E daí eu resolvi que eu ia fazer isso. Meu pai ficou feliz, mas ele queria mesmo era que o filho fizesse. (risos). (Professor 1)

Aqui fica bem evidente a condição feminina da entrevistada. No imaginário das pessoas, na concepção familiar, o que existe geralmente ainda é “o” médico, artigo definido, masculino, ainda dentro aquela concepção de que esta é uma profissão masculina, o que tem, realmente, uma consonância histórica. Se considerarmos que a opção desta professora por ser médica deu-se em meados da década de 70, quando as mulheres efetivamente assumiram sua capacidade de atuar profissionalmente em grau de igualdade com os homens, fica bem fácil de entender o fato de a mãe ter ficado chocada com a opção. E este não foi um caso isolado. Outra professora relatou uma reação materna semelhante, como fica bem claro nos trechos de entrevista transcritos a seguir:

...mas medicina ela não achou uma boa. Ela ficava preocupada porque ela achava que fazer medicina era uma coisa [...] que tinha que sair de casa de noite para ver os pacientes... aquele modelo, sabe? [...] Que era coisa de homem. Que mulher ia ser complicado. Vai ter que ficar solteira ou no máximo casar com um médico que entenda isso porque homem nenhum vai entender (risos) bem da época, né? [...] “vai ficar solteira porque foi fazer medicina”... [...] Mas daí eu insisti, viu? Eu disse “não, eu quero fazer”. E eu era muito assim, eu sempre fui de ter umas posições assim um pouco... eu pensava “eu vou fazer e se alguém gostar de mim vai aceitar”. Não vai ser por isso que eu vou deixar de estar com alguém que né... então eu firmei, ela ponderou essas coisas mas eu... [...] Eu disse “não eu quero...” (Professor 2).

Pode parecer estranha, hoje em dia, esta postura de que medicina é “coisa de homem”. Mas historicamente o respaldo é grande. As mulheres, até o século XIX, foram excluídas do cenário médico (LYONS & PETRUCCELLI, 1997). Ao menos não eram reconhecidas oficialmente já que o exercício da medicina por mulheres deu-se desde os tempos mais remotos, ao menos no âmbito do que era considerado “coisa de mulher” – o que equivale a dizer que era indigno da atenção masculina – e que hoje abrange as áreas de ginecologia, obstetrícia e pediatria. Somente no século

XIX as mulheres passaram a ter o direito de freqüentar escolas médicas, não sem antes vencer grandes barreiras, pré-conceitos e disputas²⁴ o que se repete na história de muitas mulheres que procuraram a medicina posteriormente, embora de forma bem menos dramática.

Observa-se, portanto, no conjunto do material coletado, que a influência familiar foi fundamental, talvez decisiva, para a opção profissional destes médicos, quer por estímulo direto, quer por estímulo indireto ainda que, até certo ponto, por vezes contrariando a opinião ou as recomendações maternas. Mas admitir que o estímulo familiar fosse o único fator motivador seria um reducionismo extremo. O Professor 3 diz claramente ao referir-se ao desejo de ser médico: “E aquilo, eu lembro, desde criança eu queria ser médico. Já queria. Se você me perguntar por que eu não tenho idéia.” Talvez neste sujeito a influência familiar tenha sido muito grande, embora ele tenha sido o primeiro médico da família. Mas nem todos têm dificuldade em saber o porquê do querer ser médico:

e quando eu resolvi fazer medicina na verdade eu queria ser médico, eu pensava sempre em estar ajudando as pessoas, assim, enquanto pacientes. Eu tenho até um diário em que uma época eu escrevia e está lá: eu queria, eu tinha essa coisa ligada à pobreza, para cuidar as pessoas que não tinham condições, sabe? (Professor 2)

Ajudar aos outros, solidarizar-se, cuidar, são sempre apontados como os sentimentos centrais que definem e movem a medicina através dos tempos (LOPES, 1970; LYONS & PETRUCCELLI, 1997; PORTER 2001; CAIRUS & RIBEIRO Jr., 2005) e ainda hoje são referido pelos alunos de graduação como um fator importante na opção pela carreira médica, dentre outros. Estes outros motivadores podem ser “vontade de curar, identificação com os pais, dinheiro, culpa, *status* e busca pelo sucesso” (CASTRO, 2004, p. 41). Talvez por ser visto como motivadores “menos nobres” do que os demais, a busca por um *status* social mais elevado ou por sucesso profissional não apareceu entre os fatores de influência para a carreira médica no grupo estudado. Um outro fator, não citado pelo autor, entretanto apareceu claramente: a curiosidade.

²⁴ A primeira médica formada por uma escola, em igualdade com os seus colegas do sexo masculino foi Elizabeth Blackwell (1821-1910), graduada pela *Geneva College of Medicine*, em Nova Iorque, em 1849.

é a curiosidade por saber como as pessoas funcionam. Eu não tenho dúvida nenhuma da minha curiosidade com relação às pessoas. Pessoa é o que mais me chama a atenção. Todo mundo que convive comigo sabe que às vezes eu estou num ambiente, eu estou quieto, mas estou prestando atenção nas pessoas, eu me distraio. Porque eu gosto. (Professor 4).

Ser curioso com relação às pessoas, saber o que acontece com elas, como se dá a interação entre elas, suas doenças, suas dores, seus amores. Estas são perguntas que despertam o interesse, em alguma medida, de todos os médicos. Querer saber, aliado ao querer ajudar aparecem como motivadores poderosos na estruturação da personalidade dos médicos desde tempos muito remotos (SALEM, 2002). E ainda é um fator muito importante na hora de optar por uma carreira médica.

4.3.2) Existe mesmo esse tal dom?

Tido no senso comum como uma obviedade, a presença de um “dom” para exercer medicina e para ser médico é algo que talvez mereça uma atenção um pouco maior. Muitos dos indivíduos que resolvem estudar medicina acreditam ter o dom para ser médico. Mesmo admitindo que este não garante nada em termos de formação, ele é considerado importante para o ser médico, como fica bem expresso nas palavras deste acadêmico de medicina:

Mais do que uma ciência, a medicina é uma arte. A escola médica deve ser capaz de ensinar a técnica, as habilidades, as atitudes e a teoria, porém alguns atributos não se ensinam, pois são intrínsecos do indivíduo que nasceu com o dom da medicina. A lapidação desse dom pela educação médica, os valores e a concepção de vida de cada acadêmico é que formarão um bom médico. (WIERZCHON, 2002, p. 66)

Acredito que esta atribuição de um dom para ser médico ao profissional aproxima-se de uma idéia já anteriormente explicitada, a de que o médico “mexe com coisas” às quais os mortais comuns não têm acesso. E como a religião sempre se arvorou detentora destes saberes, há uma certa proximidade com idéias religiosas, especialmente a de ser investido por poderes divinos de capacidades que os outros não têm. Esta é, precisamente, a definição de dom, algo que vem naturalmente, parte dos “dotes naturais” (FERREIRA, 19__) sem esforço, presenteado pelos céus. Não é por acaso que a medicina tem sido apontada através

dos tempos, em várias ocasiões, como um sacerdócio. Ou uma profissão que muito se aproxima deste.

Desconheço estudos que apontem, sob qualquer forma, a existência deste dom. Estudos existentes sobre a opção por uma determinada área médica, por exemplo, não falam na percepção de um dom para esta ou aquela atividade (SOBRAL, 2002). Estudos que em algum momento tocam no assunto de optar por ser professor médico (TAMOSKAS, 2003; URTIAGA, 2004) falam muito em identificação com modelos pré-existentes, com professores mais antigos, mas não falam de um “dom” para ensinar. O máximo que se observa, ao falar de professores, não de médicos, é a referência vaga a “pendedores naturais “ (ISAIA, 2003; OLIVEIRA, 2003). O que, certamente, não garante uma boa atuação destes profissionais.

Uma explicação interessante é fornecida por PEREIRA NETO (2001) ao sugerir que uma das características do corporativismo médico consiste em distanciar o profissional do indivíduo comum, que não é médico.

Desta forma, a prescrição do médico torna-se, para a sociedade, autorizada. As circunstâncias da doença promovem a aceitação de seu julgamento. O doente fica convencido de que não é a melhor pessoa para julgar suas próprias necessidades nem está emocionalmente apto para isso. (PEREIRA NETO, 2001, p. 40)

Médicos, como norma geral, não afirmam ter um verdadeiro dom para curar seus pacientes. Há, claro, diversas exceções a esta regra ao longo da história – Mesmer²⁵ é um ótimo exemplo –, mas quem o fez rapidamente foi considerado charlatão e desonesto. Por outro lado, e talvez nisto resida um maior interesse, médicos não negam, explicitamente, ter o dom de curar seus pacientes. Talvez acreditando que um certo mistério envolvendo os meandros da profissão sejam uma influência benfazeja à alma atribulada do paciente enfermo, muitos preferem deixar estas conjecturas num terreno obscuro, evitando dizer em que exatamente consiste a atuação médica o que, visto em última análise, consiste em muito estudo, observação da realidade e aplicação de conceitos sobre situações reais, provendo a partir destas um *feed back* sobre o material disponível para estudo. Certamente algo

²⁵ Franz Anton Mesmer (1734-1815) foi um médico austríaco que “curou” pacientes apenas utilizando o que ele chamava de “magnetismo animal”, uma força magnética que emanava de seu corpo. Sua contribuição à medicina consistiu basicamente em evidenciar a existência de um componente subjetivo nos processos patológicos. É apontado por muitos como um pioneiro no campo da psicanálise. De seu nome vem o termo mesmerismo, sinônimo de hipnotismo.

muito menos charmoso do que ter um “dom” ligado a alguma eventual entidade divina misteriosa.

4.4) Ser professor de medicina

4.4.1) Desde quando se quer ser professor?

Talvez o que motive alguém a ser médico seja, em vários aspectos, muito similar ao que motiva alguém a ser professor. A curiosidade, o gosto por descobrir coisas novas, a vontade de estudar, a solidariedade são características idealmente comuns a ambos os profissionais. Entre os professores estes sentimentos se fazem presentes de uma forma muito clara. ISAIA (2003), baseando-se em ERIKSON (1998) fala da existência de um *sentido de geratividade* entre os professores como um dos motivos de sua empolgação pela docência. “Este sentido é representado pelo envolvimento dos professores ao cuidarem dos alunos, considerando-se aqueles, portanto, responsáveis pelo crescimento destes.” (ISAIA, 2003, p. 246). Crescimento este que não envolve, em absoluto, apenas os conhecimentos da área técnica, mas talvez de forma muito mais relevante, atributos pessoais. Um dos sujeitos de pesquisa assim justificou a sua decisão de postergar a aposentadoria, para a qual já teria tempo de serviço suficiente:

Acho que eu ainda tenho muita coisa para sugerir... para sugerir em termos de universidade, na minha área. E acho que ainda tem muito guri aí que se eu estiver do lado eles terão alguma coisa para usufruir comigo... essa molecada aí. [...] Não vou mais me aposentar. Eu estou tão feliz... (Professor 3)

Estar feliz, mesmo sendo uma expressão um tanto vaga, é uma meta que muitas pessoas perseguem ao longo da vida, embora seja raro encontrar alguma referência assim, tão explícita. Esta facilidade em expressar um sentimento desta magnitude talvez se deva ao fato de que este é um professor que já viu muita coisa ao longo de sua vida – lembro que ele já tem tempo suficiente para estar aposentado – e que por isso mesmo tem condições – as suas condições – de saber o que é importante e o que não é. E ele não foi o único a deixar claro o quanto é bom trabalhar como professor, o quanto de satisfação a atividade docente acrescenta à vida do indivíduo:

Estar com os alunos, tanto em atividade teórica como prática, atualmente me dá muita satisfação; e isso aconteceu com anos de experiência. (Professor 1)

E o que dizer de alguém que exerce as duas funções? O que falar sobre professores-médicos? É de se supor, seguindo esta linha de raciocínio, que estes indivíduos tenham um profundo sentimento de solidariedade e de vontade de ajudar aos outros. E, sendo assim, também é lícito supor que ambas as profissões deveriam estar no mesmo patamar do ponto de vista de *status* e reconhecimento. Curiosamente, o sentido social atribuído às duas profissões não é exatamente o mesmo. Embora tenham estas características semelhantes, o que se observa é que a profissão médica é vista como socialmente relevante enquanto que a de professor, inclusive o de ensino superior, é tida como menos importante (TARDIFF, 2003). Tanto é assim que ao ser confrontado com a pergunta “qual é a sua profissão” a maioria dos professores médicos não hesita em afirmar que é médico.

De forma muito similar, as auto-reconstruções biográficas dos sujeitos desta pesquisa prontamente identificaram as motivações para ser médico, ou seja, a influência familiar e o desejo de ter uma profissão em que ajudar aos outros fosse possível. As motivações mais antigas para o magistério e a docência, entretanto, não apareceram com tanta facilidade num primeiro momento. Apenas um dos professores reconheceu espontaneamente esta influência ao dizer que:

meus familiares próximos e significativos foram ou são professores, mesmo que tenham profissões específicas outras. [...] Agora me parece que para docência não houve uma escolha, mas que ela estava dentro de mim e aflorou. Pois sempre estudei ensinando, trocando conhecimentos e sempre estudar foi busca constante. (Professor 4).

O estímulo para ser médico, presente desde a infância para um outro sujeito de pesquisa, nada tinha a ver com uma orientação voltada para o magistério superior. Talvez contaminado por um (pré)conceito de que as influências para ser professor acontecem desde o início da vida, em alguns momentos cheguei a forçar – sim, eu confesso – a busca por esse elo, como bem se pode depreender do trecho de entrevista transcrito a seguir:

Entrevistador: Tinha o estímulo da família, então.

Entrevistado: Tinha, sim, tinha, até porque eu sempre dizia e a minha mãe achava interessante. Na família não tinha nem nunca teve

nenhum médico, eu fui o primeiro da família...hoje tem mais. Mas de qualquer forma, nada em especial. Se tu me perguntar quando... lembro que eu sempre quis ser.

Entrevistador: Médico, não professor.

Entrevistado: Médico, exatamente.

Entrevistador: Em princípio médico.

Entrevistado: Médico, isso mesmo.

Entrevistador: Professor, na família, tem alguém?

Entrevistado: Hoje sim.

Entrevistador: Naquela época?

Entrevistado: Não, nada...

Entrevistador: Nem de segundo grau...

Entrevistado: Não, nada, nada... (Trecho da transcrição da entrevista do Professor 3)

Como bem se pode ver, não é possível descobrir o que não existe. Isso seria inventar. Tergiversações à parte, o que se observa, entretanto, é que uma busca um pouco abaixo da superfície da auto-reconstrução biográfica, no momento da entrevista, evidencia o que se sabe do senso comum e que é respaldado pela literatura (MIZUKAMI, 1996; MARCELO-GARCIA, 1999; NARVAES, 2000; TARDIFF, 2003), ou seja, que a influência para a docência, para o ser professor existe desde a infância, embora não claramente identificada como um estímulo direto da família e sim como uma inclinação individual, semelhante ao tal “dom para a medicina”. O que chama a atenção dentre os depoimentos dos sujeitos de pesquisa é que é possível observar uma certa identificação com a figura significativa afetivamente que é a professora, especialmente a primária.

Eu gostava muito de brincar de professora. Quando eu era criança eu fazia escola na minha casa, botava classes, pegava a minha irmã e as amigas dela e ensinava. (Professor 1)

A minha mãe era professora. Então eu tinha um modelo de professora. [...] ...porque na realidade, agora você me lembrou, eu achava que ia ser professora. Eu achava mesmo, quando eu estava estudando, naquela época era quarto... curso ginásial que corresponde hoje à oitava série, mais ou menos... e... (Professor 2)

Na realidade, é isso que eu digo: a primeira profissão da gente é ser professora. Eu sempre gostei desse lado. (Professor 5)

Esta motivação antiga para exercer o magistério talvez esteja justificada quando consideramos as características do grupo de professores em questão. Novamente vejo a necessidade de salientar o fato de que a maioria dos sujeitos de pesquisa é do sexo feminino. TARDIFF ressalta que “muitos professores, especialmente mulheres, falaram da origem familiar da escolha de sua carreira, seja

porque provinham de uma família de professores, seja porque a profissão era valorizada no meio em que viviam." (TARDIFF, 2003, p. 76). Embora historicamente o ensinar – formal, com a função social de ser professor, não dentro do círculo íntimo do convívio familiar – tenha sido inicialmente uma atribuição masculina, progressivamente esta função foi sendo adotada por mulheres, passando a ser vista como uma profissão essencialmente feminina (NARVAES & OLIVEIRA, 2000). Mesmo considerando que no universo de docentes médicos da UFSM a predominância é do gênero masculino (SOUZA FILHO & NAUJORKS, 2005) é de se considerar que, muito provavelmente, estas influências antigas tiveram a sua parcela de contribuição na aceitação ou mesmo na formatação da idéia do ser professor.

4.4.2) Por que ser professor de medicina?

A primeira fase do Projeto CINAEM fez um diagnóstico claro e objetivo das escolas médicas brasileiras, no meio do qual é possível discernir bem mais do que os contornos da figura do professor médico que nelas atua. Deste relatório consta que a atividade docente dos professores médicos é uma “atividade complementar à profissão médica, não se configurando como uma profissão” (CINAEM, 1997 *apud* DA SILVA, 2003). Talvez por isso mesmo não tenha sido surpreendente verificar que dentre os professores estudados nenhum tivesse, de forma consciente, a idéia clara de ser professor do curso de medicina antes de, efetivamente, tornar-se um ou em algum momento muito próximo disto. O motivador inicial mais citado foi a oportunidade de exercer uma atividade diferente, convenientemente disponível como opção de trabalho mais confortável, ligada ao ensino embora sempre considerada como sendo complementar à atividade médica.

Na época, a única oportunidade de trabalhar na especialidade era entrar na Universidade. [...] Não sei, hoje, se meu início na vida docente foi por falta de outras opções; eu tinha então, 26 anos, queria muito trabalhar, não tinha outro convite e planejava ter filhos, e portanto, um emprego público seria um bom início. (Professor 1).

