

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

FRAGMENTOS DO DISCURSO DOCENTE

reflexão docente sobre o ensino médico

Jorge Alberto Buchabqui

2015

Autor: Jorge Alberto Buchabqui

Revisor: Lou Zanetti

B918f Buchabqui , Jorge Alberto

Fragmentos do discurso docente : reflexão docente
sobre o ensino médico / Jorge Alberto Buchabqui. - Porto
Alegre : FAMED/UFRGS, 2015.

175 p.

1. Educação médica 2. Docentes 3. Cardiologia 4.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de
Medicina I. Título.

Catálogo: Bibliotecária Helen Rose Flores - CRB-10/1042

Realização: Núcleo de Criação, Editoração, Revisão e Web da Gráfica da UFRGS

Capa: Marta Elisa Zimmermann

Ilustração: Marta Elisa Zimmermann

Editoração Eletrônica: Jessé Ramires Lopes

Revisão: Felipe Raskin Cardon

Apresentação

Quando se conhece alguém há muitos anos (e 50 anos me parece um tempo respeitável para essa afirmação) é possível identificar em cada passagem da sua vida aqueles mesmos traços de caráter que nos aproximaram ou repeliram lá no início da história. Para mim, esta é a prova inarredável de que uma das maiores expressões de ingenuidade é a frase: “o fulano está muito mudado!”

Pois o Jorge Alberto Buchabqui, ou simplesmente o Bucha, uma das unanimidades de afeto da inesquecível ATM 70, está presente neste livro na sua integridade de médico dedicado e carinhoso, e na sua obsessiva determinação de fazer o que faça no limite da perfeição, e isso tudo de maneira silenciosa e discreta, tal como o Bucha da Faculdade, que conquistava pela doçura e se impunha pela intransigência com o que achava correto.

Impressiona a lucidez com que ele discute a formação médica orientada para a docência e as peculiaridades desta tarefa que mistura tão aleatoriamente inteligência, voracidade científica, e prazer pelo intercâmbio científico, com uma sedutora pitada de autodidatismo posto que não há um modelo bem definido de como formar o melhor professor.

Reconheceu que a valorização da pesquisa tem induzido os professores a se afastarem das atividades de ensino, adotando por inércia ou desmotivação uma conduta mais formal e desprovida de romantismo que se restringe apenas ao discurso. Estabelece-se então um modelo que se aproxima mais do pesquisador especialista do que do professor.

Não escapa ao analista criterioso os conflitos relacionados com a formação médica decorrente do modelo em prática no ensino contemporâneo e às ingerências do poder público que pressiona para a formação de um médico mais generalista, sem que se defina claramente que tipo de médico é este, que precisa saber um pouco de tudo e ainda assim estar capacitado para ser autossuficiente ao trabalhar nos lugares mais inóspitos.

A formação do professor médico, oriundo muitas vezes de escolas heterogêneas e portanto com noções diversificadas do seu papel, tem

sofrido cada vez mais a interferência do gestor em saúde, uma figura tão indispensável na administração dos sempre escassos recursos disponíveis, quanto controversa, na medida em que muitas vezes pressionado pelo viés econômico/produtivo de sua tarefa atropela os princípios básicos da medicina elementar que não pode jamais desviar o foco de atenção ao paciente, prioridade máxima da medicina como ciência e do sistema de saúde como compromisso do Estado.

A descrição das transformações pedagógicas experimentadas pelo Hospital de Clínicas depois que a parte prática da Faculdade de Medicina da UFRGS se transferiu da Santa Casa para lá, é o relato primoroso de adaptação a uma realidade médica nova, dinâmica e efervescente. O que explicava fartamente as dificuldades de adaptação à transição de “um hospital onde se cuidava de pacientes para outro onde se ensinava medicina” na palavra de um de seus ilustres professores.

Inegavelmente a tendência crescente de fragmentação da medicina por especialidades, chegou ao ensino na sua origem, resultando em grave deformação pedagógica, com a presença indesejável do “especialista” precoce. Por outro lado, a infinidade de especialidades emergentes dificultou ainda mais a integração dos professores no sentido de definir uma plataforma de ensino sistematizada e coerente.

Analisar a formação médica através de entrevistas com professores da cardiologia, aparentemente foi aleatória. Não importa como se optou por esta especialidade, poderia ter sido qualquer outra área médica e os resultados seriam comparáveis.

Encanta na leitura dos depoimentos gravados, a espontaneidade dos depoentes, não identificados mas comprometidos com a revelação de opiniões sérias, responsáveis e determinadas a melhorar o ensino médico numa das mais importantes escolas médicas do País.

Comove a frequência com que, premido a discutir modelos de ensino, o professor entrevistado assumiu que não sabia bem qual o melhor, mas reconhecia que a chance de errarmos diminui exponencialmente na medida em que o estudante percebe pela atitude adotada por ele, que o melhor

médico que podemos formar deve reunir, em doses máximas, o técnico mais qualificado e o artista mais generoso.

Jose J. Camargo

Cirurgião Torácico e Membro Titular
da Academia Nacional de Medicina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 REVISÃO DA LITERATURA	25
1.1 O Cenário Histórico e a Literatura Convergente	25
1.2 Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina	26
1.3 O Ensino de Cardiologia na Graduação Médica	31
1.4 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	36
1.4 II Fórum de Ensino de Graduação em Medicina Interna – 1997	42
1.5 O Ensino da Cardiologia e o Currículo do Curso	44
I – (MED01001) Introdução à Clínica Médica – Estágio	45
II - (MED01115) Clínica Médica I – Estágio.....	46
III – (MED01175) Internato em Medicina Interna.....	49
1.7 A Instituição Hospitalar e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)	50
1.8 O Referencial Teórico da CINAEM	54
1.9 Sobre o Currículo Médico e o Novo Processo de Formação	55
1.10 O discurso docente sobre o Ensino da Cardiologia	59
2 REFLEXÕES SOBRE A DOCÊNCIA MÉDICA:	
constituição, vocação, perfil e controle docente	65
2.1 O Professor de Medicina.....	65
2.2 Vocação	71
2.3 Existe um Perfil Docente na FAMED/UFRGS?.....	77
2.4 Controle Docente	79
2.5 Desafiando com uma breve reflexão	82

3 RACIONALIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA E OS MOVIMENTOS NA CARDIOLOGIA	85
3.1 Processos de uma Racionalidade Médica: entraves para um novo modo de formação?	86
3.2 Discussões no Campo – A Formação Médica	90
3.3 Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina	93
3.4 Ensino de Cardiologia na Graduação Médica: um Recorte da Especialização.....	96
4 O DISCURSO DOCENTE E O PAPEL DO GESTOR NO ENSINO DA CARDIOLOGIA NA FAMED/UFRGS	107
4.1 Transformações Históricas na FAMED/UFRGS	109
4.2 O Diagnóstico Institucional de 2005	115
4.3 Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina e o Docente da FAMED/ UFRGS	118
4.4 Desafios do (In)Disciplinamento Docente	122
5 DUALISMO ENTRE TEORIA E PRÁTICA	129
EPÍLOGO	161
REFERÊNCIAS	169

INTRODUÇÃO

O ato de iniciar uma obra escrita demanda reviver etapas que, por momentos, estiveram guardadas no recôndito da memória. Aos poucos, as lembranças surgem e o passado se revela forte e obstinado. E então...

...Na década de 1960, envolto no final do curso de medicina, a escolha da futura especialidade médica era o dilema de todos os doutorandos da época – e até hoje o é –, e eu me encontrava entre eles. Nesse ciclo de formação médica a tendência era a do médico clínico geral, o qual fazia das consultas domiciliares uma rotina. Mas uma grande pergunta me assaltava: Qual caminho escolher depois disso?

Em 1970 optei pela ginecologia, mais precisamente pela obstetrícia, área que desde cedo me trouxe satisfações redobradas. Semelhante às histórias de vida contadas no decorrer desta narrativa, fiz minha graduação e as residências médicas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), portanto, sou “prata da casa”. E minha história se confunde e se integra à da própria escola médica em pauta. O convívio com os personagens, com os quais desfruto e compartilho conhecimentos, habilidades e atitudes, me levou a um desempenho especializado típico, nada fora do comum.

Ao ingressar no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na condição de médico contratado, cinco anos após a formatura, deparei-me com um campo assistencial novo, não porque a instituição também era nova, mas por existir um novo caminho – novas ideias – do que um hospital universitário poderia ser e dispor. Nesse período também iniciei minha carreira acadêmica. Atualmente, passados quase trinta anos do ingresso no ensino universitário, recordo-me que, à época, eu não incluía a pretensão à docência, a não ser dar continuidade ao meu fazer médico.

Da área original escolhida – a obstetrícia –, em um convívio para a qual dediquei o tempo de maturação suficiente em busca da compreensão do que devia ser um professor, a docência me proporcionou, desde então,

o tempo e o espaço de uma visibilidade aparente, que, como tal, seguia caminhos supostamente já traçados.

Nesse momento, ao refazer esse caminho trilhado – resultado do fazer médico que produzi – percebo a necessidade de questionar e refletir a respeito do fazer médico docente e do perfil de médico que se forma e se pretende formar na FAMED/UFRGS, assumindo-me como parte desse todo.

Desde 1984, então com quatro anos de vida docente, percebi que o ensino detinha, em suas interfaces, nuances que mereceriam maior aproximação, ao menos similar ao que se imagina para um especialista, ainda mais da área médica ou da saúde. Essa equivalência até pode ser equivocada, porque a pedagogia precede o fazer. No contexto acadêmico, apresentam-se circunstâncias, valores e ideias ainda de difícil compreensão para os docentes de nível superior, o que, talvez, e surpreendentemente não sejam menos fundamentais para os professores do ensino primário.

Algumas inquietações a respeito do fazer docente surgiram especialmente ao participar de um congresso da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em Gramado/RS, em 1984, ao qual compareci sem ter uma definição clara do que pretendia por lá, a não ser ouvir sobre o que seria esse tal *fazer docente*. Era uma fase em que se tentava atribuir maior significância ao processo de ensino-aprendizagem na medicina e na área da saúde como um todo, corroborado pelas iniciativas da própria ABEM no período. Até então, era lugar comum na área médica a seguinte ideia: “Afinal, por que precisaríamos aprender a ser professores se detínhamos o conhecimento do saber e do fazer médico?”

Em 1985 realizei o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior, na Faculdade de Educação da UFRGS, a partir do qual realcei minhas intenções docentes e percebi que existe sim uma metodologia, não única, mas que pode ser utilizada, definida e alterada, podendo produzir respostas compartilhadas pela relação professor-aluno, muito próximas daquela de origem: a de médico-paciente. A busca desse novo espaço tornou-me um estranho no ninho. Também observei que a penetração desses novos saberes (novos pelo menos para mim) não tem a ressonância e a receptividade que mereceriam na graduação em medicina. Raros são os que se dedicam a essa

reflexão, e as instâncias resolutivas costumam ter seus espaços ocupados pela burocracia que as contamina de modo quase irreversível, até hoje.

Assim, quanto mais me incluía entre os que procuravam ter a educação médica como referência, mais parecia me distanciar de minhas origens (ginecologia e obstetrícia), sobretudo ao somar a elas esse contexto educacional, atualmente, talvez, sob pena de reduzir essas origens à história. Esse distanciamento teve e tem um preço, ao me provocar dúvidas, inquietações, algum desânimo, desafios e uma busca por contra-hegemonias em relação ao que está dado e à forma como são mantidos certos fazeres. No entanto, sem esmorecimentos, optei por correr riscos a fim de gerar questionamentos a esse respeito, pois, poeticamente falando, “navegar é preciso, viver não é preciso...”, no sentido da exatidão. E quando a exatidão predomina é preciso avançar no sentido de pensar de outra forma, tornar-se cúmplice “desideologizado”, aberto à visualização de outros caminhos, porque não é possível haver qualquer conduta sem ideologia, por mais filtrada e relativizada que ela seja. Mas não há espaço nem é o intuito aqui pormenorizar esse debate.

Essas questões passaram a me intrigar ainda mais ao centrar-me na figura do docente, o qual, ao se acomodar estritamente no seu fazer médico tão precioso não tem disponibilidade suficiente para situar-se no tempo histórico e mutável de sua vida (consequentemente, de seus alunos e pacientes) e, na condição de professor em toda a plenitude desse ofício, agregar-lhe valor, abrangendo questões da prática pedagógica e, portanto, social. Não quero dizer, aqui, que não exista esforço por parte de meus pares para que isso ocorra; porém, um dos intuitos desta obra é justamente chamar a atenção de que essa reflexão atenta e consciente não encontra espaço em um fazer médico, e, sobretudo, docente, já tão estruturado e satisfeito consigo próprio. Esse “dar-se conta” foi referido muitas vezes nas entrevistas que realizei, verbalizado contundentemente por alguns entrevistados. Até então, o fazer médico era a reprodução persistente, contumaz e rotineira dos fazeres de antigos mestres, que como toda cópia não tem a clarividência do original. O desafio é pensar – e de outro modo! – até sobre si mesmo, conciliando modelos do ser médico e do ser professor.