E na verdade como eu me casei enquanto estudante automaticamente eu me liguei com uma pessoa que era professor, [...] e com isso já ficou uma coisa assim “o campo está aí” e aí sim eu fui quase que naturalmente para isso aí. Surgiu a chance de entrar e... (Professor 2)

Este “ser complementar à atividade médica” pode assumir diversas conformações, dependendo de quem está envolvido no processo. Os dois

professores acima optaram por uma carreira acadêmica e um envolvimento docente em função de ter surgido uma oportunidade, no dizer do Professor 1 “... pela oportunidade de ter um trabalho imediato”, o que já é salientado como um grande motivador, na literatura (DA SILVA, 2003). Entretanto outros dois professores manifestaram motivações ligeiramente diversas:

O fato marcante foi a descoberta, na residência médica, de que nem tudo o que lia sobre a minha especialidade, era verdadeiro, se eu buscasse outra resposta às minhas indagações, que não as que estavam nos livros Isto é, descobri que indagar, discordar, perguntar, buscar, investigar, tudo era algo que se resumia em pesquisar, ou seja, parte da atividade acadêmica que necessariamente, envolvia a docência e a assistência. (Professor 3)

A motivação para a docência foi realizar uma atividade diferente, pois a atuação profissional como médica não estava mais sendo suficiente para minha realização pessoal. (Professor 5)

Nas palavras destes dois professores o que transparece é a oportunidade de crescer pessoal e profissionalmente utilizando para tanto a estrutura universitária, na situação de docente de uma instituição de ensino superior. Embora o ser professor seja considerado uma função menos importante do que o ser médico, ser professor universitário com atuação docente dentro da área específica de conhecimento é visto, de uma certa forma, como um reconhecimento à competência profissional do indivíduo. E ter a oportunidade de encontrar respostas às suas indagações, como quer um professor ou procurar a realização pessoal, como quer o outro, são formas de melhorar sua atividade profissional técnica, específica, enquanto atuam em um meio em que a visibilidade do indivíduo docente médico é muito maior do que na atividade médica isolada, de consultório.

Mais uniformemente perceptível no material coletado é a influência pessoal exercida por antigos professores sobre os futuros docentes quando da opção por uma carreira docente universitária.

No último ano de minha Residência Médica comecei a ser influenciada pelo professor chefe do Serviço de *** para fazer carreira docente. [...] eu fui muito influenciado pelo ****. Muito. Desde o início ele dizia: tu tens que te dedicar à vida acadêmica, tu tens que te dedicar à vida acadêmica... (Professor 1).

...a pedido do Chefe do Instituto de ****, o Prof. *** **, ministrei uma aula de Hematologia para o Curso de História Natural, que tinha formatura prevista e estavam sem este conteúdo. Foi minha primeira experiência

docente. (Professor 2).

.. claro que tinha um professor por trás, doutor *** ***. Esse era o cara. É o nome que eu sempre reverencio em toda a minha trajetória na faculdade, professor *** ***. Ficava por trás... (Professor 3).

Eu admirei professores... médicos que eram professores. O **** e o ****. Eles me marcaram bastante nesse sentido... professores... os professores que eu me lembro... o *** **** ****, que era professor, que tinha didática para ensinar. No fim do curso o *** **** ****, que estava chegando também... então se eu parar para pensar agora os professores que eu admirei eram médicos professores... com maior inclinação para a docência. (Professor 4)

Este fenômeno, que poderíamos chamar de uma personalização da opção pela carreira docente, é muito antigo e bem conhecido de todos os professores médicos (TAMOSKAS, 2003; URTIAGA, 2004). Na introdução de seu livro, URTIAGA (2004) salienta bem esta característica ao descrever a própria trajetória. Com efeito, parece que há uma importação do modelo do professor, quase um “pacote completo” por parte do aluno, incluindo aí a escolha por uma determinada especialidade e a atuação como docente também. “O professor pensa que ensina o que quer ensinar e o aluno aprende dele o que quer aprender; não necessariamente aquilo que ele pretende estar ensinando.” (MORETTO, 2000, p.08) Aceitar a verdade desta assertiva coloca um peso de responsabilidade muito grande sobre os ombros dos docentes, independentemente da área ou do nível de ensino em que eles atuem. Muito da percepção destas responsabilidades docentes aparece de forma cristalina nas falas dos sujeitos de pesquisa, como veremos mais adiante, em tópico específico sobre a percepção da função docente.

Focando diretamente os estímulos diretos – porque pessoais – para o ingresso na carreira docente somente um dos professores não nominou uma influência importante na sua opção por ser docente. Mais do que isso, este professor (Professor 5) respondeu, por duas vezes ao ser entrevistado, que não houve nenhum professor que o tenha influenciado diretamente. Relembro que este professor foi o único que referiu como motivador de sua opção por uma carreira acadêmica o fato de que buscava uma realização pessoal numa atividade diferente, além da mera atuação como médico. Tanto foi assim que a entrada deste professor no meio acadêmico também se deu de uma forma diferente dos demais.

Devido a uma greve o Departamento de ***** convidou alguns

[médicos especialistas] para trabalharem no hospital voluntariamente. Neste período abriu concurso para professor substituto e após aprovação teve iniciada a minha primeira experiência como docente.

[...]

Não, não, eu trabalhava como médico só na cidade. Daí na época da greve, então greve dos residentes eles ficaram sem pessoal e convidaram as pessoas para ajudar. Foi quando que eu fui convidado para vir, para fazer plantão... e aí comecei a me inserir na parte de docência mesmo. (Professor 5)

Novamente a questão da oportunidade de entrar para o meio universitário como uma coisa circunstancial, inscrita num universo em que o ser professor não é o mais importante e sim um complemento à atividade médica. Talvez fosse passível de se questionar até o fato de aceitar uma função assim, em meio a um movimento grevista, fato que por si só já abre novos horizontes para a discussão de aspectos éticos e legais que fogem ao escopo deste texto. A forma de entrada na universidade dos demais sujeitos de pesquisa tem certa homogeneidade.

Entrei em março de ****, na disciplina de *****, como professor colaborador, na vaga de um professor recém aposentado. Fui indicado pelo chefe da disciplina, ficando até que houvesse abertura de concurso público, para a efetivação. (Professor 1).

Naquela época você não fazia prova para entrar. Eles te convidavam a entrar e você fazia [...] depois uma prova de capacitação. Então te davam uns dez ou vinte pontos e você preparava em casa. Aí vinha no dia da prova, sorteava um ponto e escrevia sobre aquele ponto. Só escrito. (Professor 2).

Em maio de **** surgiu uma vaga para docente na Disciplina de **** do Departamento de **** do Centro de Ciências Biomédicas, quando ingressei como docente na UFSM. (Professor 3).

E eu tinha comigo o ser professor... eu queria ser professor. E fiquei trabalhando lá, fazendo plantões. Fazia um plantão por semana, para não perder o vínculo. [...]Tão logo pude troquei na universidade o trabalho de médica pelo de preceptor e isto não foi difícil porque eu queria e era vista pelos colegas e residentes como pessoa hábil para isto. (Professor 4).

É possível identificar-se um padrão de entrada na vida docente a partir da trajetória destes professores: após uma identificação inicial com algum professor – nominado e referenciado por quase todos eles – o indivíduo liga-se a algum Serviço (o da sua especialidade, via de regra) num período inicial a convite de alguém, posteriormente efetivando-se através de um concurso ou de uma prova de capacitação, conforme o período diferente de ingresso na universidade. Não seria esta seqüência uma contradição com o exposto anteriormente? Quero dizer, se a

opção por uma carreira docente é circunstancial, fica difícil explicar, a princípio, por que alguém aceita atuar como colaborador ou como substituto de colegas em greve. Parece um contra-senso já que este seria o equivalente a um período probatório numa carreira que, como já ficou bem evidenciado, não era a primeira escolha – na verdade para alguns não era sequer uma possibilidade consciente – como ideal de profissão. Numa tentativa de esclarecer como se dá este fenômeno interessante, acho interessante mudar o foco do olhar para a atuação docente médica, onde reside a explicação adequada, no meu modo de ver. Atuar como professor médico é, essencialmente, formar o aluno, futuro médico, em situações de prática. Quase todo o ensino de medicina está baseado na idéia de que o aluno aprende a fazer fazendo e vendo ser feito. Ser professor médico, dentro desta lógica, consiste apenas em demonstrar o que deva ser feito, cabendo ao aluno aprender como fazê-lo por conta própria. Esta é uma característica distinta do ensino médico que reforça a necessidade de se ter um certo cuidado quando se tenta aplicar os conceitos sobre professor universitário em geral – o que é abordado em tantas publicações atuais – ao professor médico – já que há tantas características peculiares e distintivas – não melhores, saliente-se – no que concerne a este último.

4.4.3) E o que faz (ou deve fazer) um professor de medicina?

Talvez como em nenhuma outra área haja, na medicina, a valorização da prática. O debate entre teoria e prática, que tanto motiva e abala a ciência nas suas mais diferentes instâncias, sequer chega a ser cogitada no meio médico. A formação médica, que se dá em serviço, ao lado do paciente, em enfermarias, ambulatórios, blocos cirúrgicos, unidades de pronto atendimento ou de terapia intensiva faz com que o aprendizado se apóie sobre a prática profissional. A informação teórica, obviamente, não se desvincula desta, mas a complementa, dialeticamente. E como esta formação acontece em contato direto com o atendimento aos pacientes, apenas as teorias passíveis de ser testadas e que dão resultado imediato – preferencialmente positivo – é que são incorporadas à praxis médica.

O corpo discente parece valorizar o professor que atua no sentido de favorecer a incorporação da “cultura e do contexto” (URTIAGA, 2004, p. 102). Qual cultura? A do médico. Isto fica bem evidente nas palavras de um dos alunos do

estudo desta autora, ao referir-se a um professor dizendo que “... ele me mostrou o que é ser médico” (URTIAGA, 2004, p. 103). Ser médico, no sentido de ter um corpo de conhecimentos técnicos específicos e também ser médico no sentido de portar-se como médico. E visto assim, nesta visão mais ampla, o ensinar a ser médico só pode acontecer em um cenário em que professores e alunos interajam continuamente. Uma estratégia utilizada pela autora para destacar os professores tidos como mais importantes do ponto de vista discente – os melhores professores, portanto – foi a análise de algumas características atribuídas pelos alunos aos professores homenageados. “O professor é homenageado porque se faz admirar como professor, como médico ou como amigo” (URTIAGA, 2004, p. 103). Um dos sujeitos de pesquisa da UFSM (Professor 5) também usou este parâmetro – o de ser homenageado – ao falar do reconhecimento por parte dos alunos:

só olha os homenageados que tu vê. Assim, pelo menos na ***** eles têm homenageado algumas pessoas que só dão prática, nem sempre são docentes, dão plantão... então para ver como da prática eles gostam bastante. (Professor 5)

Se considerarmos os múltiplos fatores que influenciam a escolha dos homenageados por cada turma de medicina – o que tem parecido ser mais importante, na verdade, é o quanto o professor está disposto a colaborar financeiramente com as festas promovidas próximas às formaturas – facilmente veremos que este é um parâmetro bastante pobre para avaliar o que é um bom professor de medicina ou qual é a sua função. Talvez a inexperiência ou, mais apropriadamente dito, talvez as diferenças no sentido valorativo das experiências façam com que os alunos por vezes façam escolhas de homenageados a partir do que muitos considerariam princípios espúrios. E, talvez, tenhamos aí mais um mote para uma eventual tese, e que foge do escopo do presente estudo. Apenas para registrar, há diversos autores que se debruçam sobre esta definição de o que seria(m) a(s) função(ões) do docente médico. Não é de surpreender que muitos sejam discentes (DOS SANTOS, 2002; WIERZCHON, 2002; CASTRO, 2004) já que a formação destes, principalmente se a considerarmos dentro da ótica das novas tecnologias inscritas no paradigma da integralidade, cada vez mais os vê como sujeitos da própria formação, como partícipes do processo e, portanto, situados em uma posição estratégica, posicionados de forma privilegiada para tecer a crítica

deste. E o discurso dos alunos, muitas vezes, assume um tom bastante enfático, reforçando a necessidade do papel mediador do professor, apontado como sendo o “grande responsável pela ponte entre a macropolítica institucional e o microuniverso do estudante” (DOS SANTOS, 2002, p. 225). Mais do que isso, o mesmo autor reforça que o professor é aquele que está diretamente em contato com

o aluno, que deve estabelecer as negociações acerca da construção conjunta do processo de formação, incentivando a busca ativa do saber, estimulando comportamentos éticos e uma reflexão contínua sobre a sua prática como futuro médico. (Ibid., p. 225).

Chama atenção a utilização do singular em “o aluno” e não o plural “os alunos”, o que deixa claro a orientação personalista e individualizada desejável nesta formação, do ponto de vista discente, pelo menos. Embora este conceito também permeie as idéias docentes ainda é muito mais discurso do que prática. Também há que se considerar que cada aluno vive a sua formação de uma forma individualizada, centrada na própria vivência que, embora em relação com a vida dos seus colegas, afinal de contas é responsabilidade individual, dele mesmo. Já a visão docente é múltipla: embora idealmente deva fazer a aproximação necessária com cada aluno, ainda assim ele é responsável, nem que seja do ponto de vista estritamente burocrático, por uma turma de alunos. Talvez daí advenha a tendência a generalizar para “os alunos”.

Paralelamente – e historicamente precedendo este interesse discente, sejamos justos – muitos professores, a maioria docentes médicos envolvidos com reformas curriculares, também se fazem a mesma pergunta (MORETTO, 1998; MORETTO, 2000; SÁ, 2000; GONÇALVES, 2001; VENTURELLI, 2001; KOMATSU, 2002; LIMA JÚNIOR, 2002; RONZANI, 2003) a respeito de qual seria a função docente. E as respostas sugeridas, longe da orientação dogmática que se poderia esperar de indivíduos formados dentro dos cânones rígidos da ciência, não apontam para soluções pré-fabricadas. Os autores parecem ter uma nítida preferência por indicar caminhos mais abertos, considerando que o resultado final deverá ser debatido e acordado dentro da realidade de cada escola médica.

A Educação Médica há de privilegiar o homem que se encerra no estudante de Medicina, de maneira a construí-lo para que a partir dele nasça um profissional não esquecido de suas origens humanas.

(MORETTO, 1998, p. 23).

A valorização do enfoque humanístico dentro das escolas médicas é a tônica de todos estes autores. Esta revalorização da dimensão humanística é, sem dúvida, uma resposta ao crescente tecnicismo incorporado à medicina, que afasta o médico da pessoa do seu paciente, atendendo às grandes demandas oriundas da falência deste modelo (SÁ, 2000; MARINS, 2003). O estar envolvido em uma reforma curricular faz, de forma quase obrigatória, com que estes docentes (re)pensem a sua função como tal, quase continuamente. Se considerarmos que as novas tecnologias adotadas privilegiam a dinâmica das relações interpessoais (MAMEDE, 2001; ZANOLLI, 2004) este (re)pensar a função docente torna-se quase uma exigência.

Entretanto, há uma outra dimensão a se considerar nas concepções dos docentes sobre o seu papel: estas concepções variam ao longo do tempo, por várias razões. A mais singela destas é o próprio passar do tempo, que faz com que a visão que o indivíduo tenha da sua vida e das suas atribuições vá mudando. Outra é o acúmulo de experiências, o aprendizado que advém dos erros e acertos experimentados ao longo da vida do indivíduo. Quando se volta a atenção para a trajetória de vida dos professores, como no presente estudo, isto torna-se mais do que evidente. Ao iniciar a carreira docente os professores importam e utilizam um modelo mais ou menos acabado, oriundo das suas próprias vivências como alunos, passando a exercer uma docência “respaldada apenas em pendores naturais, saberes e fazeres advindos do senso comum e na experiência passada como alunos universitários” (ISAIA, 2003, p. 243).

Era isso. Então eu achava que eu estava muito bom como professor porque eu sabia a prática. (Professor 5)

E em relação à prática eu sempre fui mais duro, assim, porque era o modelo que eu tinha. O **** **, assisti muitas aulas com o **** ** [...] Então eu tinha um modelo que era dele. Depois eu fui dando o meu jeito, mas eu comecei a reproduzir muito o que eu via e "bom, isso aí é para ser". E era assim bem duro, bem duro, bem exigente, muito distante do aluno... uma certa distância... não muito distante, mas com uma certa distância do aluno, quer dizer, terminou a aula "tchau, tchau". [...] Níveis diferentes. Não tinha camaradagem, assim, acho que eu reproduzi o modelo... bem diferente de hoje, hoje eu sou outra pessoa, outra professor. (Professor 2)

na época em que fui admitido, e muitos anos após, a atividade era somente teórica, havendo um mínimo contato com os alunos nas poucas aulas ministradas, durante um semestre. O programa da disciplina era o mesmo de muitos anos atrás, e compreendia uma revisão totalmente teórica

de uma especialidade, com fortes características práticas. Demonstravam interesse os alunos que pretendiam seguir a especialidade e aqueles mais aplicados que se dedicavam a todas as disciplinas. (Professor 1)

Era em cima do meu jeito. Era em cima do meu jeito e meu jeito tem a ver com a minha bagagem de aluno, com a minha bagagem das aulas particulares [...] com os meus estudos com os meus colegas, mas era em cima do meu jeito. (Professor 4)

Em perfeita consonância com a idéia de trajetória, é possível perceber que, ao longo da vida destes professores muitos destes conceitos foram modificando-se, certamente porque os próprios docentes modificaram-se e foram modificados pelo seu entorno. Utilizar um modelo externo – ou importar um modelo de outro professor mais antigo – no início da carreira certamente preenche muitas das lacunas deixadas pela ausência de preparação didático-pedagógica específica para a atuação como professor de um curso médico, ao menos do ponto de vista prático, do ponto de vista das atitudes adotadas. Também confere certa segurança já que o indivíduo se baseia nas atitudes de alguém que ele conhece e reconhece como professor para orientar as suas próprias. As palavras do Professor 2 são muito incisivas neste sentido já que ele conseguiu identificar o modelo que adotava então, inclusive personificando-o na figura de outro professor, mais experiente, da mesma disciplina, do qual tinha assistido várias aulas. Com o passar do tempo – ou com o evoluir da trajetória, como queiram – a adoção pura e simples de um modelo deixa de ser uma opção confortável, se é que possível. A sensação assemelha-se ao estar calçando os calçados alheios, ou melhor, de estar trilhando um caminho que não é o seu. E o professor começa então a experimentar coisas mais “do seu jeito”, acabando por modificar o seu modo de atuar.

Porque eu falo muitas coisas que acho importante para a vida dos alunos como um todo e eles me olham como se fizessem pouco caso. Porque eles gostam é que eu diga como tratar dor de barriga. E isso eu digo menos atualmente do que eu já disse. Eu dizia “tu das amoxicilina, tantos miligramas...” meio decorado quase ... as condutas. E agora eu abro mais o horizonte porque eu acho mais importante. Mas eu estou em uma outra fase da vida e eu vejo que eles não têm o mesmo interesse que eu tenho. Isso eu sinto, aliás. Eles até escutam... [...] mas eu vejo que isso não incentiva-os a achar que eu sou professor como eu deveria ser, entende? Eles gostariam que eu fosse lá e desse o bê-a-bá, bê-a-bá... (Professor 5)

A minha relação com os alunos era boa, mas mantinha uma distância “salutar”, defensiva, de preservação, na tentativa de não expor debilidades e deficiências. Esta relação evoluiu. Hoje, estou muito perto dos alunos, tenho segurança na minha orientação, enquanto docente. Não tenho receio de me expor e deixar que minhas falhas e deficiências

apareçam, pois, tenho clara a proposta de estar construindo juntos o conhecimento, com metodologia ativa e participativa. (Professor 2)

Minha preocupação como docente tornou-se mais clara e objetiva, atualmente: hoje eu sei o que é importante dentro de uma especialidade para um aluno de graduação investir mais o seu tempo e o que é desnecessário. Sei que não sou obrigado a saber tudo e que posso responder no outro dia ou procurar a resposta junto aos alunos, sem me sentir inferiorizado. Sei que somos nós, os professores, os modelos de profissionais para os nossos futuros médicos e isso deve exigir de nós, formadores de opinião, uma postura ética, clara e honesta. Pena que não seja isso a regra. [...] Hoje eu tenho uma experiência com os alunos da Maringá²⁶ que é uma coisa assim muito, muito, muito... que mudou muito a minha maneira de ser como docente. Isso não tem dois anos ainda. Então assim... como esses alunos são alunos que estão no início e eles tem uma sede por tudo, diferente dos alunos que eu pego no décimo semestre e que já estão escolhendo a sua especialidade e que estão passando por aqui porque são obrigados, então com esses alunos da Maringá eu criei um vínculo com eles muito maior. Como professora de antigamente, assim, entende? De relação, de encontrá-los, de saber o nome deles. Foi uma coisa assim que... eu gostei muito desta experiência. (Professor 1)

Talvez mais do que descobrir a função docente o que transparece nestas palavras, especialmente nas do Professor 1, é o reencontrar-se, o descobrir que alguns dos antigos conceitos e ideais – alguns remetendo à infância – são possíveis de realizar-se na vida adulta. É muito sintomático o uso da expressão “como professora de antigamente” e acho que é quase auto-explicativo. Talvez mereça uma maior atenção a idéia aventada pelo Professor 5: Certamente em função do tempo decorrido na profissão docente, este professor considera importante salientar para os alunos, aspectos referentes não somente à profissão médica em si, mas coisas que são “importantes para a vida dos alunos”, para fazer uma referência textual. Já se insinua aqui um conceito subjacente curioso: o que é importante para a profissão não é necessariamente importante para a vida do aluno e vice-versa. Ainda a velha lógica da dicotomia do eu profissional x eu pessoal, como se fossem entidades diversas, coisas separadas. O que me parece é que o Professor tem a intenção de discutir coisas relevantes, que transcendam a simples informação técnica, o que nem sempre – e talvez na maioria das vezes – não seja o desejado pelos alunos. “O docente não pode se restringir ao que ensina. É mais que isto, aquele que educa uma classe de intelectuais, vital para o desenvolvimento de uma sociedade democrática.” (MORETTO, 2000, p.05). Pena que esta não seja uma idéia

²⁶ A ‘experiência com a Maringá’ a que o Professor se refere consiste na atuação na disciplina de Desenvolvimento Humano, parte do Pilar Humanístico dentro do novo desenho curricular do curso de

mais presente no dia-a-dia das reflexões docentes, ainda acontecendo como uma percepção isolada, na prática.

Mas por que os alunos estariam interessados apenas na aquisição de informação e não na discussão a respeito da sua formação? Não seria este um contra-senso se considerarmos as citações prévias oriundas de discentes, feitas neste mesmo texto, em que se ressalta a necessidade da função mediadora do professor? Uma possível resposta, parece-me, é bem simples: a grande maioria dos discentes – e também uma parcela expressiva do corpo docente – considera-se à margem deste movimento de reforma que ora está em curso no ensino médico brasileiro. As vozes ouvidas são, a meu ver, de uma parcela muito pequena e não representativa do universo do corpo discente. E por que não se ouvem mais vozes? Certamente não porque sejam reprimidas, mas sim porque são omissas, talvez pertencendo a indivíduos absolutamente desinteressados dos assuntos que fogem do escopo do essencialmente técnico. E a pista para uma destas razões está, exatamente, em um texto escrito por um acadêmico de medicina:

Uma nova realidade se apresenta quando analisamos os iniciantes da faculdade médica. A cada geração, é menor a média de idade no ingresso do curso. Hoje, podemos observar indivíduos às vezes ainda pré-adolescentes sob o ponto de vista psicossocial. Na maioria deles, todos os aspectos em questão são ainda potencializados pelo período do ciclo da vida no qual estão contextualizados. (CASTRO, 2004, p. 40)

Dito de outra forma os alunos estão cada vez mais jovens e os professores ficam cada vez mais velhos. Não que os docentes ingressem mais velhos na carreira, mas é que o próprio passar do tempo determina que se vá envelhecendo – alguns provavelmente prefeririam o emprego da palavra “amadurecendo” já que envelhecer é uma palavra utilizada freqüentemente com um sentido pejorativo na nossa cultura – e, portanto, mudando a forma de ver o mundo e de ver-se no mundo também. Daí a preocupação com a formação global dos alunos sob a influência direta do docente, a fim de evitar aquilo que o Professor 4 salientou em sua entrevista: “Depois a gente forma gente que... eu tenho dito muito isso, temos que fazer a crítica... a gente forma e depois não encaminha pacientes para aquelas pessoas que a gente mesma formou.”

Pensar sobre o que se faz e como se faz, talvez numa perspectiva mais próxima do proposto por SCHÖN (2000), de profissional reflexivo, parece ser uma característica cada vez mais adotada – possivelmente desejável – por parte dos docentes que investem algo do seu tempo pensando a respeito. “Nos tempos atuais, ocorre uma evolução que busca posturas mais equilibradas, entendendo as experiências vividas como fontes de inspiração, intervenção e transformação, apesar de todas as suas contradições.” (PEIXOTO, 2000). E contradições não são infreqüentes na atuação docente dos nossos sujeitos de pesquisa. Uma delas foi esta, já levantada pelo Professor 4 ao admitir que não confia nos médicos que ele mesmo ajudou a formar. Mas seria esta uma contradição, realmente? Ou simplesmente a constatação – nada agradável, convenhamos – de que o professor não confia em alguns profissionais que ele próprio ajudou a formar faz parte de um movimento maior? Para este professor, em particular, parece que sim.

E eu converso muito nesses seminários com os alunos e sempre me vem na cabeça aquelas teorias. E aí já me ajuda a me situar. Porque faz parte do meu trabalho estar praticando – bem o profissional reflexivo do Schön – está praticando e está ligando com a teoria, está praticando e está ligando com a teoria. (Professor 4)

Nas palavras do próprio teórico citado pelo professor

todas essas experiências, agradáveis e desagradáveis contém um elemento de surpresa. Algo que não está de acordo com nossas expectativas de conhecer-na-ação. Em uma tentativa de preservar a constância de nossos padrões normais de conhecer-na-ação, podemos responder à ação colocando-a de lado, ignorando seletivamente os sinais que a produzem. Ou podemos responder a ela através da reflexão... (SCHÖN, 2000, p. 32)

O elemento surpresa fica facilmente evidenciado na tomada de consciência de que não se encaminha pacientes para os próprios alunos de cuja formação se foi artífice, ao menos parcialmente. Mais uma vez ressalto que esta não deve ser uma descoberta agradável. O próprio Professor 4 completa o raciocínio, novamente em total concordância com as idéias schönianas ao dizer que “o fato de a gente não perceber as coisas não quer dizer que elas não existam”. É preciso ter olhos para ver, diriam alguns. Vou mais além: acho que é preciso ter coragem para ver o que há para ser visto e não apenas o que se quer ver.

4.5) Ser professor de medicina é diferente de ser médico

4.5.1) Saber fazer é saber ensinar a fazer?

Historicamente o ensino médico brasileiro desenvolveu-se dentro das escolas médicas de nível superior, hoje integradas às universidades. Desde o início o corpo docente destas escolas médicas foi constituído por médicos atuantes na comunidade, profissionais renomados e de notório saber (MASETTO, 2000; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; NAVA, 2004). Esta opção por profissionais reconhecidamente competentes na sua atuação técnica remete à idéia tão antiga quanto arraigada na cultura e no senso comum de que quem sabe fazer sabe ensinar. Este “saber fazer”, claro, reveste-se de uma enorme subjetividade já que cada profissional tem seu jeito de atuar e cada paciente percebe a atitude médica ao seu modo. Mas esta idéia de que ser bom profissional basta para ser um bom professor, comum à diversas áreas do ensino superior, há muito tempo encontra fortes defensores entre os professores médicos e também entre os alunos. Já coloquei em destaque a importância e o reconhecimento que os alunos dão aos professores por eles julgados competentes bem como o fato de que nisto é colocado uma grande ênfase nos aspectos práticos da atuação profissional. Esta idéia de que há a necessidade de ter uma boa atuação na prática também aparece entre os professores, marcadamente no período inicial de suas carreiras.

Fiquei quase que exclusivamente voltado para os residentes, na atividade prática de treinamento em Serviço, que era o que eu sabia fazer melhor. Passei a ser preceptor da Residência Médica, trabalhando muito mais como médico assistencial do que como docente. (Professor 1)

E aí eu fui para plantão todas as manhãs, para conviver mais, para participar mais do serviço e coisa assim... daí no fim desse ano saiu concurso para funcionário, daí eu fiz... aí entrei como funcionário... (Professor 4)

Após assumir o cargo de professor auxiliar, por um período muito curto (cerca de 3 meses), atuei no ambulatório nos dois turnos (manhã e tarde). Em seguida a chefia solicitou que eu fosse com os alunos do nono semestre para o ambulatório [...] Na época, sentia-me preparado para o exercício da docência porque pensava que uma boa docência era “ensinar o que sabia da prática médica do dia a dia”. (Professor 5)

Aqui, nestas falas, aparece bem a idéia da valorização da prática médica

como fator determinante para o ser professor médico e, portanto, poder desempenhar o papel de professor. E mais: não parece haver, em nenhum momento, qualquer nota de contrariedade ou de discordância quanto a este fato. Realmente os professores médicos, ao iniciar suas carreiras, parecem estar muito mais voltados para a prática de sua especialidade do que para qualquer outra coisa. Compreensível. A graduação em medicina não oferece qualquer oportunidade de aproximação com a docência. E, até muito recentemente, os aspectos humanísticos eram relegados a um segundo plano, considerados muito menos importantes – quando não “contaminantes” – quando confrontados com os aspectos estritamente técnicos e científicos da profissão.

Esta desconsideração pelos sentimentos e angústias dos alunos do curso de medicina da UFSM frente às dificuldades no transcorrer de sua formação foi tema de um artigo de QUINTANA e colaboradores (2004), aonde fica bem evidente esta preferência por considerar nobre o que é científico em detrimento do resto. Mas privilegiar os aspectos humanísticos ou didático-pedagógicos não é a forma de resolver todos os problemas. É importante salientar, explicitamente, que de forma alguma a competência técnica é considerada desnecessária para a atuação como professor de uma área específica, como deixam bem claro diversos autores (MARCELO GARCIA, 1999; MASETTO, 2000; FREIRE, 2003). Competência para ensinar pressupõe competência na sua área específica, o que é imprescindível e isto é tacitamente aceito por todos esses autores. O que está em discussão é o fato de que este conhecimento técnico, isoladamente, não é garantia de que o indivíduo seja um bom professor. Mais do que isso: a ausência de uma formação específica do professor de ensino superior para ser professor, assinalada por diversos autores (MARCELO-GARCIA, 1999; FERNANDES, 2000; MASETTO, 2000; LUNA, 2001; VENTURELLI, 2001; FEUERWERKER, 2002; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; TAMOSAUSKAS, 2003; ISAIA, 2003; NAVA, 2004; DA ROS, 2004; URTIAGA, 2004) dificulta, senão impede uma melhor atuação deste como tal. Esta percepção também aparece em diversos momentos nas palavras dos sujeitos de pesquisa.

Esporadicamente dava aula teórica para os alunos do 10º semestre, o que para mim, era um desafio muitíssimo maior e mais estressante do que fazer [...] um procedimento de alto risco.

Por que esse estresse??? (Professor 1)

É interessante porque você por mais... até porque a gente não tem

o preparo para ser professor... a gente não tem a noção do processo ensino, do pedagógico, do processo como é que acontece e como é que o professor se insere nisso, como é que ele pode ser um facilitador. Tu entras para dar aula teórica. (Professor 2)

Certamente que não me senti adequadamente preparado para o exercício da docência nessa fase. (Professor 3)

E eu no início estudava muito e ia lá... mas eu sempre dei aula falada. Sempre. Mesmo a história dos grandes grupos, quando eram cinquenta alunos e era uma aula teórica eu falava. Eu não fazia esquema, não levava slide, nunca fiz um slide na vida. (Professor 4)

Todos os professores sujeitos da pesquisa percebem, hoje, que sua formação didático-pedagógica era insuficiente para a atuação docente. Também transparece a idéia de que a repetição dos modelos apreendidos durante a formação na graduação em medicina se impunha, o que é evidenciado pela grande importância conferida pelos professores às aulas teóricas. Isto ainda é perceptível entre os docentes – e talvez até em maior grau entre os discentes – que consideram que o professor somente “dá aula” quanto ministra uma aula teórica. Seminários, reuniões de conduta, discussões de caso não são exatamente “aula”. Três dos cinco falam em aulas teóricas como preocupações e atividades exercidas no início da sua atuação docente. E a aula teórica era isso mesmo, magistral, centrada no professor, onde ele determinava o que, como, quanto e quando seria abordado. E, como costumava dizer uma professora minha, ainda no período do ciclo básico, “perguntas somente no final da aula para não atrapalhar a seqüência da matéria”. Algo do tipo: eu ensino e se vocês não aprendem não é problema meu. Outra época. Outro paradigma de ensino. E, portanto, outros métodos de ensino também. Muito distante do processo de ensinagem que hoje emerge como uma troca saborosa de conhecimentos,

em um processo contratual, de parceria deliberada e consciente para o enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela. (ANASTASIOU & ALVES, 2003)

Esta percepção por parte dos sujeitos de pesquisa de que a formação didático-pedagógica é importante para o exercício da docência, entretanto, inscreve-se em uma reconstrução via memória da trajetória destes professores. Dito de outra forma, hoje, com mais de dez anos de exercício de docência, esses professores sabem que a formação didático-pedagógica lhes fez falta nos anos iniciais do exercício da docência. Mas, como admite explicitamente o Professor 5 ao dizer que

sentia-se “preparado para o exercício da docência”, a percepção desta lacuna na formação não existia àquela época. E como os modelos adotados eram de professores que não também não tinham nenhuma formação específica direcionada para o ensino, este não parecia ser um problema. Era, pode-se dizer, um ponto cego. Triplamente cego: (1) o professor iniciante não sabia que precisava de uma preparação específica, (2) os alunos (prestando atenção na competência prática como indicador de um bom professor) desconheciam a necessidade desta e (3) os professores mais antigos, habituados a voltar seu olhar para os aspectos estritamente técnicos, não valorizavam a necessidade de formação didático-pedagógica dos professores iniciantes. Acrescente a isto que estes últimos, provavelmente, consideravam que o investimento em uma formação voltada para o ensino era algo menor, menos importante do que a atuação profissional como médico. O Professor 2 relatou, durante a entrevista, que um colega de departamento, criticando o seu grande interesse por estudar a educação médica disse que “quem sabe faz e quem não sabe ensina”, o que deixa bem claro onde está o verdadeiro foco de interesse – e de valorização profissional – deste professor que, certamente, não expressou uma opinião só sua, mas representando muito do que se pensa sobre o que é ser professor de medicina.

4.5.2) Quem ajuda um professor a ser professor?

Chegamos então a um ponto crucial na trajetória destes professores, os sujeitos de pesquisa. A empolgação inicial pela docência, possivelmente, fez com que os obstáculos iniciais fossem superados mas, com o passar do tempo e com o evoluir das situações, associados às reflexões oriundas das experiências vividas, as suas deficiências formativas começaram a ficar mais evidentes. Começam a surgir perguntas sobre a sua real competência para ensinar, sobre a forma como os colegas trabalham e sobre as condições fornecidas pela instituição onde trabalham. Numa análise global das trajetórias até este momento arrisco-me a dizer que os docentes, como norma geral, foram admitidos na universidade por seus conhecimentos técnicos em uma determinada área específica, estavam atuando como profissionais médicos e tinham a responsabilidade de “dar aula” para alunos sem ter nenhuma preparação específica para isso. Seria de se esperar, logicamente,

que eles tivessem apoio institucional e a solidariedade dos colegas – marcadamente os mais velhos, que foram seus modelos docentes – para direcionar seus esforços e para dirimir suas eventuais dúvidas, ao menos as mais pontuais. O que aparece nas auto-reconstruções e entrevistas, entretanto, é um pouco diferente.

Não, eu sempre me senti muito sozinho... tinha, dentro da minha disciplina, tinha o **** que sempre foi a pessoa... o *** é um cara que nasceu para ser professor, que pega um giz e vai dar uma aula. Ele fugia do padrão... até para se inspirar nele você já tinha que ter um (gesto amplo). E dentro do meu departamento nunca ninguém deu importância para isso. Eu me sentia, e me sinto ainda, muito só, nesse sentido. (Professor 1)

Eu cheguei no Departamento de ***** e a secretária me disse “olha, dia tal tu vais dar aula sobre [...]” E tal dia tu vais dar isso, tal dia... na sala tal, para os alunos tais. “Pô, eu fiquei sozinho... [...] Nada. Nem para dizer assim “olha, aqui tu tens que dar só o elementar, tem que dar isso ou aquilo outro”. E eu fui para casa pegar os livros que eu tinha, [...] E aí eu fui fazer o que eu imaginava que um professor tinha que fazer. Acho que realmente com uma série de deficiências que os alunos perceberam, percebiam, com certeza. (Professor 2)

Porque eu fui aprendendo um outro jeito de dar... de ensinar e aprender que era mais perto do meu jeito, né? Grupos... em pequenos grupos, tendo parcerias que eu gosto muito de trocar. Eu sozinho não gosto. Acho até que a minha profissão tem muito a ver com isso... é uma troca, um relacionamento... (Professor 4)

Na época, comecei a sentir que estava menos preparado para o exercício da docência e que ela exigia muito mais que o conhecimento e a habilidade da atuação prática. (Professor 5)

O sentimento que permeia essas lembranças é o de abandono. Algo semelhante à imagem romana de ser atirado aos leões associado a uma certa dificuldade em dizer que não se sabe como fazer o que precisa se feito. A personalidade médica tem um componente narcisístico importante e a dos docentes médicos – por serem médicos – também. Logo fica muito difícil assumir que há a necessidade de pedir ajuda, de servir-se das experiências dos mais velhos, ou de agregar aos conhecimentos específicos os conhecimentos da área de educação. Todos os professores deram um jeito de superar estas dificuldades, embora, como reconheça o Professor 2, “com uma série de deficiências que os alunos perceberam”. Esta sensação de abandono não é uma exclusividade dos docentes médicos, mas é observável entre muitos dos professores de ensino superior. Tanto é assim que ISAIA descreve-o como sendo uma *solidão pedagógica*. Esta representa “o desamparo dos professores diante da ausência de interlocução e de conhecimentos pedagógicos compartilhados para o enfrentamento do ato educativo”

(ISAIA, 2003, p. 243).