No entanto, a extensão universitária desde aquela época dava-me a entender que outras realidades poderiam conviver com o saber acadêmico e também ser incorporadas ao ensino ou à pesquisa, sem temor. Nas atividades de extensão, o convívio com os alunos costumava ocorrer de modo lúdico, transformando e dando significância ao aprendizado, como uma festa em comum cujos relatos – manifestações em um misto de choro emocionado e de alegria –, demonstravam, desde logo, que era possível pensar diferente sobre algo real.

O ensino da graduação, por sua vez, transcorria segundo um currículo de curso que apresentava, quase de imediato, a referência a sua grade curricular, com o elenco de disciplinas, conteúdos e carga horária, como algo inerente à prática docente. Mas como seria essa prática sem um currículo organizado de tal forma? A resposta parece ser somente uma: “nem pensar”, algo impossível e improvável. A sequência de vivências e peregrinações por outras searas (não necessariamente acadêmicas), tendo sempre a ABEM como base, mostrou-me que existem outras práticas, outros saberes, outras experiências, com diferentes resultados, mas certamente condizentes com formas diversas de organização dos conteúdos, de seleção destes... e até mesmo em outros cenários que se contrapunham às minhas vivências na academia, cujas tentativas – devo admitir – acabavam na manutenção do que lá já existia.

No entanto, se, em um primeiro momento, a florava fortemente o sentimento de necessidades pedagógicas, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) – e com ela a reestruturação do sistema de saúde a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) – ocorreu o chamamento às escolas médicas, visando a promover reflexão e discussão coletivas a respeito da própria formação médica. E, ainda, sobre um modelo que se adaptasse às necessidades sociais e de saúde da população.

Em 2001, com a edição das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e também das específicas para o curso de medicina, homologadas pelo Ministério da Educação (MEC), surgiram alguns desafios: valorização da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e ainda visando à integralidade da assistência, responsabilidade social e compromisso com a cidadania e a promoção da saúde integral do ser humano. Essas diretrizes

propunham (e propõem) que o projeto pedagógico fosse construído coletivamente, sendo o aluno o sujeito da aprendizagem e o professor o “facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (DCN).

Com as DCN ocorreu a normatização que, em princípio, possibilitaria a cada escola médica uma adaptação, considerando-se suas peculiaridades regionais, locais e sua história.

Tendo acompanhado desde 1989 as tentativas de mudança curricular, seja na qualidade de membro da então Comissão de Carreira da Medicina (COMCAR/MED) – hoje COMGRAD, Comissão de Graduação – ou de coordenador da Comissão de Extensão (COMEX/MED), ou, ainda, de membro do Conselho da Unidade FAMED, vêm-me lembranças que demonstram a inexistência de uma pretensa linearidade: sempre houve mudanças, o que é favorável às discussões, mas muitos teimam em desconhecê-las. A aproximação com outras vivências e outras escolas médicas me estimulava a pensar algo diferente do modelo pedagógico e de inserção social existente, ou, pelo menos, que haveria opções diferentes daquelas que hegemonicamente se mantinham e se perpetuavam apenas com pequenas variações – talvez, *toaléticas*. Portanto, as raízes para a elaboração do problema a ser investigado foram as indagações que surgiram a partir de minha prática profissional docente dessa Faculdade de Medicina, onde iniciei minhas atividades em 1980.

A história da FAMED/UFRGS de forma alguma está em dissonância com a maioria das escolas médicas do país, muitas delas em débito com as mudanças necessárias ao ensino médico. Entre aquelas que se dignam a planejar seus currículos – podendo, inclusive, não incluir os que detêm poder, aqueles incumbidos de executá-lo, o que depõe contra elas – há interesses, valores e relações de poder, que têm, na tradição da própria escola e no modelo especializado, suas referências até mesmo com o excessivo prestígio de determinadas áreas do conhecimento. A busca pela Educação surge, então, como instrumento de superação desse impasse, com o intuito de compreender como acontece a opção por determinada orientação político-pedagógica e a história de como os sucessivos currículos foram produzidos.

A pesquisa que desenvolvi também representa, ao final, a problematização de minha própria prática docente, e surgiu do interesse de tentar

entender o modo com que os currículos do curso foram produzidos e porque o foram (e são) de uma forma e não de outra. A aparente linearidade das sucessivas reformulações curriculares mostra, antes de tudo, o quanto são contraditórias e conflituosas à medida que dão visibilidade a esses conflitos de interesses e de poder. Esse processo, a fim de que não passe de simples formulação discursiva, deve contar com a participação ampla e reflexiva dos professores. Ressente-se, contudo, a falta de uma prática docente de formação crítica, tanto em relação ao processo em si, ao curso, ao seu significado e comprometimento, quanto ao modo de efetivá-la pelos que devam levar adiante quaisquer novas propostas curriculares. Daí, a relevância da iniciativa institucional de criação de um Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde que se vinculou às Faculdades de Medicina e de Educação da Universidade. Esse programa visa refletir sobre a formação de professores e as circunstâncias que os envolvem em relação ao próprio sistema de atenção à saúde, e a respeito da integração teoria e prática, essência de eventuais reformulações. Ingressei nesse programa na condição de aluno de doutorado e produzi esta obra, resultado da tese defendida.

Em busca de um novo perfil docente para a área médica, modulado pelas normatizações – DCN, e DCN para o curso de medicina, ambas de 2001 –, em termos de habilidades, atitudes e competências em docência é essencial conhecer o docente: o que pensa e faz, como se caracteriza, disperso ou diversificado em seu pensar, contudo sem deixar de ser representativo de uma área especializada como é a cardiologia.

Inicialmente, a intenção era a de desenvolver uma pesquisa sobre o sistema de saúde e a atuação da Faculdade (uma instituição formadora de recursos humanos para a saúde) em relação ao formador-prestador de assistência, estando ela sob a avaliação oficial pelo sistema público de ensino superior do qual faz parte. Isto porque a atenção básica à saúde constitui um elo pelo qual transito quase cotidianamente, pois minhas atividades, especialmente as extensionistas, têm, na saúde comunitária, um desaguadouro quase natural. No entanto, parafraseando o pensamento de Foucault, “existem momentos na vida em que a questão de saber, se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é

indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (FOUCAULT, 1984, p. 13). Esse apontamento instigou-me (e instiga ainda hoje) a pensar como ocorrem as intrincadas e complexas articulações entre produção e circulação de saberes, estabelecimento de relações de poder e, finalmente, produção de sujeitos e modos de subjetivação, como esses sujeitos se tornam uma sociedade disciplinar e também de controle, o que se reflete, naturalmente, no campo médico; mas há, sobretudo, uma dedicação de Foucault aos estudos dos antigos filósofos, aos clássicos gregos e romanos, que trataram de uma questão básica para a educação: o problema do “cuidado consigo”, da constituição do “si mesmo”, da relação do sujeito com a “verdade”.