A constatação de que existe esta solidão pedagógica, a aceitação de sua existência como tal, explica em parte as dificuldades encontradas pelos docentes de ensino superior, mas o quadro não se resume a isto. Dentre os conceitos da autora, há todo um quadro conjuntural, uma rede de relacionamentos com a instituição e os colegas que acaba por determinar, ao menos em parte, como se dá a formação do professor de ensino superior. Entre os sujeitos de pesquisa os aspectos ligados aos colegas professores mostraram-se como tendo uma grande relevância, como fica explícito no tópico a seguir.

4.5.3) E quem (ou o que) atrapalha ou interfere?

Até aqui já abordei alguns aspectos das influências pessoais na opção pela docência, bem como da adoção de modelos baseados em experiências prévias como aluno. Estas são influências claramente individualizadas. Mas existe também uma outra, menos personalizada, que provém do grupo de professores com o qual o professor convive, situados – tanto os indivíduos quanto a coletividade dos professores – dentro de um cenário que é a instituição onde ele atua. Esta é uma característica interessante na atuação profissional como docente porque ela se diferencia muito da atuação profissional como médico: o exercício da medicina é, classicamente, uma atividade solitária, do ponto de vista de quem trata. Claro que pressupõe – ou deveria – a participação ativa do paciente, mas essa é uma relação assimétrica, em que o médico atua como profissional qualificado em saúde, o técnico que detém o conhecimento necessário para o enfrentamento de uma situação que transtorna a vida do paciente, a doença. (PEREIRA NETO, 2001). Não há, via de regra, uma troca com outros indivíduos que estejam num mesmo patamar de conhecimento científico. Isto faz do consultório “uma caixa preta” (Professor 2). A situação se repete quando o enfoque é a relação professor-aluno, se considerarmos esta do ponto de vista tradicional, naquele cenário em que o foco é o professor, que detém o saber e o poder.

Entretanto esta não é uma lógica aplicável à relação professor-professor. Inicialmente, naturalmente, existe um período em que o professor novato se sente menor, inferiorizado porque iniciante. É até uma questão de respeito pela

experiência e tempo de carreira dos professores mais velhos e mais experientes. Mas este é um momento inicial que logo é superado. Passado aquele impasse dos primeiros tempos, superadas as dificuldades do “passar de aluno a colega” (Professor 4) as diferentes visões se tornam mais evidentes e as discordâncias afloram.

Esta interação com os colegas sofre, portanto, uma nítida mudança ao longo da trajetória dos docentes.

A interação com os colegas era boa, no entanto como professor substituto não opinava, apenas exercia a atividade que me era estabelecida pelas chefias.

[...]

A interação com os colegas era boa, no entanto como professor auxiliar já me permitia dar opiniões que muitas vezes não eram bem aceitas pelos colegas que tinham sido meus professores.

[...]

A interação com alguns colegas passou a não ser mais tão boa.

[...]

Ponto negativo foi a pouca aceitação dos colegas para as mudanças, e o desentendimento com a chefia que para manter o poder não aceitava as mudanças sugeridas e criou um clima de desentendimento entre todos os colegas.

[...]

A interação com alguns colegas passou a ser melhor.

[...]

A interação com colegas passou a ser cordial, mas com enfrentamento de idéias. (Professor 5)

Mesmo sendo uma citação longa permiti-me fazê-la porque é um apanhado da forma como se deu a trajetória do relacionamento deste professor com os seus colegas. De uma posição submissa inicial, em que se é aceito porque nada se fala, passa-se a um progressivo saber-se partícipe dos rumos da instituição. Daí a necessidade de opinar, de expressar-se. É o início dos conflitos com os professores mais antigos que, por estarem numa condição privilegiada – ao menos na ótica deles mesmos – e de conhecer a instituição há mais tempo, muitas vezes se consideram os detentores do poder dentro dela. “A educação encontra-se num processo de mudança, mas ainda é mais evidente a manutenção do *status quo* do que as inovações, reformas ou transformações propriamente ditas.” (KOMATSU, 2002, p. 56).

Com alguns professores, talvez por algumas idiossincrasias de personalidade, estes conflitos interpessoais parecem ser mais freqüentes e tomar proporções maiores do que com outros.

...eu tenho essa característica. Eu vou fazendo as coisas e eu não sou... talvez eu não tenha o jeito macio necessário, político necessário, sei lá. Eu crio esses anticorpos assim, às vezes eu de alguma forma toco mal nas pessoas. (Professor 2)

O próprio professor, neste caso, atribui as dificuldades de relacionamento a alguma característica sua, pessoal, algo que “toca mal nas pessoas”. Na entrevista esta questão foi explorada mais a fundo e pude perceber que este havia sido um ponto que preocupou bastante ao professor, a ponto de ele ter procurado “auxílio profissional” para tentar entender melhor o problema. A impressão resultante, expressa pelo próprio professor, é de que realmente se tratava de um problema pontual, uma característica bastante marcante na atuação dos docentes médicos, a personalização das relações, fato também levantado por outros sujeitos de pesquisa (Professor 3, Professor 5). Muito poucas vezes os debates e disputas restringem-se ao “campo das idéias” como quer o Professor 5. Os relacionamentos interpessoais tendem a ser complicados, especialmente em grupos onde existe uma certa disputa por poder, como é o caso das instituições universitárias. Dentre os sentimentos dos colegas identificados, há até o “ciúme” (Professor 1) por ter-se um título de doutor e, conseqüentemente, uma GED²⁷ maior. Em outras trajetórias, especialmente nos períodos mais tardios em que o professor está mais maduro, os conflitos nem sempre assumem esta dimensão tão personalista.

A relação com os colegas foi complicada nessa fase, em especial nos primeiros anos. Tive muitos dissabores, a ponto de inimizar-me com alguns.

[...]

Todos os que tu quiseres na tua cabeça, de conflitos, aconteceram comigo. Só que batiam num muro, né, numa rocha. Porque os desafios... porque eu tinha aquilo que nenhum deles tinha: o conhecimento, a informação acadêmica. E mais: como um indivíduo político que eu sempre fui eu usei, eu enfrentei de todos os jeitos que quiseram. Então, tranqüilamente, eu nadei em águas... eu diria... por isso que eu digo: sem qualquer restrição a não ser os enfrentamentos políticos normais, naturais, dentro da disciplina, dentro do departamento, dentro da instituição, mas todos normais, até hoje, absolutamente fisiológicos. Fisiológicos do ponto de vista de normalidade. (Professor 3)

Esta idéia de que há embates, enfrentamentos políticos e debates no campo

²⁷ Gratificação de Estímulo à Docência, incentivo financeiro fornecido pelo governo, dependente da titulação do professor. Professores mais titulados recebem uma remuneração maior do que os menos titulados.

das idéias causa um certo desconforto entre os professores, de uma maneira geral. Oriundo do senso comum há uma idéia de que um bom ambiente de trabalho é aquele privado dos conflitos, dos desacordos, dos desentendimentos. Há a idéia de que é bom trabalhar num local em que todos “puxam para o mesmo lado”. Esta, todavia, não tem sido apontada como uma boa forma de trabalho por alguns teóricos. ZABALZA (2004) explicita que tomar os conflitos como “fenômenos disfuncionais que devem ser evitados” (ZABALZA, 2004, p. 84) não é uma boa forma de trabalhar nas instituições. No seu entender estes conflitos “costumam ser oportunidades para provocar mudanças que resolvam as crises que eles originaram” (*idem*). Não um empecilho, mas sim uma oportunidade.

Da mesma forma MASETTO (1998) coloca entre as características desejáveis de um bom professor de ensino superior o exercício de uma dimensão política, conceito este um tanto difícil de ser digerido pelo grosso da nossa população docente. A idéia central que permeia estes discursos é que se deve considerar que a troca de idéias, seu eventual embate, é algo benéfico para a instituição, quando não para o próprio indivíduo envolvido no processo. A mudança de atitude mais óbvia seria o passar a cultivar o “hábito salutar de discutir e refletir sobre a nossa própria prática docente com nossos pares” (VASCONCELOS, 2000, p. 78).

Este relacionamento com os colegas, que existe independentemente de ser bom ou ruim, desejável ou indesejável, inscreve-se no cenário da instituição. E um equívoco comum é a atribuição de vida própria ao que eu chamo de “o monstro da instituição”. Não raro as pessoas escondem-se por trás desta desculpa, dizendo coisas do tipo “a instituição não permite que se faça”, “esta não é a política institucional” ou ainda, mais modernamente, “a cultura de nossa instituição não é essa”. Colocações deste tipo sugerem que a instituição é uma entidade, um ser com vida própria – que freqüentemente adquire o aspecto de um monstro malvado – que decide por este ou aquele direcionamento de ações baseado em critérios herméticos e esotéricos, só por ela mesma conhecidos. Este tipo de atitude serve àqueles que, colocados em pontos vitais na cadeia de comando da universidade, querem manter tudo funcionando da forma como vem sendo há muito tempo. Tanto é assim que um dos principais argumentos contra-reformistas (em qualquer nível que apareça) é o discurso de que “sempre foi assim”. E isso é um argumento falho, na verdade é uma impossibilidade histórica já que as instituições não existem desde sempre. O ponto

interessante aqui, entretanto, é que mesmo que se admita ser a cultura institucional permeável às mudanças e influências do meio social que a cerca (ZABALZA, 2004) e não algo fixo e imutável, ainda assim existe o peso da instituição quando confrontado com a situação de um indivíduo isoladamente. E os indivíduos se relacionam com a instituição de formas diferentes, via de regra percebendo-se insatisfeitos com este relacionamento.

tive dificuldade de dispor de um espaço e de um móvel para guardar material, livros, ficar enquanto não estivesse em aula. Em **** quando saí da coordenação solicitei ao coordenador seguinte, uma sala ou um *bureau* para me situar na instituição. Disse-me que seria difícil, pouco tempo depois, relatou-me que havia feito tentativas junto a órgãos superiores e que era complicado. Como já visualizava sair para doutorado, eu organizei meu material de estudos em casa, onde trabalho até hoje. Continuo com dedicação exclusiva na UFSM, sem ter um armário sequer. Confesso que nunca reivindiquei de forma documentada esta minha solicitação. Observo que na fase profissionalizando do curso de medicina, nenhum docente dispõe de espaços. Não existe uma sala de professores, para reuniões encontros diários, interação. Existem reuniões convocadas, formais, esporádicas, um ambiente que não favorece a interação que promova reflexões, iniciativas para as mudanças. (Professor 2)

Aqui aparecem duas concepções de espaço institucional que merecem destaque: uma delas é a do espaço físico, propriamente dito. O fato de trabalhar numa instituição sem direito a “um armário sequer” é algo desagradável, constrangedor até se poderia dizer. E a burocratização do processo também é uma fonte de irritação. Explicar que a demanda do professor por um espaço físico não é possível porque “é complicado” parece muito mais uma desculpa vazia do que qualquer outra coisa. A ausência de espaços físicos destinados à convivência como a sala dos professores também é um problema. Entende-se que esta desarticulação do espaço da universidade guarda ainda certos traços do desmonte da intelectualidade brasileira ocorrido durante o período da ditadura militar em que, como bem se sabe, as interações entre grupos intelectualizados tinham um forte “cheiro subversivo”. E talvez por inércia, também, esta não tenha sido uma lógica revertida apesar da modificação da conjuntura social e política brasileira.

A segunda concepção de espaço é a do espaço virtual de troca dos professores. As reuniões burocratizadas, maçantes, são a tônica dos departamentos. Muito pouco, se é que alguma coisa, ultrapassa esta fronteira do formal. Não se discute educação, não se reflete sobre as ações empreendidas. Os departamentos são, na

atualidade, estruturas responsáveis pela manutenção do arcabouço burocrático institucional, o que acaba por favorecer “a perda da unidade da escola” (LAMPERT, 2001, p. 09).

Aliado a esta falta de espaço – em qualquer um dos aspectos levantados – as reclamações quanto às condições fornecidas pela instituição são numerosas.

O material didático (projetores, retroprojetores) era muito rudimentar; slides e transparências, se os professores quisessem utilizar, não recebiam nem instruções, nem auxílio, o que levava, os professores mais jovens, a se valerem de material didático de baixa qualidade. [...] Sem falar na responsabilidade profissional que temos, mesmo como docentes, em relação aos pacientes do HUSM. Todos nós, profissionais médicos-docentes, estamos expostos, sem nenhuma proteção da Instituição, à problemas médico-legais. (Professor 1)

As condições fornecidas pela instituição para o exercício da docência não eram as melhores porque simplesmente era entregue uma turma de alunos e uma enfermaria para que o professor substituto desse conta. (Professor 5)

Como bem se pode ver, várias preocupações se fazem presentes e se agregam às já explicitadas. Não havia condições adequadas de produzir material didático, não havia apoio de nenhum tipo para tal e a atividade realizada junto aos pacientes do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) era exercida – e continua sendo, aliás – sem nenhum tipo de amparo legal no caso de um eventual processo. As palavras do Professor 5 retomam a idéia da solidão pedagógica. O que fazer para melhorar esta situação? Como procurar as respostas a estas dúvidas que surgem ao longo da carreira docente? Como diminuir a insatisfação destes docentes?

4.5.4) Aonde se aprende a ser professor?

Esta é uma pergunta assaz capciosa. Deveras. Na verdade, revisando algumas contribuições da literatura (MARCELO-GARCIA, 1999; MASETTO, 2000; VASCONCELOS, 2000; ISAIA, 2003; OLIVEIRA, 2003, ZABALZA, 2004) talvez a resposta mais correta fosse: em todos os lugares. A tendência tem sido ressaltar que a formação profissional do professor universitário se dá ao longo de sua trajetória (ISAIA, 2003), contemplando as dimensões pessoal, profissional e social (MARCELO-GARCIA, 1999), inscritos em um cenário cultural específico da

instituição em que atua (ZABALZA, 2004), com o desenvolvimento das competências técnicas e pedagógicas (MASETTO, 2000) e, preferencialmente, explicitando a forma como se dá esta trajetória, integradas no que se convencionou chamar de histórias de vida (OLIVEIRA, 2003) e que permitiriam uma troca muito mais intensa de experiências, um compartilhar de conhecimentos benéficos a todos que o vivenciem (VASCONCELOS, 2000; ANASTASIOU & ALVES, 2003).

Por outro lado, este processo dinâmico e que abrange um longo período só é perceptível aos professores que, com um tempo de atuação maior, permitem-se uma reflexão sobre o caminho já percorrido. Seguindo uma lógica até certo ponto ingênua, os professores médicos imaginam que “se eu aprendi a ser médico fazendo um curso de medicina, devo me aprender a ser professor estudando em algum lugar”. Há uma aproximação desta idéia com o aquela de que “... os professores buscam essa forma de qualificação e, em termos da universidade estudada, creditam aos cursos de pós-graduação estrito senso a expansão de seus horizontes conceituais.” (ISAIA, 2003, p. 244). Embora a autora refira-se especificamente à formação de pesquisadores e não de professores (dentro do que é possível separar estas duas atribuições em um mesmo indivíduo) uma busca semelhante por expandir horizontes conceituais é perceptível nos professores que procuram uma qualificação acadêmica. “A escolha pelo mestrado foi fruto da busca contínua de estudar, se construir e ampliar horizontes” (Professor 5). Muitas vezes a possibilidade de progressão funcional, com o conseqüente aumento de remuneração, é mais um forte atrativo para o investimento em pós-graduação, como foi claramente salientado por dois dos professores entrevistados.

Se você tem uma carreira, tem que ser general... (Professor 4)

Eu entrei e já pensei que tinha que fazer um mestrado, que eu não podia ficar só com o que eu tinha. O que é que me levou a isso... assim qual o *insight* que me deu eu não sei te dizer. Acho que até porque a carreira... disse assim: “se tu fizer pode ganhar mais” acho que talvez até fosse isso, no início. (Professor 5)

Este ganho econômico não é o principal motivador da busca por um mestrado e/ou doutorado, entretanto. Como todos os sujeitos de pesquisa fizeram pós-graduação – e este eu já salientei como sendo um aspecto que talvez não os torne representativos do universo de professores médicos da UFSM – é possível perceber nas suas falas que todos consideram que este foi um momento de grande

importância nas suas trajetórias docentes, por diversos motivos.

Como professor senti que minha saída para fazer doutorado, após 13 anos de docência foi um grande divisor de águas. Voltei mais seguro, mais maduro e o que observei, claramente, foi a valorização do título, pelos colegas e pela Instituição. É bem verdade, que a área médica foi a última a se preocupar com titulação e quando retornei, no meu departamento, havia muito poucos doutores. (Professor 1)

Aí que eu me envolvo com a educação médica e acabei fazendo um doutorado [...] voltado para a formação do profissional. (Professor 2)

e naquele ano eu entro para a universidade, como professor. E eu disse “tudo que eu quero não é o que eu tenho, nesse momento. Eu quero realmente ser um acadêmico e eu só sou um médico, por enquanto”... né? Sou só médico. E aí o que é que eu saio? Em ** eu saí para a pós-graduação. [...] eu tinha caras extraordinários que me ensinaram o que era ser professor, me ensinaram o que... e eu já era predisposto, quer dizer, foi uma barbada, sabe? Aderência de cem por cento da minha parte porque eu concordava com aquilo lá, nossa, eu via o que é que eu não sabia, tudo... até hoje, na verdade eu estou sempre me reciclando, né? [...] um curso completo durante a minha pós-graduação sobre pedagogia médica. Um curso completo durante a pós-graduação sobre didática especial. Isso para não falar dos cursos que eu tive de matemática, de bioestatística... (Professor 3)

Então eu dava aula assim, intuitivamente. Mas no mestrado eu adorei estudar. [...] Porque daí eu tinha um amparo formal, teórico, do jeito que eu gosto. [...] Organizou o que eu já sabia. E isso foi assim... foi... eu acho que enriqueceu um horror. Porque me deu um amparo. Amparo. Ampliar conhecimento, ampliar teorias. Acho que... vamos dizer assim... esse amparo me deu segurança, me deu contentamento por estar conhecendo essas coisas mas me transformou também. Porque a gente vai... à medida que tu começa tu vais... modificando, vai repensando. [...] Então isso foi transformador. (Professor 4)

Lá tinha o *** que realmente mostrava que ser professor não era só saber a prática, né? Então eu tive assim uma chance de ver que isso era importante. E depois no doutorado mais ainda, né? Mais ainda. Porque daí eu fiz pedagogia médica e daí comecei a ver quão atrasado a gente está para dar aula. [...] O período do doutorado foi muito produtivo, pois além da realização das disciplinas e da pesquisa tive oportunidade de participar nas atividades práticas e teóricas dos alunos da graduação de uma outra instituição. (Professor 5)

Então, ainda que a orientação formal da pós-graduação não seja a de formar professores e sim pesquisadores, a oportunidade de entrar em contato com teorias, técnicas e profissionais com conhecimento na área pedagógica funcionaram para estes sujeitos de pesquisa como um marco importante na sua trajetória profissional. A idéia geral que perpassa tanto as reconstruções auto-biográficas quanto as entrevistas é que a atuação como profissional docente era uma até a realização da pós-graduação, passando a modificar-se depois e em função desta. O fato de que

não há no curso médico nenhum tipo de contato com a docência também justifica este aspecto tão valorizado pelos sujeitos de pesquisa nas suas pós-graduações.