Voltei-me, então, por assim dizer, para o lado oposto, optando por uma área especializada ao extremo, cujo *progresso* e *evolução* servem de paradigma perante as demais, dando significância ao modelo de ensino hegemônico da escola: a cardiologia. A literatura médica, na história da cardiologia brasileira, contém relatos que enaltecem seus avanços científicos, sejam eles diagnósticos, terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos. Há, também, a preocupação com um novo modelo de formação na graduação, na qual academicamente se insere, com amplo referencial que atente para as DCN relativas ao Curso de Medicina.

Assim, considerando-se a vasta produção científica sobre educação médica e da área da cardiologia, foi necessário, no início desta tarefa, perambular pela formação docente, desde sua constituição, perfil e práticas pedagógicas, sem, contudo, sair do interesse maior de como tais circunstâncias aconteceram, em detrimento de outras. Durante a investigação ouvi os discursos dos professores da área de cardiologia – do curso de medicina vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) –, procurando fazer com que seu livre pensar aflorasse. A partir de suas histórias de vida, além da trajetória profissional, conhece-se cada opção/decisão por ser professor, sua formação em docência e se cada um correlaciona ou não suas práticas educativas com as normas educacionais vigentes. Sabe-se que diferentes opções do pensamento docente podem conviver e, assim, encontrar espaço para a diversidade. Se é fato a não existência de linearidade, buscou-se desvendar sob quais circunstâncias subjetivas se assentaria toda e

qualquer reforma, não importando fundamentalmente a crítica *per se*, mas o conhecer do processo de formação docente e as práticas educativas utilizadas por professores de medicina, com suas especificidades e particularidades.

Os sujeitos entrevistados, pertencentes aos três espaços de inserção acadêmica da cardiologia, no ciclo profissional do curso de medicina vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES), – professores atuantes no ensino da cardiologia ou gestores nos processos de reformas curriculares (regentes e coordenadores de comissão de graduação do curso) – foram personagens que, em suas respectivas instâncias, mantinham o elo da instituição com seus docentes. Utilizando a metodologia qualitativa de pesquisa, no decorrer das entrevistas obtive informações que deram visibilidade a sentimentos, os quais, presentes há muito tempo no pensamento de muitos desses profissionais, para outros tantos representavam um momento para o exercício de reflexão sobre seu fazer docente, pois não tinham o tempo e o espaço adequados para sua propagação. As falas foram gravadas e transcritas em sua totalidade e serviram para posteriores categorizações temáticas. À proporção que as entrevistas se sucediam tive a noção de como circulavam as medidas ou comportamentos circundantes para a execução e implementação de mudanças e adaptações no currículo, especialmente após a homologação das Diretrizes Curriculares para o curso de medicina. Também foi possível verificar a posição do gestor, por exemplo, de como são seus comportamentos perante os desafios e as resistências docentes.

O eixo referencial do presente estudo – os escritos de Foucault – surgiu ao frequentar as disciplinas do doutorado, quando comecei a me interessar por alguns dos questionamentos desse autor. Antes de pretender constituir um libelo a favor ou contra algo, situação, fato, circunstância..., consegui o distanciamento suficiente a fim de proporcionar o estranhamento necessário de visibilidades até então consolidadas. Ao me deter em investigar, ouvir e observar o porquê de os eventos acontecerem de determinada maneira, excluindo-se outras, procurei entender e aprofundar um pouco mais sobre a incompletude do dizer; sobre as certezas definitivas e de como se está submetido ou sujeitado aos fatos cotidianos, rotineiros e usuais, de tal modo que, como corpo dócil, se é cúmplice de um processo

que tem no saber “um domínio onde *o sujeito é necessariamente situado e dependente*, por exemplo, o saber da medicina clínica define para o sujeito do discurso médico o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão” (FOUCAULT, 1995, p. 198, grifo do autor).

Nesse sentido, concorda-se com Fischer, quando diz:

Para analisar os discursos, segundo a perspectiva de Foucault, precisamos antes de tudo recusar as explicações unívocas, as fáceis interpretações e igualmente a busca insistente do sentido último ou do sentido oculto das coisas, práticas bastante comuns quando se fala em fazer o estudo de um discurso. Para Michel Foucault, é preciso ficar (ou tentar ficar) simplesmente no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Isso significa que é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. E a primeira tarefa para chegar a isso é tentar desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de reais intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis. É como se no interior de cada discurso, ou num tempo anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso (FISCHER, 2001, p. 2).

Ao se adotar Foucault para a análise das falas dos entrevistados emerge a necessidade de dizer algo a respeito de como esse autor aborda a produção de discursos docentes em uma instituição de ensino historicamente situada (escolas médicas), e como é organizada e controlada mediante diretrizes. O discurso, assim concebido, não é a manifestação majestosamente desenvolvida por um sujeito que pensa, conhece, e diz; é, ao contrário, um conjunto em que se pode determinar a dispersão do sujeito e a sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos (FOUCAULT, 1995,

p. 61-2). O funcionamento dos discursos é definido mediante exigências impostas aos indivíduos selecionados, dentre os que têm acesso a determinado discurso, e determina, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam, e, segundo o autor, *os grandes procedimentos de sujeição do discurso* (FOUCAULT, 1996, p. 44).

Nesse sentido, o discurso médico, por exemplo, não pode ser dissociado da prática de *rituais da palavra*, e deve ser diferenciado do discurso da medicina para o qual há pertinência doutrinária que teria procedimentos de controle discursivo referidos apenas à forma ou ao conteúdo do enunciado e não ao sujeito que fala. A medicina, na condição de *disciplina*, é definida por “um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e de instrumentos” (FOUCAULT, 1996, p. 44-45).

E Foucault (1996) aponta uma questão que considero importante para este estudo:

O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes? (p. 44-45)

Com base nas referências citadas, contextualizadas as nuances da pesquisa e a partir de seus desdobramentos o texto foi elaborado a fim de atingir os seguintes objetivos propostos para o estudo: Geral – levantar e estudar dados e informações com a finalidade de debater a respeito do fazer docente no ensino da Cardiologia na FAMED/UFRGS; específicos: – Refletir sobre a docência médica, no que diz respeito à constituição, vocação, perfil e controle docentes no curso; – Debater as racionalidades na formação médica e os movimentos da cardiologia na FAMED/UFRGS; – Apresentar o discurso docente e, com base nele, tensionar o papel do gestor no ensino da cardiologia nessa Faculdade.

Para se atingir a meta proposta pesquisou-se, portanto, o método mais adequado às pretensões. Assim, adotou-se a análise qualitativa, realizando-se

um estudo de caráter exploratório e de natureza descritiva, com o acompanhando de atividades relativas ao ensino da cardiologia, relacionando-se ao processo de ensino e aprendizado aos discursos docentes nele envolvidos, sejam legais, pedagógicos, sociais, explicitados ou não em suas interpretações.