Se havia alguma coisa sobre didática, algum evento, o que era muito raro, que a coordenação fazia, eu ia sempre. Eu ia sempre. Iam muito poucos professores e eu sempre busquei. Mas eram muito poucos. Eram muito poucos mesmo assim. Aquela vontade de pegar alguém e dizer me ensina a dar aula, me ensina o que serve, me ensina a mexer com esses materiais. (Professor 1)

Só no mestrado. Nunca estudei antes. Formalmente nunca estudei antes. (Professor 4)

Fica claro a ânsia, o desejo de procurar algum apoio para resolver estas questões não contempladas ao longo da formação inicial. Assim como a inexistência de uma exigência ou valorização da formação didático-pedagógica dos docentes pela cultura institucional vigente e, conseqüentemente, também pela maioria dos docentes que estão exercendo esta função.

4.5.5) Ser professor é menos do que ser médico?

A idéia de “ser mais” ou de “ser menos” carrega consigo um grande componente de subjetividade. Subjetividade individual – de quem fala e/ou de quem ouve – e subjetividade coletiva, isto é, do grupo onde se está inserido. Um grupo pode considerar algo como sendo muito importante enquanto outro o situa num plano secundário. Aliás, muitas destas diferenças na atribuição de valores explicam porque discorda-se tanto, discordâncias estas que eventualmente se mostram como conflitos, e que freqüentemente aparecem quando grupos com culturas diversas entram em contato. Por isso o imaginário médico – que até onde eu consegui revisar é pobremente explorado na literatura – é recheado com um misto de idéias sobre o que é importante e o que não é, sempre matizado pelos conceitos e pré-conceitos de cada um.

Historicamente o fato de ser um professor médico tem tudo para ser visto como algo de grande importância social. Ser um professor médico equivale, desde há muito tempo, a ser reconhecido como um profissional de sucesso, alguém que as instituições convidam a ensinar o que sabem aos seus alunos, fazendo-os tão bons profissionais quanto eles próprios o são (MASETTO, 2000). Quando a entrada na

carreira docente se dá não por convite, mas por concurso, a lógica é semelhante. A diferença consiste em que os conhecimentos específicos do profissional são testados e “certificados” pelos membros de uma banca constituída, via de regra, dentro da própria instituição que os contrata. “Nesse caso, o pressuposto institucional é o de que, por dominar uma área relacionada à disciplina, o profissional já possui a competência para se tornar um docente.” (PIMENTA & ANASTASIOU, 2002, p. 142). Dentro desta definição quem sabe fazer, sabe ensinar, portanto.

Esta idéia persiste e tem uma expressão prática bem palpável: muitos profissionais médicos estampam em seus receituários e cartões de apresentação pessoal o fato de ser professor universitário. A incorporação da atividade acadêmica ao *marketing* pessoal não é nenhuma novidade. O crescente envolvimento da assistência médica com um “complexo médico industrial” que seduz cada vez mais o profissional em função do mercado e do *status* que isto dá, bem como a convivência de alunos de graduação com esta visão já dentro das escolas é cada vez mais alvo da preocupação de alguns autores (RONZANI, 2003; REGO, 2004). A crítica também é feita no sentido de deixar evidente que há um estímulo, historicamente bem perceptível, à especialização precoce, que atende a “interesses lógico-tecnicistas” (SÁ, 2000, p. 47) que privilegiam uma visão fragmentada do paciente e da medicina em geral. E esta tendência, por atender aos interesses e idealizações de quem entra na universidade para ser médico, ainda é muito forte a despeito de todas as ações empreendidas no sentido de combatê-la (VIEIRA et al, 2003). Aliás, a idealização da profissão médica certamente responde por grande parte da procura que a profissão ainda tem, bem como do seu apelo e atrativo como carreira.

O quadro real, entretanto, é bastante adverso. LAMPERT (2001), citando um trabalho de 1997 sobre o perfil dos médicos no Brasil destaca que estes médicos realmente são, em sua grande maioria, especialistas, trabalham em grandes centros, em múltiplos empregos e que os que também exercem a clínica privada dependem, fundamentalmente, dos convênios de assistência à saúde. Os médicos consideram-se como tendo grandes “perdas técnicas, sociais e econômicas O perfil indica inserção do médico no mercado de trabalho com poder econômico pouco expressivo.” (LAMPERT, 2001, p. 14). Embora os dados objetivos apontem no sentido de uma progressiva desvalorização da profissão, ao menos se

considerarmos o *background* histórico, o senso comum ainda acha que ser médico é fazer uma boa escolha profissional. E que ser professor médico faz do indivíduo um médico que se sobressai em relação aos outros, tanto que é capaz de iniciar futuros médicos nos “preceitos, das lições e de todo o resto do ensino” (SALEM, 2002, p. 17), como já estipula o texto do Juramento de Hipócrates. Quanto à docência, entretanto, existe um movimento que pode ser percebido no sentido oposto.

No ensino universitário, em particular no sistema público, temos presenciado um crescente descontentamento, traduzido por freqüentes movimentos grevistas, que reivindicam melhores condições de trabalho e de salário. (LIMA JÚNIOR, 2002, p. 212).

A exposição nos meios de comunicação da constância com que esta insatisfação docente é expressa sinaliza para toda a sociedade que ser professor não é uma atividade simples e muito menos tranqüila. Ao menos não é tão lucrativa quanto se poderia supor nem se dá em um cenário idílico, numa espécie de templo universitário erigido ao saber, como alguns poderiam supor. “De modo geral, pode-se dizer que os professores ocupam uma posição estratégica, porém socialmente desvalorizada, entre os diferentes grupos que atuam, de uma maneira ou de outra, no campo dos saberes.” (TARDIFF, 2003, p. 40). Esta situação que confronta uma profissão socialmente valorizada e outra nem tanto, parece gerar um paradoxo, já assinalado na literatura.

Avaliemos alguns fatos específicos da área ligada ao ensino médico. Com certeza, a hora-consultório tem um rendimento muito maior que a hora-aula. No entanto, se abrirem concurso para o preenchimento de vagas no curso de Medicina, sempre haverá um grande número de candidatos, mesmo considerando-se que eles conhecem as dificuldades que irão encontrar e a falta de reconhecimento. A que se deve este comportamento masoquista? (LIMA JÚNIOR, 2002, p. 212)

Talvez masoquista seja um termo excessivamente forte, mas certamente consegue captar a nossa atenção e dirigi-la para o problema proposto. Uma possível explicação para este procedimento aparentemente incoerente é que as dificuldades enfrentadas na vida docente são utilizadas, com uma freqüência muito grande, como desculpa para não vivê-la plenamente. Sabe-se, como salienta o autor, quais são as condições de trabalho que o eventual candidato a docente irá encontrar. Da mesma forma, sabe-se que ele não precisará cumprir exatamente o estipulado no contrato

de trabalho que tampouco alguém exigirá que ele tenha a atuação docente como prioritária na sua vida. Um dos sujeitos de pesquisa (Professor 3) levanta inclusive que, “como é sabido, entre os médicos que possuem clínica privada, existe o famoso pacto da ‘carga horária compactada’”, um belo eufemismo para o não cumprimento de horário na universidade. Disto resulta um descompromisso muito grande dos membros do corpo docente com a instituição onde atuam e que, por não oferecer as condições julgadas ideais para um trabalho a contento acaba sendo uma atividade complementar à sua principal, ou seja, o exercício liberal da medicina (LUNA, 2001). Na mesma linha de raciocínio inscreve-se a pouca valorização da atividade universitária marcadamente expressa no desinteresse por investir tempo em programas de capacitação docente (VENTURELLI, 2001; KOMATSU, 2002; MARINS, 2003).

Ser médico e ser reconhecido socialmente como um profissional que atua numa área considerada importante ou ser professor de medicina e conviver com um sistema problemático e que confere um *status* menos elevado ao indivíduo? Ou as duas coisas? E que proporção cada uma delas deve tomar na vida profissional? Quanto uma interfere na outra? E o quanto isto tudo interfere na vida pessoal? Todas estas dúvidas, em algum momento, foram expressas pelos sujeitos de pesquisa.

Eu achava impossível sair daqui. Como é que eu ia sair, como é que eu ia ou deixar meus filhos ou levar meus filhos... mas foi possível, né? E todo mundo me dizia que eu era louco, colegas meus, amigos meus, profissionais... tu vais embora para fazer doutorado, para trabalhar na universidade, para ganhar mais 20%, mais 30%? Mas isso é uma escolha pessoal. Eu não estou indo... se fosse pelo dinheiro, não era isso. (Professor 1)

eu percebia que na verdade o consultório médico é uma caixa preta. O paciente entra lá para dentro e tu não sabes o que acontece. E ele [o médico] é o mais forte, ele domina. Então na verdade tu teres um consultório e dizeres que tu és um cara bom porque tem um consultório não é por aí. Esse é um engano. [...] Então acho que foi por isso que eu acabei dizendo "não, eu quero dedicação exclusiva porque quero fazer um negócio legal". Foi por aí. Não acho que o ganho, que eu acho que é o que mobiliza demais as pessoas porque a gente vive no capitalismo, me satisfiz sempre. Na verdade eu tive um respaldo familiar que me dava uma certa tranquilidade, eu reconheço isso. (Professor 2)

Então eu acho que a universidade precisa mais de mim do que os pacientes de clínica privada. Esse na verdade era o meu raciocínio. Mas eu tinha um colega que dizia: "como tu és burro... tu podias estar rico, animal." Eu digo, é verdade, isso eu sei. E aí eu acho que tu tens razão. "Tu és tão

burro, eu achava que tu eras inteligente". (risos) [...] O ganho é diferente. É exatamente isso aí. (Professor 3)

Neste período, minhas atividades principais eram o atendimento médico em nível de consultório, hospitalar e pronto atendimento. A atividade docente era um 'bico'. [...] E daí eu não queria sair de Santa Maria porque eu ainda estava muito ligada a ser médico, a ter clientela. Esse era o meu objetivo maior. (Professor 5)

Parece-me que cabe aqui um comentário final sobre este aspecto específico que na verdade retoma a linha de raciocínio de quando apresentei os sujeitos de pesquisa: todos os cinco professores têm um comprometimento grande com o ensino médico. Todos os cinco participam ou participaram do atual movimento de reforma curricular que está em curso na universidade. Por isso, é a minha interpretação, todos têm consciência deste dilema entre ser profissional médico com atuação liberal e ser professor de medicina. E mais: há uma nítida tendência a considerar que as duas não são atividades passíveis de conviver tão harmonicamente quando se poderia desejar. Isto fica explícito em declarações do tipo "os professores não têm um compromisso com o curso" (Professor 5) ou então "eu acho que todo mundo deveria fazer dedicação exclusiva, o que seria maravilhoso, eu acho que seria maravilhoso." (Professor 2). Se de todas as conclusões ou inferências retiradas deste grupo pesquisado uma tivesse que ser destacada como a menos extrapolável para o conjunto de professores médicos da UFSM, seria esta, sem dúvida. A grande maioria dos professores médicos não chega a ter como preocupação este dilema. Novamente é a cegueira relativa à formação que se expressa. E, em uma boa medida, a instituição que se omite em explicitá-la.

4.6) A reforma curricular na UFSM

4.6.1) Qual o impacto de uma reforma curricular?

Reformas curriculares e a percepção de sua necessidade não são, de forma alguma, novidades. Provavelmente o primeiro médico que ensinou alguma coisa ao seu primeiro aprendiz, já modificou alguma coisa na sua forma de ensinar, no conteúdo ou na abordagem pedagógica ao ter um segundo pupilo. É normal que isto aconteça já que a procura por melhores formas de ensinar e aprender fazem parte

da busca constante do professor, esteja ele no cenário em que estiver. Institucionalmente há também a necessidade de realizar reformas periódicas, o que não é, geralmente, uma coisa fácil.

Encontramo-nos em um momento em que ocorreram mudanças profundas tanto na estrutura do ensino na universidade como em sua posição e sentido social. Todavia, essa situação de mudança não é novidade para ela, pois, ainda que externamente transmita a imagem de algo sólido e pouco variável (alguém disse que tentar inovar na universidade é como tentar mover um elefante), durante seus vários séculos de história, as universidades estiveram modificando sua orientação e sua projeção social. (ZABALZA, 2004, p. 19).

O ensino médico brasileiro vive um momento assim, de transição. E, lógico, o professor médico também. As escolas médicas brasileiras, criadas no tempo do Império, com forte influência européia, viram, após a segunda guerra mundial, esta influência gradativamente mover-se para o outro lado do oceano, para a escola americana (DE ALMEIDA, 2001). O impacto do Relatório Flexner foi imenso e seu principal mérito foi o de ter estimulado a introdução da ciência como base da educação médica. Outras recomendações flexnerianas deixaram de ser observadas como aquela que dizia que o conhecimento deve ser construído pelo próprio aluno (GONÇALVES, 2001). Hoje, quando ouvimos os argumentos contrários ao modelo flexneriano muitas vezes não percebemos que Flexner era partidário da Escola Nova de John Dewey, onde o cerne de tudo é a experiência. Adotou-se, no Brasil e no mundo, um modelo dito flexneriano, mas que talvez devesse ser denominado parcialmente flexneriano. Está de acordo com o educador americano ao colocar a ciência como centro do pensamento médico e da sua formação, mas não está quando adota metodologias centradas na figura do professor e não na do aluno.

Este modelo distorcido, rígido, professor-centrado, foi oficializado no Brasil a partir da Lei da Reforma Universitária (LAMPERT, 2001), promulgada em 1968 a mesma que criou a atual e arcaica estrutura departamental que aos poucos vai ruindo também. Novamente verifica-se uma adesão parcial ao movimento mundial já que nas discussões internacionais, como a de Cali, acontecida em 1955, explicitava-se a necessidade de determinar quais

os objetivos da educação médica em nível de graduação, a organização das escolas em departamentos, a criação de departamentos de medicina preventiva, a coordenação horizontal e vertical do ensino nas diversas disciplinas, o aumento do número de professores com tempo

integral e dedicação exclusiva, o estabelecimento de internato hospitalar de um ano de duração e a adoção de sistemas de seleção de candidatos a vagas nas escolas.” (DE ALMEIDA, 2001, p.44)

Considerando que ao tempo da implementação da Lei da Reforma Universitária estávamos no Brasil sob a ditadura militar, fica fácil entender porque não se colocou grande ênfase na criação de um departamento de medicina preventiva – prevenção em saúde sempre tem um forte componente político e questionador – nem se promoveu a coordenação horizontal e vertical – todo tipo de reunião tendia a ser vista como um ato subversivo – das disciplinas.

Assim que o regime político começou a tornar-se menos repressivo, as escolas médicas brasileiras passaram a questionar a qualidade de formação de seus egressos. O movimento todo de passagem do dito paradigma flexneriano para o paradigma da integralidade já foi discutido previamente nesta dissertação e o fato marcante nesta trajetória toda, o grande impulso para passar do pensamento à ação, foi a criação das Diretrizes Curriculares para os cursos de medicina brasileiros. Segundo o próprio presidente da Associação Brasileira de Educação Médica:

Praticamente todas as escolas médicas brasileiras estão em processo de mudança ou planejam fazer mudanças curriculares. Muitas destas mudanças têm como objetivo principal a implantação das Diretrizes Curriculares. (MARTINS, 2005, p. 03).

A ameaça de cobrança da adequação dos programas das escolas médicas, inclusive com o seu eventual fechamento, a estas diretrizes tem funcionado realmente como o principal estímulo à implementação de ações visando às reformas curriculares. Esta preocupação fica explícita na existência de diversas publicações que cotejam Diretrizes Curriculares e as modificações implementadas em vários cursos (LAMPERT, 2002; VIEIRA et al, 2003; DE AGUIAR & CORDEIRO, 2004).

Muito se tem feito no Brasil no sentido de implementar estas mudanças. Superada a crítica inicial ao paradigma flexneriano confrontando-o com o paradigma da integralidade (CHAVES, 1998; SÁ, 2000; YAZBECK, 2000; LAMPERT, 2001; LUNA, 2001; STELLA, 2001; MARINS, 2003; RODRÍGUEZ, 2004) e com uma nítida opção pelo segundo, direcionou-se, dentro do princípio das diretrizes curriculares, o olhar para os determinantes sociais da medicina (MORETTO, 2000; WIERZCHON, 2002; MARINS, 2003; VIEIRA, 2003; GIANINI, 2004; AMORETTI, 2005). A opção

por uma abordagem mais ampla, privilegiando a esfera humanística da formação do egresso é uma das estratégias adotadas. Uma inserção social maior da escola médica é defendida em quase todas as propostas e para isso salienta-se a necessidade de uma visão menos reducionista e mais ampla da saúde, concebendo-se que a medicina existe para promoção desta e não apenas para o seu restabelecimento. Ou seja, à medicina curativa associa-se a medicina preventiva. Também tem sido cobrada das escolas um posicionamento político mais explícito, algo semelhante ao que tem sido apontado para os professores individualmente (MASETTO, 2000). A resposta a estas demandas aparece, por exemplo, quando a Associação Brasileira de Educação Médica posiciona-se contra a abertura indiscriminada de novas escolas médicas no Brasil (DE ARAÚJO, 2003) ainda que esta seja uma linha de ação adotada pelos órgãos superiores de gestão da educação brasileira de forma tão entusiástica ao ponto de hoje existir, no Brasil, 149 escolas médicas. O único país do mundo com um número maior é a China, com 150, seguida pela Índia, com 140, ambos países muito mais populosos do que o Brasil. Os Estados Unidos, referência mundial, tem, em todo seu território, 125 escolas (NASSIF, 2005).

Para que estes objetivos – modificar a formação e a forma de atuação dos profissionais da medicina – sejam alcançados, detectou-se a necessidade de modificar toda a estrutura formal do ensino, com a adoção de novos cenários e a reciclagem de técnicas, métodos e, claro, das concepções docentes também (MORETTO, 1998; PEIXOTO, 2000; MORETTO, 2000; VENTURELLI, 2001; GONÇALVES, 2001; MAMEDE E PENAFORTE, 2001; TURINI & DE ALMEIDA, 2002; DE LIMA, 2003; DE SOUZA, 2003; BULCÃO, 2004). Algumas experiências de implementação destes novos currículos, tanto no Brasil como no exterior, têm sido relatadas, com resultados, por vezes, algo conflitantes (FEUERWERKER, 2002; KOIFMAN, 2003; DE AGUIAR & CORDEIRO, 2004; MORÉ & GORDAN, 2004; TRONCON et al, 2004). A totalidade dos relatos é feito por professores que participaram ativamente da implantação dos novos currículos ou que, no mínimo, muito simpatizam com o direcionamento dado a estes. Por isso há uma concordância absoluta com os rumos assumidos pelas diferentes abordagens, todas apoiando as novas propostas implementadas embora seja “enganoso supor que o simples fato de se ter iniciado uma mudança educacional possa mudar tudo: as

atitudes subjetivas muitas vezes não favorecem os avanços educacionais.” (VENTURELLI, 2001, p. 08). Por isso há que se considerar que as análises feitas têm certo viés, uma tendência a creditar às novas propostas e tecnologias uma contribuição positiva para a formação do aluno que, talvez somente com o passar do tempo, terá sua real dimensão contemplada.