Na caracterização da amostra optou-se por uma amostra de conveniência – não aleatória. Isso se justifica pela característica da pesquisa e seus requisitos: atendendo ao universo de atores docentes circunscritos às atividades em questão, seja diretamente no ensino ou como gestores em vários níveis, regentes de disciplina, chefia de departamento à qual a atividade esteja vinculada, ou, ainda, coordenadores de comissão de graduação (COMGRAD) da unidade ligada à área médica em foco, em um total de dezesseis docentes. A ordenação numérica das entrevistas também foi aleatória, não importando a qualificação docente, se gestor ou professor da graduação, se regente ou não, a fim de resguardar o sigilo das identidades. Para tanto, os entrevistados são referidos sempre no masculino e identificados no texto pelo código “E” seguido do número atribuído respectivamente a cada um deles (ex. “E. 16”).

Nas entrevistas – processo de comunicação verbal – pretendeu-se recolher informações através de eixos temáticos, com questões abertas e liberdade de resposta. As questões, de maneira geral, abordaram temas sobre o modo com que os entrevistados se constituíram docentes, o relato de sua trajetória profissional, como se percebem professores do ensino médico hoje, e quais suas perspectivas futuras. Para a análise desse material foi utilizada primordialmente a interpretação da palavra que se expressa na fala cotidiana, segundo Minayo e Sanches (1993). As falas foram gravadas em mídias e transcritas. Também foram utilizados levantamentos, registros e análise de variadas fontes de dados a fim de descrever, compreender e explicar uma realidade temporal.

A exploração do material, com codificação a partir das unidades de registro, permitiu o tratamento dos resultados e interpretação, categorização e classificação dos elementos segundo semelhanças e diferenciações, com posterior reagrupamento, em função de características comuns, e foi, assim, realizada:

1. Revisão de referências para analisar a constituição e aprovação do currículo de código 242.00 da medicina (na ampla mudança pela reforma de 1989) e sua relação com o ensino médico;
2. Revisão de literatura, dos anais dos sucessivos encontros promovidos por entidades representativas do ensino médico – da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Rede Unida e da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) – instituições que têm se debruçado sobre a temática *currículo* e servem de referência nacional;
3. Análise das condições históricas que promoveram a criação das Diretrizes para o curso de medicina;
4. Análise da documentação de apoio: Regimento Interno da Faculdade de Medicina, Relatório de Gestão, Catálogos do Curso de Graduação em Medicina, ementas e programas das atividades diretamente envolvidas (disciplinas, etc.);
5. Análise do material que constitui os assentamentos oficiais concernentes às reuniões de Colegiado do Departamento de Medicina Interna, representativo dos demais departamentos, à medida que comporta em si a maior gama de especialidades médicas inseridas no currículo, procurando, naturalmente, enfatizar a cardiologia;
6. Entrevistas com professores da FAMED/UFRGS que ocupam ou ocuparam cargos de chefia nas diversas instâncias departamentais, e com os docentes diretamente envolvidos no ensino, regentes ou não, buscando identificar como se comportam quanto aos documentos e as representações que têm em relação a mudanças que possam ter ocorrido ou futuras. Leitura e interpretação dos discursos presentes nas normas e regramentos advindos da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre o ensino da especialidade na graduação médica, expressos por seus dirigentes e docentes e publicadas no país;
7. Análise documental, a partir das noções desenvolvidas por Michel Foucault, a fim de refletir sobre a existência, ao longo da história, de vários significados para a medicina; significados que não podem ser

atribuídos a uma consideração geral sobre os valores ou a verdade do saber médico, entendido, aqui, como uma unidade, pois são resultado de diferentes maneiras de referenciar alguns aspectos desse conjunto de saberes e de práticas denominado *medicina*. A consideração da perspectiva foucaultiana para a análise dos saberes e das práticas médicas é importante no esforço para decifrar as implicações entre as formações de saber, os exercícios de poder e as diferentes formas de produção da subjetividade no presente.

Assim, com o método adequado e metas estabelecidas, estruturou-se a presente obra em sete capítulos.

Na Introdução, além de introduzir o tema, insere-se breve trajetória profissional. No primeiro capítulo apresenta-se a *Revisão de Literatura* cujo lastro teórico fundamenta o estudo. O segundo capítulo intitulado *Reflexões sobre a Docência Médica: constituição, vocação, perfil e controle docente*, se compõe de uma discussão atual a respeito da educação e formação médica, com base nas falas docentes da área da cardiologia, com um debate quanto à docência médica: constituição, vocação, perfil e controle docente. De um ensino controlado em sua qualidade até os que tiveram o indispensável preparo para a profissão, o ensino médico teve sempre uma “didática própria”, racional, pelo fato de ser intencional. Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que levaram o professor à Universidade e que ali se ressignificam, mas, contudo, evidenciaram as dificuldades de trabalhar sem um referencial teórico definido e estudado.

A valorização da pesquisa tem levado os professores a se afastarem das atividades de ensino, e se evidencia uma associação a um fazer vocacionado, em uma prática normalizada e destituída de romantismo, embora em nível de discurso ele apareça com força preponderante. Há uma identidade docente marcada pela instituição, o que se reflete no aluno da UFRGS que, “capacitado”, pode aprender seja qual for a dinâmica docente, levando-o a uma eventual especialização precoce. Em contraposição, debate-se o que os docentes tratam por “síndrome do aluno da UFRGS”.

Quanto ao perfil docente, a par de classificações tipológicas, não se tem claro um perfil hegemônico, e se reconhece que o perfil requerido para o ingressante na docência na FAMED/UFRGS se aproxima mais do pesquisador especialista do que do professor. As ferramentas foucaultianas de interpretação do poder são úteis para que se possa compreender o disciplinamento e o controle do trabalho docente.

No terceiro capítulo, apresenta-se como se qualificam as *Racionalidades na Formação Médica e os Movimentos na Cardiologia*, em que conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, se evidencia na vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição de ensino médico. Para tanto, parte-se das ferramentas construídas nas pesquisas de Michel Foucault, em busca de um padrão discursivo legitimado e orientado pelos ideais do que seja ser médico e professor e pelos modelos de identificação com o hospital e do sujeito da educação médica.

A constituição da racionalidade anatomoclínica como uma *objetivação limitadora* é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina e evidencia-se, nesse momento, o citado embate entre diferentes racionalidades: o positivismo científico e o subjetivismo educacional. Se, por um lado, a força da organização das especialidades no mercado tem a ver com a articulação dos conteúdos da clínica médica, por outro há as disposições das DCN que propugnam por um modelo de integralidade na saúde. Antes de se questionar se a denominada *formação médica* estaria adequada aos modos possíveis de repensar a clínica e a saúde pública, discute-se se uma reforma do ensino dependeria também de uma reforma dos saberes e práticas que reorientam a clínica e a saúde pública. E, ainda, busca-se conhecer o modelo vigente e como este se mantém através de estratégias cuja visibilidade teria de ser buscada.