A escola médica de Santa Maria permaneceu um tanto à parte deste movimento de reforma da educação médica brasileira, como um todo. Havia profissionais dela que participaram de momentos diferentes, inclusive da CINAEM. O grande fator que levou à implementação da reforma, como já assinalamos para o restante do Brasil, foi o surgimento das Diretrizes Curriculares, no final de 2001. Esta pressão para mudar na prática fica bem explícita quando se encontra na literatura declarações do tipo “Não podemos ficar eternamente em reuniões discutindo o processo e não iniciá-lo efetivamente em cada escola.” (REGO, 2002, p. 80). Com um direcionamento claramente assinalado por estas diretrizes, elaborou-se um novo modelo curricular, totalmente diverso do adotado até então. Aceitando-se a premissa de que “o currículo não pode mais ser visto como um conjunto de conhecimentos, como no currículo flexneriano” (RONZANI & RIBEIRO, 2003, p.233) este novo modelo curricular apoia-se em três pilares – humanístico, social e científico – que o percorrem longitudinalmente, numa tentativa de favorecer a integração horizontal e vertical das disciplinas. Também se optou por modificar as metodologias utilizadas no curso, o que é coerente com a proposta de mudança. Passou-se a privilegiar muito mais as modalidades de aprender interativas, com grande ênfase na utilização de seminários e de atividades em pequenos grupos no currículo de graduação. Naturalmente foi um choque e grandes conflitos se estabeleceram. Mas logo em seguida houve a percepção de que este é um caminho sem volta, irreversível, e que este novo direcionamento do ensino médico adotado na UFSM está de acordo com as determinações das instâncias superiores. Um grande argumento em favor disto foram as duas avaliações do Ministério da Educação e Cultura que apontaram o projeto do novo currículo como tal.

Então acho que não é incorreto afirmar que uma reforma curricular sempre tem algum impacto sobre a escola. Talvez não o impacto desejado por quem a promove, mas provavelmente um impacto muito maior do que o desejado por quem a combate. E as percepções individuais dos professores das escolas que sofrem

este processo muito têm a acrescentar ao debate.

4.6.2) Uma reforma curricular é diferente de outra?

Ao longo do tempo, diversas tentativas de reforma curricular foram implementadas no curso médico da Universidade Federal de Santa Maria. Talvez denominar estas tentativas de "reformas" seja um exagero. A maioria delas consistiu ou em adicionar disciplinas à grade curricular - geralmente porque um dos professores da escola tinha interesse específico numa determinada área - ou então alterar a ordem com que as disciplinas eram ministradas. Alguns professores chamam estas atitudes de "reformas cosméticas" mas talvez elas merecessem a denominação de mudança curricular, já que uma reforma é alguma coisa mais profunda.

Os movimentos para as transformações curriculares, quando se limitam aos textos escritos e a reorganizar a carga horária, desconhecendo o impacto de outros fatores, que constituem partes determinantes daquele conteúdo, limitam as possibilidades de inovação. Sabe-se, de antemão, que não se pode considerar o documento curricular escrito como o único representante das intenções do que será efetivamente trabalhado no curso, dada a importância da vivência em sala de aula e nos espaços de prática médica. (LAMPERT, 2001, p. 08)

Esta percepção de que as mudanças curriculares anteriores à atual reforma curricular foram quase inócuas, com um impacto muito pequeno sobre a formação dos alunos e as concepções dos professores, foi expressa pelos sujeitos de pesquisa em mais de uma ocasião:

Nenhuma mudança significativa na estrutura do curso, das disciplinas ou mesmo da sua forma de ministrar os conteúdos foi observada. (Professor 1)

Em todo o tempo que estou no curso de medicina[...] vivenciei duas mudanças de currículo, após reforma universitária (1968). Uma no início da década de oitenta e outra que se está implantando agora. A primeira visava reunir disciplina de forma que se integrassem. Mas não houve nenhuma preparação das pessoas, os docentes para esta tarefa de integrar conhecimentos. (Professor 2)

Não observei mudanças reais na troca do currículo em 1986. (Professor 5)

Fazer parte destes acontecimentos, vivê-los por dentro, permitiu a estes professores construir um referencial. E este referencial, oriundo desta trajetória, permite colocar a atual reforma curricular em perspectiva.

Eu acho que essa é a mais... a mais... pesada vamos dizer. Eu acho que essa aí é a mais completa, a que foi mais trabalhada. Pelo menos é o que eu... mas eu vejo assim, eles estão tendo as dificuldades que tem na reforma e acho que o meu departamento... eu não entrei ainda nela... eu ainda estou... [...] Não chegou ainda lá o curso... (Professor 1)

A reforma do curso, o novo currículo trouxe a chance de se propor novas formas de se fazer ensino, de organizar conteúdos, de inserir mais fortemente as ciências humanas e efetivamente se fazer acontecer na prática. O novo currículo cria novas perspectivas de mudanças e melhoramento da formação médica, visando às demandas de assistência a saúde da população. Ele mexe com interesses pessoais e de grupos. Se as mudanças não estiverem sendo acompanhadas e fortalecidas com avaliações, reformulações e aprimoramentos, o tempo vai favorecer desencontros e a sensação do “não deu certo”, enquanto acontece a reorganização dos que resistem a implantação da nova proposta curricular. [...] A mudança significativa ainda não aconteceu. A forma de ministrar os conteúdos está sendo discutida no que se refere à superação das aulas teóricas, e o uso de novas metodologias, mas sem aprofundamento, e conseqüentemente, frágil frente às resistências estruturadas. (Professor 2)

A mudança significativa está se dando apenas agora, com o atual modelo proposto pelo curso. Anteriormente, ainda que outras coordenações tenham se esforçado para melhorar, o que se deu foram apenas re-arranjos do (s) currículos anteriores. (Professor 3)

Eu gosto mais do modelo novo. Acho que eu nem preciso dizer porque eu já disse o tempo todo da entrevista. Gosto e tenho um medo: tenho medo que se perca um pouco da teoria. Eu acho que... [...] dá um medinho assim, aquela coisa formal, aquela coisa teórica... que eu acho que é importante... mas eu acho que tem uma grande vantagem se a gente souber usar, se as pessoas estiverem atentas que é a relação pessoal do professor-aluno mais próxima. (Professor 4)

... esse currículo sim. Esse sim, esse sim é, como eu digo, mudança. Por isso que ele é novo. Esse é mudança. Só que uma coisa é o que nós planejamos... tem algumas mudanças bem drásticas, mas a prática não está mudando muito. Isso que eu estou sentindo. Nós temos que trabalhar muito para fazer mudança realmente. [...] As disciplinas estão num departamento, mas eles não se juntam para fazer uma unidade também. Então exige um trabalho bem grande, ainda. De unidade... (Professor 5)

Efetivamente não é possível no momento atual situar-se dentro do curso de medicina da UFSM sem falar desta reforma curricular. E este talvez seja o maior indicador de que esta é, de fato, uma mudança como quer o Professor 5 e não mais uma mudança cosmética, como já se disse que eram as outras modificações observadas na grade curricular e que consistiam, essencialmente, em alterações da

ordem como as disciplinas eram ministradas, sem maiores – e talvez nem menores – preocupações com as modificações que necessitavam ser feitas na estrutura organizacional do curso médico propriamente dito.

Disto tudo permito-me concluir que sim, uma reforma é muito diferente de outra. Momentos históricos diferentes, determinantes idem. Os professores são outros, o momento é outro, a pressão dos órgãos superiores também. Aliás, volto a salientar, o fato destes terem assumido uma tarefa há tanto tempo negligenciada – a de fiscalizar o funcionamento das escolas médicas – indicando um direcionamento para os esforços empreendidos é o mais potente estímulo às reformas curriculares ora em andamento.

4.6.3) Novos professores são reformistas?

Pensar em indivíduos jovens assumindo uma tarefa que era anteriormente executada por indivíduos mais velhos sugere, sempre, renovação, quando não inovação. "Precisamos injetar sangue novo" é um chavão para as situações de estagnação que encontramos nos mais diversos setores da vida humana. No ensino médico não é diferente, a princípio. A idéia de que professores mais jovens – mais próximos dos alunos portanto – conhecedores dos problemas apontados na estrutura da instituição – porque os viveram como discentes – e imbuídos do espírito empreendedor – próprio de quem inicia uma tarefa – têm plenas condições de ser professores melhores do que seus predecessores é algo tido como certo no senso comum. Jovens são muito bons em apontar falhas nos mais velhos. E por uma questão de coerência devem atuar de forma diversa do que criticam, corrigindo os erros que apontam.

Serviria esta lógica para o ensino médico, especificamente para os novos médicos ingressantes na carreira docente?

Eu acho que eles vêm com uma formação tradicional [...] a tendência é eles reproduzirem o tradicional. Eu acho... é isso que eu acho. Mas ao mesmo tempo eles vêm com toda uma energia e uma vontade que nós enquanto curso ou instituição deveríamos ou devemos estar mais estruturados, organizados para colocá-los em prol do que está sendo proposto pelo novo currículo. Criar uma outra expectativa de curso, de trabalho docente mesmo. Senão eles vão vir a reproduzir exatamente o... como a gente já fez no passado, exatamente o modelo em que eles foram formados, não há outro modelo docente. [...] Mas eu acho que os novos são

um potencial interessante que nós enquanto curso temos que ficar atentos num trabalho, num projeto de capacitação, de acompanhamento nesse lado docente mesmo, de metodologia, do que está sendo proposto no novo currículo. (Professor 2)

O que eu estou vendo de caras da minha faixa etária bancando e abraçando uma causa, cara. E aí eu me pergunto, e essa sim é uma resposta que eu não tenho, em nome de quê? Em nome de quê? Esse é um fenômeno legal, bom, bom até para estudar. (Professor 3)

O que eu noto é que ainda quem parece que está mais animado para fazer as coisas são os mais antigos. Os novos tem mais dificuldade... os novos não estão... [...] Parece um contra-senso mas eu noto... eles têm uma idéia que parece mais antiga... (Professor 5)

Retomo aqui, novamente, a questão de ter ou não ter uma trajetória. Professores mais experientes como os sujeitos desta pesquisa sentiram na sua própria vivência as dificuldades do tornar-se professor ao longo de sua trajetória docente. Todos sentiram necessidade de buscar aperfeiçoamento, conhecimento, teorias, enfim, de aprofundar seus alicerces no terreno didático-pedagógico. E, de forma muito lúcida, percebem estas deficiências em quem está ingressando agora na carreira docente, percebem o fato de que estes novos colegas estão tão cegos a estas deficiências quanto eles estavam ao iniciar sua trajetória. O Professor 2 sugere, explicitamente, que há a necessidade de oferecer a estes jovens um modelo diferente de docente do que o existente hoje. E como a iniciação na carreira docente, com já foi explicitado, começa com a importação de um modelo pré-existente talvez este já seja um direcionamento a ser dado para os futuros professores médicos da UFSM. Um dos sujeitos de pesquisa deixa isto implícito ao apontar um outro fato por ele observado na dinâmica da universidade:

Outro sentimento experimentado, em minha carreira universitária, é como espectador, ver o descaso que os colegas têm pelos mais velhos que estão se aposentando ou em vias de aposentadoria, e numa fase profissional em que ainda teriam muito para oferecer aos estudantes. Nossa universidade não tem o hábito de cultivar ou tentar manter na ativa docentes que, muitas vezes, não gostariam de se aposentar e são literalmente "empurrados" para fora....Se isso é característica de país jovem, viva os países velhos!!! Já vi verdadeiros mestres saírem, por pressão de colegas para colocar novos docentes. (Professor 1)

Embora eu pense que se deva considerar com um certo cuidado uma afirmação deste porte já que o professor em questão identifica-se muito mais com os professores mais velhos do que com os mais jovens, esta é uma idéia que faz pensar. Aproveitar o potencial de professores dispostos a compartilhar suas idéias e

experiências é algo que redundará em um grande proveito para os envolvidos. Mas, é claro, aqui também se deve pensar sobre isso tendo consciente que eu gosto desta idéia. Se não gostasse certamente esta dissertação teria uma outra orientação.

4.6.4) Para onde vai a reforma curricular?

Outra preocupação presente no discurso destes professores diz respeito aos possíveis rumos da atual reforma curricular.

então eu ainda não sei o impacto que ela vai trazer na nossa maneira de... de... (Professor 1)

O novo currículo cria novas perspectivas de mudanças e melhoramento da formação médica, visando às demandas de assistência a saúde da população. Ele mexe com interesses pessoais e de grupos. Se as mudanças não estiverem sendo acompanhadas e fortalecidas com avaliações, reformulações e aprimoramentos, o tempo vai favorecer desencontros e a sensação do “não deu certo”, enquanto acontece a reorganização dos que resistem a implantação da nova proposta curricular. (Professor 2)

É uma necessidade, sabe, dos pressupostos da formação médica. Precisa deste modelo para o que hoje está posto na nossa realidade de saúde da população. Senão não tem jeito. O médico... aquela medicina tradicional... que nós... acabou. Não, e a forma de tratar o doente, a forma de abordar o doente, a abordagem da questão saúde-doença, isso tudo... o modelo antigo está superado há muito tempo, na verdade. Só que hoje cada vez mais a necessidade do novo modelo se estabeleceu. E acho que está indo bem, eu diria, bem, quer dizer com todos os percalços e problemas. (Professor 3)

Tem muita coisa para repensar. Muita. Mas eu acho o melhor jeito. Eu acho que os ganhos são muito maiores do que os riscos de perda. E se a gente souber cuidar a gente não precisa perder... (Professor 4)

Ah, eu sou otimista. Eu sou otimista, graças a Deus, acho que é isso que me leva. Não, eu sempre estou otimista porque eu acho, que a gente já ganhou bastante. Tem muito para melhorar mas o começo acho que é o mais difícil e esse já foi. Agora as pessoas já não dizem “que porcaria de currículo”. Está aí e nós temos que fazer. Então a conversa mudou. (Professor 5)

Estas preocupações abrangem um leque muito grande de situações. Desde a incerteza do Professor 1 porque ainda não viveu na prática a reforma curricular (as turmas do novo currículo ainda não chegaram até o semestre em que ministra aulas) até coisas bem mais amplas como o tipo de reclamação que ouvia dos colegas o

Professor 5. Os Professores 2 e 4 parecem estar mais temerosos com o rumo da reforma, com o que se pode perder se não "forem tomados os devidos cuidados", o que pode incluir tanto a promoção dos aspectos positivos da nova proposta quanto a identificação de pontos falhos e de núcleos de resistência ao projeto como um todo. Esta última, especificamente, é uma preocupação bem fundamentada e pertinente já que existem alguns focos de resistência bastante importantes dentro de algumas áreas específicas. Este não parece ser um fenômeno exclusivo da escola médica de Santa Maria.

No entanto, constata-se ainda hoje a existência de uma profunda resistência por parte do saber médico em romper com sua prática organicamente centrada e ir em busca de um modelo comprometido com a pessoa e com a complexidade do humano, apesar de todos os posicionamentos e posturas teórico-críticos por nós já referidos, que lutam, propõem, clamam, tentam a implementação de uma nova prática clínica. (SÁ, 2000, p. 48)

Resistências explícitas, implícitas, expressas ou encobertas existem e sempre existirão. E talvez tenham uma justificativa e uma função importante na dinâmica do processo de mudança já que podem fornecer parâmetros críticos para a avaliação de como o próprio processo se desenrola. Da mesma forma que com facilidade são criticadas as posições ditas mais retrógradas e conservadoras que tentam manter inalterado o *status quo* talvez se devesse olhar com o mesmo cuidado para os indivíduos imbuídos da fúria reformista. Da interação destas duas correntes opostas, com todos os estágios intermediários entre uma extremidade e a outra do espectro destas idéias, é que deve surgir a solução mais próxima da ideal.

Além disso, a tendência é que a reforma da escola médica nunca acabe. O processo é dinâmico, as pessoas mudam, as prioridades também. Os determinantes sociais não são exceção. E o que sobra, no final de tudo, é o processo. No dizer de KOMATSU "Ser professor sujeito da educação é estar permanentemente comprometido com a educação: a dos outros (professores, estudantes, comunidade) e a sua própria (professor)." (KOMATSU, 2002, p. 58) Tomar consciência desta função já seria, convenhamos, uma grande reforma do pensamento da grande maioria dos docentes do ensino superior, sejam eles médicos ou não.

5. ALGUMAS POSSÍVEIS RESPOSTAS (E, CLARO, MAIS ALGUMAS PERGUNTAS)

Encontrar resposta(s) para a(s) sua(s) pergunta(s) é o objetivo que move qualquer pesquisador, tenha sua pesquisa a conformação que tiver. Se não houver uma pergunta como ponto de partida não haverá hipóteses, nem obtenção ou interpretação de dados. Não haverá pesquisa, enfim. Claro que a pergunta se inscreve em um contexto e origina-se de conhecimentos prévios ou, mais propriamente dito, assenta-se sobre conhecimentos já existentes, num movimento em direção ao que falta conhecer. Mas e se não houver resposta(s) à(s) pergunta(s), existe a pesquisa? Sim, claro que existe. A pesquisa é o trajeto percorrido, não os resultados obtidos. E, aceitando que um trajeto tem um ponto de partida e um ponto de chegada – que nem sempre é o desejado ou esperado inicialmente pelo pesquisador – não tenho dúvidas em afirmar isso.

Que ponto de chegada? Bom, isto é outra coisa. Por vezes o trajeto é mais curto do que o pesquisador imaginou inicialmente. Às vezes o caminho se desvia para estradas ou trilhas diferentes das que o pesquisador conhecia. E, por vezes, ele se embrenha em locais onde nunca esteve antes e que, talvez, ninguém ainda tenha explorado. Mesmo sendo esta última a rota perseguida e sonhada por muitos – fazer uma descoberta, elaborar uma teoria, chocar e surpreender o mundo científico com algo totalmente novo e desconhecido – este é um evento bem raro. Antes de concluir que descobriu alguma coisa realmente nova o pesquisador deve fazer uma atenta revisão da literatura pertinente: o mais provável é que descubra que alguém, em algum lugar, já pensou o que ele está pensando. Isto invalida a pesquisa? De forma nenhuma: reforçar argumentos pró ou contra alguma coisa é uma das funções do pesquisar. Dados positivos obtidos em pesquisa são, tradicionalmente, mais valorizados do que os negativos. Mas daí a considerar uma pesquisa que não prova nada positivamente como sem valor há uma grande distância. Refutar teorias é uma grande contribuição ao corpo de conhecimentos, talvez maior do que comprová-las, já que mais difícil.

Nesta minha trajetória de pesquisa em busca das marcas constituintes do processo de formação do docente-médico muitas vezes percorri estradas largas, bem pavimentadas, com uma base solidamente estabelecida. Em outros momentos embrenhei-me por locais que me eram totalmente desconhecidos. Atolei em

algumas estradas não-calçadas, cheias de areia solta. De algumas consegui sair sozinho. De outras precisei de ajuda, de orientação. Ao longo do caminho precisei fazer alguns ajustes importantes. O mais dramático foi, para mim, a redução do número de sujeitos de pesquisa originalmente proposto. Não acho que tenha sido um erro, sinceramente. A análise do *corpus* mostrou que os dados eram suficientes para atingir o ponto de saturação e isto me fez aceitar a mudança. Adaptar-se às condições da estrada é uma exigência feita a quem percorre o caminho. Esperar que se utilize apenas estradas bem pavimentadas, sem buracos, sem desvios é um padrão de qualidade impossível de atingir em um trabalho de pesquisa em que, como na presente dissertação, foi feita a escolha de um tema que não está totalmente esgotado na literatura concernente.

Por que falo tudo isso? Estaria eu tentando dizer que depois de todo o trabalho não cheguei à lugar nenhum? Absolutamente. Acho que, em muitos aspectos, esta pesquisa aproxima-se muito do seu objetivo inicial que era o de lançar algumas luzes sobre o processo formativo do professor docente médico da UFSM. Remetendo-me às questões de pesquisa (Vide 2.2) acho que todas as questões ali colocadas têm, ao menos parcialmente, uma resposta. E algumas outras questões surgem destas respostas, naturalmente. O que mostra que, no final das contas, responder a estas perguntas deixa claro que as trajetórias – do ensino médico, minha, dos professores, da UFSM – não terminaram, mas continuam acontecendo. E que momentos como o da realização desta pesquisa servem para que se faça um corte horizontal desta trajetória, servindo para avaliar como ela está se dando. E, possivelmente, ofereça a oportunidade de corrigir desvios de rota.

De tudo que foi dito pelos sujeitos de pesquisa, da análise do *corpus* acredito que se pode desvelar algumas características comuns, pontuadas a seguir:

- O desejo de ser médico é uma aspiração presente desde a infância e facilmente identificável. A influência familiar (tanto do núcleo familiar inicial quanto do construído com o casamento) é importantíssima neste sentido, seja por estímulo direto ou indireto.
- A vontade de tornar-se professor não é tão prontamente reconhecida, num primeiro momento. Entretanto este desejo pode ser percebido ao longo das entrevistas, quando uma exploração mais detalhada das aspirações

da infância foi feita. Em algum momento da vida houve a "vontade de ser professora", revelada nas brincadeiras infantis.

- Houve estímulo à docência durante o período de graduação em medicina apenas pelo convívio com professores que eram admirados como modelos. Algumas vezes este estímulo expressou-se no aconselhamento direto, por parte destes professores-modelos, no sentido de que se deveria fazer uma carreira acadêmica.
- O ingresso na carreira docente deu-se para a grande maioria deles por uma questão de conveniência. O grande motivador apontado foi o fato de que poderiam ficar em Santa Maria e que um emprego público era "uma boa maneira de começar a vida". Foram apontados motivos mais pessoais como a curiosidade por encontrar resposta às suas perguntas na área específica de atuação e a vontade de fazer alguma coisa mais "gratificante" que a atividade puramente de consultório.
- A atividade inicial – e boa parte da subsequente – privilegiou a atuação como técnico na sua especialidade, uma atuação prática junto a pacientes com o acompanhamento de alunos.
- Todos destacaram que as atividades teóricas – tão valorizadas à época da entrada destes docentes no meio acadêmico, quando ainda vigia o paradigma flexneriano – causaram um grande stress no início da sua vida docente. E que as dificuldades sentidas nesta época foram superadas sem que houvesse um apoio formal por parte da instituição.
- Para superar estas dificuldades iniciais a grande maioria utilizou como referencial um outro professor, importou um modelo que era um professor mais experiente. Hoje, retrospectivamente, esta atitude é vista como decorrente de uma desatenção da instituição para com a formação didática e pedagógica dos professores iniciantes.
- Todos ressaltaram a dificuldade em trocar experiências com os demais colegas, bem como que esta troca poderia ter sido muito salutar.
- Houve a identificação por parte dos sujeitos de pesquisa de um descomprometimento dos colegas docentes com a instituição onde trabalham, descompromisso este expresso por uma maior valorização da

atuação profissional em consultório do que como docente da UFSM.

- De forma similar estes docentes identificaram, retrospectivamente, a lacuna da formação didático-pedagógica nas suas trajetórias docentes, o que serviu como motivador para a procura por uma pós-graduação, aliada ao desejo de progredir na carreira docente via aquisição de titulação.
- Os sujeitos de pesquisa, sem exceção, apontaram o fato de ter cursado um mestrado e/ou doutorado como o ponto de virada nas suas carreiras, onde conseguiram acesso às teorias, aos métodos e a pessoas com formação na área didático-pedagógica. Cursar uma pós-graduação fez deles "mais professores do que eram anteriormente".
- Há a percepção de que um investimento maior é necessário na formação docente. Todos identificam funções próprias da docência, especialmente às ligadas à formação do aluno com um enfoque mais amplo, que independem da competência técnica na sua área específica. Há também a idéia de que estes aspectos da formação dos alunos merecem um cuidado especial e que para tal os docentes devem ser melhor preparados do que o são atualmente.
- A idéia de que a dedicação exclusiva aumenta a qualidade do trabalho docente, comprometendo-o mais com o curso e a instituição, chegou a ser levantada por mais de um professor, mas não é uma percepção uniforme.
- A reforma curricular atualmente em curso é vista como algo muito positivo, que tem um potencial transformador muito grande e que vem ao encontro de alguns anseios destes professores. A mudança metodológica, privilegiando uma maior interação entre professor e aluno e deslocando o foco do aprendizado do primeiro para o segundo, é apontada como a grande contribuição para a melhoria do ensino. Entretanto todos expressam sua preocupação com os rumos da reforma, ressaltando que é preciso tomar muito cuidado com as eventuais resistências encontradas.
- Os professores novos, que estão ingressando no curso, são vistos como um potencial interessante e uma contribuição benéfica à dinâmica do curso. Mas foi apontado um fato interessante: estes jovens, mesmo ingressando na escola em um momento histórico diferente, passam pelos mesmos fenômenos vividos pelos sujeitos de pesquisa, ou seja, não têm

uma orientação formal de como agir, importam modelos e colocam sua atividade extra-universidade como prioritária. Repetem a trajetória dos professores mais experientes, podemos dizer.

Por trás de todas estas considerações fica muito claro que há uma série de características comuns às trajetórias dos diferentes docentes médicos que formam este grupo de sujeitos de pesquisa. Por vezes as percepções são tão similares – como no caso da desatenção com a formação didático-pedagógica, por exemplo – que fica difícil entender como nenhuma atitude mais incisiva foi tomada até hoje com respeito a este aspecto. Imagino que, para isso, possa haver duas explicações: ou esta não é uma percepção extrapolável para todo o conjunto dos docentes-médicos da UFSM ou simplesmente os docentes que pensam assim não sabem que os seus colegas têm a mesma opinião. A ausência de espaços de convivência e troca de opiniões dentro da estrutura da instituição talvez responda por este desconhecimento mútuo. Ou, ao menos, contribua para isso. Acredito que trazer à luz impressões como esta podem em muito contribuir com a implementação de melhorias no curso médico.

Contrário à minha expectativa inicial não apareceram diferenças importantes entre visões de professores provenientes de diferentes áreas da medicina. Isto deixa em evidência que a atividade do médico-docente é realmente diferente da atividade do médico-técnico, aproximando muito mais os professores entre si. Esta aproximação de trajetórias reforça a idéia de que se deva implementar ações no sentido de estimular o desenvolvimento de uma professoralidade de ensino superior, o que vem sendo sinalizado como importante na literatura concernente (OLIVEIRA, 2003; DA SILVA, 2003). Esta professoralidade, a identidade com o qual o professor pode se identificar, torna-se quase uma necessidade quando encaramos de frente o cenário da educação médica no Brasil.

Enquanto não nos ocuparmos diretamente do processo de formação e manutenção de identidades institucionalizadas, estaremos, provavelmente, perseverando sem êxito nessa busca de ruptura de barreiras culturais às novas práticas em saúde. (RONZANI & RIBEIRO, 2003, p. 235)

E em que consistem estas "novas práticas em saúde"? Primariamente o atendimento ao paciente da rede pública, de acordo com os ditames e demandas

oriundos da medicina social²⁸. Mas também é uma prática em saúde a educação dos profissionais que atuam na área, aí incluídos egressos dos cursos médicos e seus professores. E onde se exerce esta prática em saúde? Em todos os locais, me parece, desde o início da formação dos profissionais.

As universidades e os professores, no nosso pensamento, seriam a principal fonte de formação de identidade dos novos profissionais. Desta forma, junto com outras mudanças, seria de suma importância uma discussão crítica acerca dos sistemas de crença, para que os profissionais saiam das faculdades realmente preparados para um trabalho que procure avaliar os vários aspectos do fenômeno saúde/doença, principalmente em relação ao trabalho na Atenção Primária. (Ibid. p. 233)

Como ser responsável pela formação da identidade dos alunos se não há uma identidade dos professores? O que discutir sobre um sistema de crenças quando só se conhece as próprias e se ignora as dos colegas? Não seria nem possível nominar este conjunto de crenças, pré-conceitos e visões como "sistema de crenças". Não há, até onde eu entendo, uma estruturação suficiente para chamá-lo de "sistema". E se não há um sistema de crenças não há uma identidade, não se configura uma professoralidade.

Como transformar um amontoado de visões em um sistema de crenças que possa embasar esta identidade? Acredito que o primeiro passo esteja em despir-se dos preconceitos e admitir que há muito a ser feito. Parece uma coisa simples, uma idéia facilmente assimilável, algo quase óbvio para quem pensa um pouco sobre como se pode por em movimento um corpo docente. Mas, de fato, isto não é assim.

Os ares de mudança na universidade e, principalmente, a pressão pela qualidade estão levando o corpo docente a revisar seus enfoques e suas estratégias de atuação. Muitos estão fazendo isso de modo voluntário, mas alguns só o fazem sob pressão e sob uma séria resistência. Desse modo, a sorte está lançada e, de uma forma ou de outra, as universidades e seus professores sentir-se-ão obrigados a sair da modorra institucional em que a docência tinha se escondido. (ZABALZA, 2004, p. 30).

Escondidos – talvez a expressão pudesse até ser refugiados – na modorra

²⁸ Talvez "medicina social" seja uma denominação inadequada. Muitos setores médicos – inclusive dentro da educação médica – consideram esta denominação quase uma ofensa. Não há como negar que ela guarda uma certa correlação com as ideologias mais de esquerda, mas há uma nítida tendência em adotar este direcionamento para a prática médica futura. O maior empregador de egressos dos cursos de medicina no Brasil são atualmente os Programas de Saúde da Família (PSF), que pagam muito melhor do que a grande maioria dos setores ditos "liberais" da medicina. E a

institucional muitos docentes preferem fingir que não estão envolvidos nos processos que tem por objetivo a transformação da instituição na qual eles trabalham e com a qual têm obrigações profissionais. Então o primeiro passo consiste em aceitar que a mudança é uma necessidade e que é preciso agir neste sentido. Este é, a meu ver, um momento que pertence ao passado dentro do curso de medicina da UFSM. O impulso decisivo no sentido de romper a inércia institucional foi a pressão do MEC sobre os cursos, incluso o nosso. Os próprios sujeitos de pesquisa deixaram isto bem explícito ao dizer que as pessoas, agora, não ficam mais falando mal do currículo novo mas procuram entender como implementá-lo. Ou seja, não se discute mais se é necessário ou não mudar. O foco passa a ser como mudar.

Superado este primeiro impasse, tomada a decisão de mudar, esta passa a ser a questão. Como mudar? Quem promove a mudança? O que se pode fazer?

Historicamente, é sabido que a maioria das reformas educacionais (didático-pedagógicas) até agora propostas têm sempre partido de cima, dos poderes constituídos, desconsiderando-se sempre a opinião dos estudantes aos quais se dirige o processo de ensino, culminando em resistências e obstáculos que inviabilizam e mesmo paralisam as mudanças propostas. (SÁ, 2000, p.50)

Esta é uma observação que se apresenta de uma forma muito mais importante do que um mero lembrete; diversas tentativas de reforma curricular acabaram por fracassar exatamente por isso. A modificação da grade curricular, a estruturação de um novo currículo são momentos desta transformação que, certamente, necessitam de alguns nomes para conduzi-los a contento. Este também já é um momento superado na mudança curricular da UFSM. A Comissão de Reforma Curricular já encerrou seus trabalhos e o modelo por ela proposto hoje é um alicerce sobre o qual se está tentando modificar o curso e é também uma referência a qual a todo momento o trabalho se remete. Então existe a necessidade de que algumas pessoas tomem como tarefa a elaboração de algumas normativas ou diretrizes. A efetiva aplicação destas, entretanto, deve ser um processo de construção conjunta, interessando a todos os indivíduos envolvidos no processo. Nada há de original nesta concepção, saliente. Pelo contrário, frases deste tipo têm,

formação de profissionais adequados à realidade deste mercado de trabalho é função sim das escolas médicas.

para mim, um certo ranço de discurso panfletário. Encerram grandes verdades, sim, mas ao mesmo tempo parecem estar investidas de uma retórica vazia que muito pouco, se é que de alguma forma, contribuem em termos práticos para a efetiva implementação do processo de reforma curricular.

Como agir então? Ou o que fazer? Acredito que dar voz aos professores docentes médicos é um bom começo. E este movimento de dar voz tem dois sentidos: um é deixar os professores falar, em alto e bom tom, sobre as coisas que os incomodam e estimulam. Isto certamente vai gerar conflitos. Retomo uma idéia já explicitada no corpo da dissertação:

O erro fundamental [...] deriva de uma aprendizagem que assimilamos desde muito cedo em nossa vida: a necessidade de evitar situações embaraçosas e ameaçadoras com o objetivo de que nos sintamos bem e de que façamos com que os que nos rodeiam sintam-se bem. Desta aprendizagem ligada ao instinto de preservação, originam-se muitos comportamentos defensivos: omitir a verdade, se ela for incômoda; ser sempre educado; manter uma atitude cooperativa com o menor desgaste possível; tangenciar temas complexos ou passíveis de conflito; fazer prevalecer as relações cordiais sobre qualquer outro propósito ou sobre outra condição. (ZABALZA, 2004, p. 101).

Trabalhar em um ambiente com conflito pode não ser, a primeira vista, algo confortável. Pode mesmo afastar muitos indivíduos do processo em função disto. Acredito que a realidade, entretanto, impõe a necessidade de algum tipo de conflito. E na mediação deste conflito é que pode surgir a(s) proposta(s) de trabalho que, na prática, é o objetivo de discutir as mudanças. Uma característica salientada por quase todos os sujeitos de pesquisa pode ser um grande empecilho neste momento: a cultura personalista que vige no meio universitário, aí incluso o docente. Desaprovar a idéia de alguém não é desaprovar o indivíduo. O debate precisa restringir-se ao campo das idéias, o que não é nada fácil, certamente, quando se tem uma cultura diversa desta.

O que pode servir como motivador real é a reavaliação periódica do que foi implementado. Pensar a respeito das reformas e mostrar que elas efetivamente foram melhorias acabaria por convencer quem não concorda com elas num primeiro momento. Esta pode ser uma resposta à interminável discussão na área de educação médica sobre "como motivar os docentes que não querem aderir à mudança". De novo parece uma resposta óbvia, mas na realidade não há grandes – muitas vezes nem pequenas – avaliações que confrontem modelos abandonados e

modelos adotados, mostrando as eventuais vantagens de um sobre o outro. Se o modelo é melhor e isto fica comprovado, fica difícil aceitar que outro motivo a não ser a teimosia sustenta uma posição contrária às mudanças propostas.

Pensar sobre o que se faz, avaliar o que se faz, implementar novas ações a partir das reflexões sobre o que foi feito. Estas idéias estão, certamente, muito próximas do que propõe PERRENOUD (2002), baseando-se nas idéias de SCHÖN (2000) sobre os profissionais reflexivos e a reflexão-na-ação. Mais do que isso, a adoção desta forma de agir pode motivar a tomada de consciência de que há similaridades entre as formas de ver e perceber a realidade da docência superior, chegando até o ponto, imagino eu, em que possa começar a se esboçar uma idéia de identidade docente, de professoralidade do docente de ensino superior. Lembrando que estamos lidando com indivíduos adultos é preciso salientar que "a análise das práticas só pode ter sucesso se estiver baseada no voluntariado." (PERRENOUD, 2002, p. 122) e que isto pode ser um obstáculo inicial. Quem conduz um processo de reforma deve ter isto bem claro: ações que possam ser consideradas impositivas ou ditatoriais não resolvem o problema. O caminho é longo, os resultados aparecem aos poucos, o ponto de chegada é incerto. Mas a mudança pode acontecer. E para isso é preciso começar a agir. "Não podemos ficar eternamente em reuniões discutindo o processo e não iniciá-lo efetivamente em cada escola." (REGO, 2002, p. 80). Permitti-me repetir a citação porque ela tem o efeito de sintetizar quase tudo que foi dito nas últimas linhas.

Precisamente neste momento é que se encontra a reforma curricular no curso médico da UFSM. Existe uma divisão entre os "convertidos" à nova proposta e os "não-convertidos" que já foi mais nítida do que é hoje. Muito desta mudança aconteceu por inércia: com o avançar dos semestres os alunos do currículo velho são substituídos por alunos do currículo novo²⁹ e os professores têm que lidar com a modificação na abordagem dos conteúdos. E esta mudança não é pequena já que

a proposta inova não só pela integração dos conteúdos e interdisciplinaridade, mas também nas metodologias de ensino-aprendizagem, que deverão privilegiar a participação ativa na construção do conhecimento." (STELLA, 2001, p.06)

²⁹ Há uma história interessante a este respeito: como o currículo novo tem um grande reforço na área humanística dentro do corpo discente os alunos deste são chamados, pejorativamente, de

Esta mudança metodológica, que inicialmente foi a grande causa de resistência por parte dos docentes, é cada vez menos questionada e parece impor-se naturalmente. Novamente é a imposição de uma novidade em função dos resultados positivos que ela promove.

Estaria tudo indo na direção certa, então? Esta é uma afirmação temerosa. Diversos sujeitos de pesquisa, apesar de se dizerem otimistas, mostraram-se preocupados com relação aos rumos da reforma curricular. Há um temor de que os objetivos se percam e que o modelo se esgote por falta de estímulo. Este, me parece, é um perigo bem presente, um temor bem fundamentado. Como contorná-lo? Simples: admitindo que não é possível contorná-lo. Não é possível deixar para trás, passar ao largo. É necessário encarar de frente o processo de transformação e criar mecanismos que propiciem um debate muito mais profundo do que a mera reforma curricular. Este pode ser um foco de interesse pontual, motivado por uma exigência externa à escola, com grandes repercussões dentro dela. Mas se a atenção permanecer fixada na reforma, indefinidamente, fatalmente as coisas se acomodarão e o movimento cessará. E os professores voltarão a se esconder ou refugiar na modorra institucional.