Considerando-se que há um direcionamento governamental que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social questiona-se como isso é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em voga e de sua historicidade nesse espaço reservado de conhecimento. A perspectiva, aqui, é, ao se entender esse processo de racionalidades em embate, visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia, o que – de

fato – só se torna possível ao se olhar para além dos embates acadêmicos marcados nesse capítulo das Racionalidades e que se pretende retomar em outro momento da presente obra.

No quarto capítulo, intitulado *O Discurso Docente e o Papel do Gestor no Ensino da Cardiologia na FAMED/UFRGS*, o conteúdo centra-se na administração da gestão da escola médica e da área específica do ensino, considerando-se as circunstâncias de um possível compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, no qual sobressai a figura dos gestores. Em relação às DCN, parece inexistir, entre os professores, uma convicção quanto a uma aproximação docente ou mesmo a demonstração de total desconhecimento por parte deles, podendo originar uma falta de responsabilidade participativa, sobretudo pelo fato de as Diretrizes emanarem de uma instância superior.

Conhecer, ao menos em parte, a história da instituição permite compreender esses meandros, tendo por base um diagnóstico institucional. Com isso é possível abordar a representação que existe nas falas docentes perante um novo quadro, que tem na própria sensibilização um fator a ser considerado. Tomando como referência essa construção, identificam-se desafios, desdobramentos e resistências, revelados pelo maior envolvimento dos docentes com a assistência do que com o ensino no HCPA.

Por sua vez, sendo as DCN orientações para a medicina elas deveriam adquirir um caráter mandatário, mas apontando para uma abertura e um estímulo às transformações ou adaptações. No entanto, existem apenas em tese e não na prática. A fragmentação dos departamentos da própria instituição ou mesmo a forma como o processo foi conduzido acabou gerando dúvidas e mais resistências que podem ser minimizadas através de um melhor conhecimento da proposta educacional. Entretanto, mesmo os mais otimistas devem reconhecer que o progresso e os benefícios alcançados pela medicina nem sempre foram lineares e nem seus objetivos são claramente discerníveis.

Desse modo são expressas as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, nesse constante e dinâmico processo de identificação, com as tendências curriculares hoje e sempre existentes e

que servem para dar visibilidade ao quão diversificado é o pensamento de seus atores, em nada similar a uma linearidade que a história futura nos estimulará a descrever.

O quinto capítulo, finalmente, engloba a discussão, no qual se retomam os pontos essenciais ao debate.

Encerrando a obra, no epílogo apresentam-se as possibilidades relacionadas ao tema; sintetizam-se os pontos dignos de estudo e elaboram-se alguns apontamentos sobre o saber produzido pelos professores em seu trabalho cotidiano, sobre o caráter histórico e social da prática do docente de medicina e o processo de reflexão coletiva necessário para o desenvolvimento profissional dos professores na FAMED/UFRGS.

O ato de repensar a formação e a releitura da prática docente podem levar os professores de medicina a refletir sobre a ação pedagógica. Isso porque, ao se tornarem conscientes das crenças, dos valores e dos conhecimentos que a influenciam, passarão a ter melhores condições para adequar seu comportamento profissional, levando-os a assumirem um papel ativo no seu próprio processo de formação, podendo, assim, fugir dos conhecimentos do senso comum e contribuir para a compreensão da função social da profissão. Mas isso não nos moldes em que se encontra atualmente e, sim, baseada no compromisso com as necessidades materiais e sociais de determinada sociedade, uma escola médica que pode, portanto, ser mudada à medida que os períodos históricos irão se sucedendo.

As respostas a determinadas situações apontadas nesta obra são provisórias, considerando-se que não existem verdades incontestáveis, pois, se hoje propiciam a elucidação de determinados problemas e impasses ocorridos em dado momento histórico e em contexto social específico, em outros momentos e contextos diferentes poderão não satisfazer.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O Cenário Histórico e a Literatura Convergente

O século XX foi o cenário histórico do desenvolvimento da medicina científica. Surgiram novas drogas, novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que foram incorporados ao cotidiano da prática médica (FACCHINI et al., 1999). O impacto da revolução científico-tecnológica gerou grandes mudanças no modo de exercer a profissão, na qual, diante do desenvolvimento de uma racionalidade científica – a positivista – que recortou os objetos tornando-os bastante delimitados e aprofundou seus conhecimentos sobre eles, a ciência capturou a racionalidade médica e a transferiu para os equipamentos.

Os saberes que permitiam chegar a um diagnóstico através da semiologia clínica, como linguagem mediadora, hoje estão ao alcance das máquinas. Contudo, parcela significativa da população do mundo não tem acesso aos recursos tecnológicos desenvolvidos. Deve-se considerar, portanto, que a cada nova tecnologia agrega-se um direito social e, por essa razão, não se pode prescindir de uma reflexão ética sobre o desenvolvimento da tecnologia e de suas repercussões sobre a prática médica.

Facchini argumenta que o traço mecanicista (o corpo como máquina), dualista (a separação entre a razão e a emoção) e quantitativista da racionalidade moderna se manifestaram no âmbito da saúde, na redução do ser humano a objeto e, a seguir, na substituição da doença por seus mecanismos fisiopatológicos. Para o autor, com o qual se concorda, a nova concepção de humanização virá da redefinição do objeto da prática médica – a necessidade das pessoas e comunidades. Ao se adotar esse novo objeto, a crescente capacidade de intervenção sobre os problemas biológicos deverá ser mantida e criar-se-ão novas áreas de competência.

Ainda Facchini, quanto ao debate sobre a escola médica e o médico a ser formado, diz que é preciso passar necessariamente pela reflexão sobre as variáveis envolvidas e suas relações. Assim, o autor elenca três atores incluídos nesse cenário, especificando suas necessidades em relação às demandas de saúde: os cidadãos, a comunidade e os docentes. Nesta obra privilegiam-se os últimos – os docentes –, suas características e necessidades na condição de educadores e profissionais médicos, com seu passado, suas expectativas e todas as necessidades e potencialidades que carregam consigo. Têm como cenário de atividade diária o campo de ensino e serviços, cujo relacionamento sofre forte influência das organizações didático-pedagógicas, de pesquisa, da assistência à saúde e da organização da prática médica. Isto porque é o docente em medicina quem carrega boa parte da responsabilidade em relação ao perfil de curso e de estudante que as escolas médicas desejam.