Desde há algum tempo existe por parte da coordenação do curso de medicina o desejo de colocar para funcionar, efetivamente, o Núcleo de Aperfeiçoamento Docente. Esta parece ser uma boa hora ou, mais propriamente dito, esta é uma hora em que a sua efetiva implementação se faz necessária. E a adoção de uma postura crítica-reflexiva sobre a prática dos professores deve ser a forma deste núcleo agir. As perspectivas em termos de formação docente com um reflexo imediato na formação discente são grandes. E a minha expectativa, como autor desta dissertação, é que o meu trabalho possa, de alguma maneira, ajudar nesta ação transformadora da formação médica em Santa Maria. Pretensioso? Certamente. Seguro do resultado? De forma alguma. Esperançoso, eu diria, confiante de que alguma coisa precisa ser feita. E acima de tudo com a sensação de que comecei, com esta dissertação, a fazer a minha parte, a tomar consciência da necessidade da minha participação tanto na trajetória pessoal quanto profissional e institucional.

6. Referências Bibliográficas

ABRAHAM, A. (org) **El enseñante es también una persona**. Barcelona: Gedisa, 1986.

ABRAHAM, A. **El mundo interior de los enseñantes**. Barcelona: GEDISA, 1987.

AMORETTI, R. A Educação Médica Diante das Necessidades Sociais em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 02, p. 136-146, maio/ago. 2005.

ANASTASIOU L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de Ensino na Universidade: Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville, Editora Univille, 2003.

BATISTA, N. A.; DA SILVA, S.H.S. **O Professor de Medicina**. São Paulo, Edições Loyola, 1998.

BAUER, M.W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, Quantidade e Interesses do Conhecimento. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003 (p. 17-36).

BAUER, M.W. Análise de Conteúdo Clássica: Uma Revisão. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis, Editora Vozes, 2003 (p. 189-217).

BULCÃO, L. G. O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 01, p. 61-72, jan./abr. 2004.

CAIRUS, H. F.; RIBEIRO Jr., W. A. **Textos Hipocráticos: O Doente, O Médico e a Doença**, Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2005.

CASTRO, F. C. Os Temores na Formação e Prática da Medicina: Aspectos Psicológicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 01, p. 38-45, jan./abr. 2004

CHARLE, C.; VERGER, J. **História das Universidades**. São Paulo, Editora UNESP, 1995.

CHAVES, M. M. Complexidade e Transdisciplinaridade: Uma abordagem multidimensional do Setor Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 07-18, jan/abr. 1998.

CONNELY, F.M.; CLANDININ, D.J. Relatos de Experiencia e Investigación Narrativa. In LARROSA et al: **Déjame Que Te Cuente – Ensayos Sobre Narrativa y Educación**. Barcelona, Editorial Laertes, 1995 (p. 11-59)

CUNHA, M.; ISAIA, S. Formação do Docente de Instituições de Ensino Superior. In: MOROSINI M. C. (org.) **Encicopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003. (p. 368-375).

DA ROS, M. A.: A Ideologia nos Cursos de Medicina. In: MARINS, J.J.N. et al. **Educação Médica em Transformação: Instrumentos para a Construção de Novas Realidades**. São Paulo, Editora HUCITEC, 2004. (p. 224-244).

DA SILVA, J. G. **Educação Médica: Construindo a Professoralidade**. Tese de Doutorado – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo em Educação: Currículo, 2003. Disponível em <<http://abem-educmed.org.br>>. Acesso em 08 de Janeiro de 2006.

DA SILVA, S.S. Laboratório de Habilidades no Ensino Médico. In: MARINS J.J.N. et al. **Educação Médica em Transformação**. São Paulo, HUCITEC, 2004. (p. 62-96).

DE AGUIAR, A. C.; CORDEIRO, H. A. Integração Vertical e Horizontal do Currículo Médico no Contexto das Novas Diretrizes Curriculares: O Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 02, p. 164-172, maio/ago. 2004

DE ALMEIDA, M. J. A Educação Médica e as Atuais Propostas de Mudança: Alguns Antecedentes Históricos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 02, p. 42-52, maio/ago. 2001.

DE ARAÚJO, J. G. C. A Abem e a Abertura de Novas Escolas Médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 81-82, maio/ago. 2003

DE LIMA, G. Z.; DE ALMEIDA, H. G. G.; FERREIRA FILHO, O. F.; LINHARES, R. E. C.; OBERDIEK, H. I.; COLUS, I. M. S.: Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): Construindo a Capacitação em Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 01, p. 05-11, jan./abr. 2003

DE SOUSA, M. B. Aprendizagem Baseada em Problemas. In: MACHADO, C. L. M. (Org.); MANFROI, W. C. (Org.) **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre, Dacasa Editora, 2005. (p. 62-65)

DE SOUZA, M. P. G.; RANGEL, M. Avaliação: um Impasse na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p. 213-222, set./dez. 2003

DINIZ, D. Educação Médica: Também uma Questão de Gênero. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p. 169-170, set./dez. 2003

DOS SANTOS, A. C. P. Educação Médica: Compromisso de Quem? Uma Abordagem Discente da Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 03, p. 223-225, set./dez. 2002.

- ERIKSON, E. H. **O Ciclo de Vida Completo**. Porto Alegre, Editora ARTMED, 1998.
- FERNANDES, C.M.B. Formação do Professor Universitário: Tarefa de Quem? In: MASETTO, M. **Docência na Universidade**. Campinas, Papirus, 2000. (p. 95-112).
- FERREIRA, A. B. H. **Pequeno Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, [19__].
- FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica – Processos e Resultados**. São Paulo, Editora HUCITEC, 2002.
- FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo, Editora Paz e Terra, 2003.
- GIANINI, R. J. Superação de Dificuldades no Ensino da Prática Médica em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 03, p. 272-276, set./dez. 2004
- GODFREY, J.; DENNICK, R.; WELSH, C. Training the Trainers: Do Teaching Courses Develop Teaching Skills?. **Medical Education**, (38), (p. 844-847), Blackwell Publishing Ltd., 2004.
- GONÇALVES, E. L. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 01, p. 20-26, jan./abr. 2001.
- GOODSON, I.F. Dar Voz ao Professor: As Histórias de Vida dos Professores e o seu Desenvolvimento Profissional. In: NÓVOA et al. **Vidas de Professores**. Porto, Porto Editora Ltda, 1992. (p. 63-78).
- HAUGHT, J. A. **Perseguições Religiosas: Uma História do Fanatismo e dos Crimes Religiosos**. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.
- HELLER, A. **Teoría de los sentimientos**. Barcelona, Fontamara, 1982.
- HUBERMAN, M. Trabajando con narrativas biográficas. In: McEWAN, H.; EGAN, K (orgs). **La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación**. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1995. (p. 183-235).
- IMBERNÓN, F.: **Formação Docente e Profissional. Formar-se para a Mudança e a Incerteza**. São Paulo, Cortez Editora, 2001.
- ISAIA, S. M. Professor universitário no contexto de suas trajetórias como pessoa e profissional. In: MOROSINI, M. C. (org.) **Professor do Ensino Superior: Identidade, Docência e Formação**. Brasília, Plano Editora, 2001. (p. 35-60).

_____ 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).

_____ Professores de Licenciatura: concepções de docência. In: MOROSINI M. C. (org.): **Enciclopédia de Pedagogia Universitária – Volume 1**. Porto Alegre: FAPERGS/RIES, 2003. (p. 263-277).

ISAIA, S. M. A.; BOLZAN, D. P. V. **Formação do professor de ensino superior: um processo que se aprende?** Revista do Centro de Educação da UFSM, v. 29, n. 2, Santa Maria, 2004. (p. 121-133).

KOIFMAN, L. A Reformulação Curricular do Curso de Medicina da Universidade de Buenos Aires (1986-2002). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 01, p. 36-49, jan./abr. 2003

KOMATSU, R. S. Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação no Novo Século. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 01, p. 55-61, jan./abr. 2002.

LAMPERT, J. B. **40 Anos de Curso de Medicina em Santa Maria. 1954-1994. Depoimentos Históricos**. Santa Maria, Editora da UFSM, 1998.

_____ Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 01, p. 07-19, jan./abr. 2001.

_____ **Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil: Tipologia das Escolas**. São Paulo, HUCITEC, 2002.

LANE, J.C.: **O Processo de Ensino e Aprendizagem em Medicina**. São Paulo, Fundo Editorial BYK, 2000.

LIMA JÚNIOR, E. O Dilema do Biscoito e o Ensino Universitário: uma Reflexão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 03, p. 211-214, set./dez. 2002.

LOPES, O. C. **A Medicina no Tempo: Notas de História da Medicina**. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1970.

LOWN, B. **A Arte Perdida de Curar**. São Paulo: JSN Editora, 1997.

LUNA, R. L. Um Novo Paradigma de Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 01, p. 36-41, jan./abr. 2001.

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

MAMEDE S. (org.); PENAFORTE J. (org.): **Aprendizagem Baseada em Problemas: Anatomia de uma Nova Abordagem Educacional**. Fortaleza, HUCITEC, 2001.

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

MARIANO DA ROCHA Fº, J. M. Palavras do Fundador: Contribuições para a História da Faculdade de Medicina. In: LAMPERT, J. B. **40 Anos de Curso de Medicina em Santa Maria. 1954-1994. Depoimentos Históricos**. Santa Maria, Editora da UFSM, 1998. (p. 43-49).

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

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

MARTINS, M. A. Editorial. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 01, p. 03-04, jan./abr. 2005.

McEWAN, H. Las narrativas en el estudio de la docencia. In: McEWAN, H.; EGAN, K. **La narrativa en la enseñanza, el aprendizaje y la investigación**. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1995. (p. 236-259)

MIZUKAMI, M. G. Docência, Trajetórias Pessoais e Desenvolvimento Profissional. In: REALI, A.; MIZUKAMI, M. G. **Formação de Professores**. São Carlos, EDUFSCAR, 1996. (p. 59-91)

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).

MORÉ, N. C.; GORDAN, P. A. A Percepção dos Professores do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá sobre Suas Dificuldades e Necessidades Educacionais para o Desenvolvimento do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 03, p. 215- 222 set./dez. 2004

MORETTO, R. A.; MANSUR, O. F. C.; ARAÚJO JÚNIOR, J. Humanismo e Tecnicismo na Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 01, p. 19-25, jan./abr. 1998

MORETTO, R. A.; MANSUR, O. F. C. Ser Professor: As Múltiplas Dimensões da Docência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 02, p. 05-08, maio/set. 2000.

NAVA, P. **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. Londrina, EDUEL, 2004.

NARVAES, A. B.; OLIVEIRA, V. Magistério: Profissão Feminina? in NARVAES, A. B. (org): **O que significa ser professora**. Ijuí, Editora UNIJUÍ, 2000.

NARVAES, A. B. A Formação de Professores. In NARVAES, A. B. (org): **O que significa ser professora**. Ijuí, Editora UNIJUÍ, 2000.

NASSIF, A.C.N. Brasil é destaque mundial em número de cursos. **Jornal do CREMERS**, Porto Alegre, p. 2, Dezembro de 2005.

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).

PEIXOTO, M. A. P.; SILVA, R. N. M. B. Aprendizagem: Contribuições para Pensar a Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 02, p. 41-47, maio/set. 2000.

PEREIRA NETO, A. F. Ser Médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2001.

PERRENOUD, P. **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor: Profissionalização e Razão Pedagógica**. Porto Alegre, ARTMED, 2002.

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

PORTER R. **Cambridge História Ilustrada da Medicina**. Rio de Janeiro, Revinter, 2001.

PRADO VEPPPO, L. G. In: LAMPERT, J. B. **40 Anos de Curso de Medicina em Santa Maria. 1954-1994. Depoimentos Históricos**. Santa Maria, Editora da UFSM, 1998. (p. 270).

QUINTANA, A.M.; GÓI, C.; RODRIGUES, A.; BASSI L.A.P. Humanização e Estresse na Formação Médica. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 48, n. 01, p. 27-31, 2004.

REGO, S. Tempo de Ação para a Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 02, p. 79-80, maio/ago. 2002.

_____ **A Formação Ética dos Médicos – saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2003.

_____ Escola Não É Lugar de Propaganda. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 01, p. 03-06, jan./abr. 2004.

RIBEIRO Jr., W. A. Juramento. In: CAIRUS, H. F.; RIBEIRO Jr. W.A. **Textos Hipocráticos: O Doente, o Médico e a Doença**. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2005. (p. 151-167)

RODRÍGUEZ, C. A.; POLI NETO, P.; BEHRENS, M. A. Paradigmas Educacionais e a Formação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 03, p. 234-241, set./dez. 2004

RONZANI, T. M.; RIBEIRO, M. S. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 03, p. 229-236, set./dez. 2003

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

SACKETT, D. et al. **Medicina Baseada em Evidências: Prática e ensino**. Porto Alegre, ARTMED, 2003.

SALEM, J. **Hipócrates: Conhecer, cuidar e amar. O juramento e outros textos**. São Paulo, Landy Livraria e Editora, 2002.

SCHÖN, D. A. **Educando o Profissional Reflexivo: um novo *design* para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre, Editora ARTMED, 2000.

SOBRAL, D. T. Fatores de Influência na Escolha de Carreira de Docentes Médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 01, p. 39-46, jan./abr. 2002.

SOUZA FILHO, O. C.; NAUJORKS, M. I. O Professor de Medicina da UFSM no Contexto do Mal-Estar Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, n. 01, p. 34-40, jan./abr. 2005.

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

TAMOSASKAS, M.R.G. **De médico especialista a professor de medicina: a construção dos saberes docentes**. Dissertação de Mestrado – Universidade Metodista de São Paulo, Faculdade de Educação e Letras, Curso de Pós-Graduação em Educação, 2003. Disponível em: <<http://abem-educmed.org.br>>. Acesso em 28 de abril de 2005.

TARDIFF, M. Saberes Docentes e Formação Profissional. Petrópolis, Editora Vozes, 2003.

TRONCON, L. E. A.; FIGUEIREDO, J. F. C.; RODRIGUES, M. L. V.; PICCINATO, C. E.; PERES, L. C.; CIANFLONE, A. R. L.; COLARES, M. F. A. Avaliação de uma Reestruturação Curricular na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: Influência sobre o Desempenho dos Graduandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 02, p. 145-155, maio/ago. 2004

TURINI, B.; DE ALMEIDA, M. J. Os Professores de Medicina e a Graduação Extramuros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 03, p. 151-161, set./dez. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Estrutura e Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses: MDT**. 6ª Edição, Santa Maria, Editora da UFSM, 2005.

URTIAGA, M.E.O. **A Mediação da Cultura Docente na Formação Médica**. Pelotas, Editora e Gráfica da UFPel, 2004.

VASCONCELOS, M.L.M.C. Contribuindo para a Formação de Professores Universitários: Relato de Experiências. In: MASETTO, M. **Docência na Universidade**. Campinas, Papyrus, 2000. (p. 77-93)

VENTURELLI, J.; FIORINI, V. M. L. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 03, p. 07-21, set./dez. 2001.

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, v. 27, n. 02, p. 96-103, maio/ago. 2003

VIEIRA, J. E. Definição de Necessidades Sociais para o Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 153-157, maio/ago. 2003

WEBER, B. T. **As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na república rio-grandense – 1889-1928**. Santa Maria, Editora UFSM, 1999.

WIERZCHON, P. M. “O Ensino Médico no Brasil Está Mudando?” Transpondo Desafios para Concretizar Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 01, p. 39-46, jan./abr. 2002.

YAZBECK, D. C. M.; AZEVEDO, L. L.; SIQUEIRA, M. R. L.; MENEZES, V. M. Novos Rumos para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 02, p. 26-30, maio/set. 2000.

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

ZANOLLI, M. B. Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem na Área Clínica. In: MARINS J.J.N. et al: **Educação Médica em Transformação**. São Paulo, HUCITEC, 2004. (p. 40-61).

ZASLAVSKY, J. Aprendizagem Baseada em Problemas: Uma Nova Visão do Processo de Aprender. In MACHADO, C. L. M. (Org.); MANFROI, W. C. (Org.) **Prática Educativa em Medicina**. Porto Alegre, Dacasa Editora, 2005. (p. 66-72)

7. ANEXOS

7.1) ANEXO A – Roteiro para orientação da auto reconstrução biográfica

AUTO-RECONSTRUÇÃO BIOGRÁFICA: COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA FORMAÇÃO COMO DOCENTE

Senhor(a) professor(a) solicitamos a gentileza de realizar por escrito a auto-reconstrução biográfica de sua trajetória docente. Para tanto, pediríamos que a revisitasse, via memória e, se possível, dividisse-a em períodos ou fases atribuindo-lhes um nome ou tema geral e descrevesse as características mais marcantes que justifiquem os temas ou nomes escolhidos.

Para cada fase, pode levar em conta, entre outras, as seguintes indagações:

1. Qual era a sua principal motivação para exercer a docência?
2. Você se sentia adequadamente preparado para o exercício da docência?
3. Como era a sua relação com os alunos?
4. Como se dava sua interação com os colegas?
5. Quais as condições fornecidas pela instituição para o exercício da docência?
6. Suas expectativas com o exercício da docência diferiram muito da realidade desta?
7. Que outras atividades são exercidas por você juntamente com a docência (pesquisa, extensão, atividades fora da universidade)?
8. Quais os pontos positivos e negativos do exercício da docência?
9. Houve algum fato marcante de sua vida pessoal que influenciou o exercício da docência?
10. Ao longo de sua trajetória docente você vivenciou alguma mudança significativa na estrutura do curso, das disciplinas ou mesmo da sua forma de ministrar os conteúdos?
11. A reforma curricular do curso de medicina ora em andamento pode ser considerada uma influência importante na sua forma de ser professor? As mudanças propostas modificaram de alguma forma a sua maneira de atuar profissionalmente?

7.2) ANEXO B – Termo de consentimento informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**PESQUISA: COMO O PROFESSOR MÉDICO PERCEBE A SUA
FORMAÇÃO AO LONGO DA TRAJETÓRIA DOCENTE****PESQUISADOR: Luis Augusto Peukert Bassi**

Esta pesquisa tem por objetivo acessar as percepções dos professores médicos a respeito da sua formação docente.

Para a efetivação do estudo serão realizadas reconstruções autobiográficas da trajetória docente dos participantes do estudo seguidos de uma entrevista narrativa. As entrevistas realizadas serão gravadas e a seguir transcritas pelo pesquisador, sendo posteriormente apresentadas para a aprovação dos entrevistados.

O anonimato dos participantes está garantido já que as entrevistas não mencionarão nome e não serão publicadas na íntegra. Apenas algumas citações poderão ser utilizadas na redação final, sem que seu autor venha a ser identificado.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado do pesquisador para obtenção do título de Mestre em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Profa. Dra. Silvia M. A. Isaia.

Declaro ter sido informado das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma. Tenho ciência de que poderei recusar-me a responder a qualquer pergunta e que posso negar-me a participar do estudo.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Santa Maria,