Assim, mesmo que se busque um aluno mais autônomo no seu aprendizado, a autonomia deve ser estimulada – especialmente nos neófitos – pelos professores, representando verdadeiramente um elo em relação à formação, ao tipo de orientação da instituição e do perfil discente que se deseja. Esse argumento também reforça a escolha que se fez, centrada unicamente nos professores, inclusive porque não haveria “fôlego”, no espaço desta obra, para abarcar uma pesquisa tão ampla, o que se insere, entretanto, nos anseios futuros: dar continuidade à pesquisa em futuras publicações.

1.2 Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina constituem um disciplinamento pelo qual o Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (CNE/MEC) normatiza os cursos de medicina. Em conjunto com o projeto pedagógico, os cursos deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, com a finalidade de permitir os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento (e não apenas a avaliação do corpo discente até então em voga).

Através de princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos a orientar o currículo do curso, há também, como eixo, as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde. Portanto, as DCN para o curso de medicina privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos; inclui as dimensões éticas e humanísticas a fim de desenvolver, no aluno, atitudes e valores orientados para a cidadania; pressupõem a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem (não apenas circunscritos ao hospital universitário), que permitam ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, de organização da prática e de trabalho em equipe multiprofissional, mediante a integração ensino-serviço e da formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em recente estudo, Abdalla et al. (2009) corrobora esse contexto situacional, descrevendo os resultados do primeiro momento do projeto da CAEM/ABEM no eixo Projeto Pedagógico, um dos cinco eixos relevantes para avaliação das tendências de mudanças na escola médica. O autor analisa o modo com que os atores envolvidos no curso de graduação percebem e situam a escola na sociedade ao estabelecerem sua missão política e pedagógica. Abdalla, ao citar a tipologia de Lampert sobre um grupo de 28 escolas médicas (logo a seguir detalhado), tensiona os vetores do perfil Biomédico e Epidemiológico-Social do profissional que pretende formar, e a aplicação da tecnologia. Ainda quanto aos vetores da produção de conhecimentos, o autor demonstra haver dificuldade em produzir e ampliar as linhas de pesquisa para além das áreas biomédicas. Também mostra que esses *vetores* não têm facilidade para articular os cursos de graduação, pós-graduação e a educação permanente em relação às necessidades de saúde da população.

O estudo de Lampert et al. (2009), realizado com um grupo de 28 escolas médicas brasileiras, mostra as tendências de mudanças para atender as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) com perspectiva de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse estudo faz parte do primeiro momento do Projeto de Avaliação de Tendências de Mudanças nos cursos

de graduação das escolas médicas brasileiras, da Comissão de Avaliação das Escolas Médicas da Associação Brasileira de Educação Médica (CAEM/ABEM). Esse projeto, conforme Lampert et al. (2009a), resultou da necessidade de avaliar e acompanhar as mudanças que vêm ocorrendo nas escolas médicas após movimentos nacionais e internacionais que recomendam adequar a formação do profissional às demandas contemporâneas de saúde, em especial no Brasil, após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. Constituída por professores, estudantes e estudiosos do tema, a CAEM discutiu e aprovou esse projeto que se baseou na tese desenvolvida por Lampert.

O projeto em pauta propõe um trabalho a ser executado com as escolas em três momentos: 1) aplicação do instrumento de autoavaliação com análise dos dados pela CAEM e devolução às escolas; 2) aproximação das evidências de mudanças apontadas pelas escolas com identificação dos atores sociais envolvidos e construção de indicadores capazes de averiguar e acompanhar as mudanças; 3) sistematização e apresentação de dados para análise e recomendações com elaboração do relatório, atendendo aos princípios do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES).

As escolas responderam o instrumento de pesquisa oferecido para sua autoavaliação, segundo a metodologia proposta, e os resultados mostraram a percepção do curso como um todo na inter-relação de cinco eixos: Mundo do Trabalho, Projeto Pedagógico, Abordagem Pedagógica, Cenários da Prática e Desenvolvimento Docente. A maioria das escolas desse grupo (75%), na percepção de seus atores sociais, apresenta tipologia avançada e inovadora com tendência avançada para as transformações preconizadas no setor saúde. O eixo Desenvolvimento Docente mostrou avanços menores em relação aos demais, o que sinaliza, nesse momento do processo, um descompasso na dinâmica das ações para consolidar as mudanças. Também demonstrou a necessidade de aprofundar o estudo com o desenvolvimento dos processos avaliativos, que requer a construção de indicadores qualitativos e quantitativos capazes de auxiliar a identificação, o acompanhamento e a efetivação das mudanças.

O estudo de Lampert (2009a) mostra os detalhes do projeto e, como resultado, a adesão das escolas por conta do seu lançamento, em 2006.

Por sua vez, Abdalla et al. (2009) descreve os resultados do primeiro momento desse projeto, no eixo Projeto Pedagógico, analisando um dos cinco eixos relevantes para avaliação das tendências de mudanças na escola médica. O autor analisa como os atores envolvidos com o curso de graduação percebem e situam a escola na sociedade ao estabelecerem sua missão política e pedagógica. Ao se referir à tipologia do grupo de 28 escolas médicas, seguindo uma das três alternativas predominantes (tradicional, inovadora, avançada), esse eixo mostra a predominância de situação avançada, seguida da inovadora, relativa aos vetores Perfil Biomédico e Epidemiológico-Social do profissional que pretende formar, e da aplicação da tecnologia. Quanto aos vetores da produção de conhecimentos, há dificuldades em produzir e ampliar as linhas de pesquisa para além das áreas biomédicas; e os atores mostram não ter facilidade para articular os cursos de graduação, pós-graduação e a educação permanente em relação às necessidades de saúde da população.

Com base nos resultados obtidos pela autoavaliação realizada por 28 escolas médicas brasileiras (EMB), acima mencionada, Perim et al. (2009) analisa o comportamento das escolas segundo as alternativas predominantes (tradicional, inovadora, avançada) no eixo Desenvolvimento Docente, composto por quatro vetores: Formação Pedagógica; Atualização Técnico-Científica; Participação nos Serviços de Assistência; e Capacitação Gerencial. Embora metade das EMB estudadas nesse eixo perceba-se tradicional, essas escolas reconhecem sua importância e influência no processo de formação do médico, considerando-o essencial para dar suporte às mudanças implementadas e garantir a interação entre ensino, serviços e comunidade voltada ao paradigma da integralidade. Para esse grupo de 28 escolas, o Desenvolvimento Docente é o eixo que se encontra mais distante do preconizado para atender as Diretrizes Curriculares.

E, conforme Aguilar-da-Silva (2009), a ABEM, por intermédio da CAEM, tomou a iniciativa de promover a avaliação das tendências de mudanças nas escolas médicas brasileiras, no intuito de impulsionar a construção de um processo avaliativo que, além de diagnosticar o momento das

escolas, permitisse auxiliar e acompanhar a evolução das mudanças, sem perder de vista o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada à saúde da população brasileira. Esse projeto contém um instrumento que apresenta 17 vetores, distribuídos em cinco eixos relevantes para a formação do médico. Um destes é o das Abordagens Pedagógicas que abrange métodos de construção e acompanhamento do processo pedagógico, buscando identificar a tendência do processo de ensino-aprendizagem avaliativo e de orientação didático-pedagógica, verificando se é mais centrada no professor ou no estudante, com uso ou não de tutorias. Cada escola pôde se classificar como tradicional, inovadora ou avançada, de acordo com as alternativas para cada vetor que compõe o eixo.

Novamente Lampert (2009b), em outro estudo, analisa o comportamento dessas 28 escolas médicas brasileiras no eixo Mundo do Trabalho, um dos cinco eixos do instrumento de pesquisa do Projeto da CAEM/ABEM. Esse eixo se refere à carência de profissionais para Atenção Básica de saúde da população e ao emprego do futuro profissional; à base econômica da prática médica; e à relação institucional mediadora de seguradoras, planos de saúde e similares na prestação de serviços de saúde. O conjunto das escolas, embora identifique o tema como pouco abordado na formação médica, percebe sua relevância para adequar o projeto político-pedagógico, a abordagem didático-pedagógica e os cenários de prática, e exercitar a análise críticorreflexiva do contexto no espaço profissional da prestação de assistência à saúde no curso de graduação.

No que tange às Diretrizes, elas são o resultado histórico de algumas correntes, a iniciar pela própria Constituição Federal do Brasil (CF/88) (Brasil, 2009), ao estabelecer que compete ao SUS, dentre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (artigo 200, inciso II), explicitada com mais detalhes no Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2001). Essa necessidade de formar profissionais voltados para o contexto social é também expressa em documentos internacionais (KERN et al. 1998). Em consequência, as demandas da sociedade junto aos profissionais de saúde são repassadas diretamente às instituições formadoras

e aos educadores. Esta é, no respectivo meio, uma discussão atual de grande importância.

Outra corrente trata da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996, (SAVIANI, 1998), no que refere à União e aos Estados (artigos 9º, inciso IV e 10, inciso III) e que, consoante o princípio da autonomia das universidades, lhes confere a atribuição de “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes” (artigo 53, II). São normas cujo cumprimento adequado representaria um grande avanço no sentido de flexibilizar a organização curricular, ao substituir o caráter disciplinar e relativamente rígido da legislação anterior.

Uma terceira vertente das DCN relaciona-se aos perfis de formação e atuação de profissionais em geral e da área da saúde, que vêm sendo desenhados no contexto mundial e expressos, dentre outros, em documentos da UNESCO (DELORS, 1999) e da Rede Unida (REDE UNIDA, 1998).

As DCN apresentam o perfil esperado do médico formando, a estrutura geral do estágio curricular obrigatório (internato), incluindo aspectos estruturais e estratégicos do planejamento pedagógico propriamente dito das escolas, no que diz respeito às metodologias de ensino, aprendizagem e avaliação.

Lampert (2004; 2004a), ao avaliar as tendências de mudanças nas 28 escolas médicas brasileiras, conforme já se mencionou, afirma que mesmo uma escola de tipo avançado, com um projeto político pedagógico condizente com as DCN e DCN para o Curso de Medicina (consolidação do SUS) apresenta dificuldades, pois a transformação que se busca não ocorre apenas em âmbito acadêmico; deve acontecer também no sentido de atender ao contexto (mais amplo) no qual cada escola médica esteja inserida.

1.3 O Ensino de Cardiologia na Graduação Médica

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 2003, se interessou e deteve-se em produzir a *Normatização do Ensino de Cardiologia no Curso de Graduação em Medicina*, considerando a evolução científica das últimas décadas do século XX, modificando tanto o conteúdo propriamente dito quanto o acesso às informações (MAIA, 2000). No entender de Koifman

(2001), nesse período houve uma crítica contundente ao paradigma da modernidade, expresso na fragmentação do conhecimento e no individualismo na formação e na prática profissional.

Essa regulamentação reflete os referenciais expressos nas DCN para o curso de medicina, com ênfase crescente no debate e na reflexão sobre a humanização da assistência à saúde, à interdisciplinaridade e à construção ativa e permanente do conhecimento pelo estudante. Em relação às necessidades de saúde da população, constam, nessa regulamentação, as principais limitações: falta de correlação entre o conteúdo ministrado e doenças prevalentes encontradas na comunidade e ausência de um perfil do profissional médico que seja voltado ao Programa de Saúde da Família (PSF; hoje, Equipe de Saúde da Família, ESF), que, a exemplo de outros países, afirma-se progressivamente em todo o território nacional, com expressivas mudanças no perfil de morbidade e mortalidade no país. Enfatiza, ainda, a necessidade de reformular a graduação médica, em busca de um profissional com competência para atuar em um mundo de novas relações com o trabalho e com o conhecimento, salientando a evolução deste nas ciências da educação, refletido, no campo da formação médica, tanto nas práticas de ensino, aprendizagem e avaliação quanto nos novos modelos curriculares (PAPA et al., 1999).

De acordo com as discussões feitas nos congressos anuais ABEM, na década de 1990, os projetos pedagógicos das escolas médicas têm sido objeto de estudos e de mudanças devido à fragmentação da formação em disciplinas isoladas não integradas, e elevadas cargas horárias para atividades teóricas. Além disso, há uma clara tendência à especialização precoce do estudante, inserção tardia deste na prática, preponderância do ensino predominantemente no ambiente hospitalar, utilização de metodologias de ensino baseadas na transmissão de conteúdos (aulas magistrais, nas quais o aluno é receptor de informações) e pela dissociação entre a formação e as necessidades sociais.

Essas mudanças mais profundas, entretanto, demandam múltiplos e complexos elementos determinantes, diz Feuerwerker (2002), geralmente processos institucionais mais amplos e de implantação em prazos dilatados. Ainda conforme Feuerwerker, considerando-se que a maioria das escolas médicas brasileiras tem modelos curriculares estruturados em disciplinas

individualizadas ou em módulos, um conjunto de mudanças pode e deve ser implementado no curto prazo, em âmbito das disciplinas curriculares para acompanhar as novas tendências de formação médica.

Nas escolas médicas, com currículos tradicionais, é comum se observar que a cardiologia é uma disciplina individualizada ou integra um módulo mais amplo. Geralmente, a carga horária da especialidade é expressiva nas grades curriculares. Contudo, não se pode desconsiderar que o ensino da cardiologia nos cursos de graduação médica é parte integrante de um processo mais amplo de formação, expresso no currículo proposto, executado e avaliado pela instituição.

No planejamento dos cursos de cardiologia na graduação médica, a relação de conteúdos e competências, como conhecimentos da área da cardiologia, assume importância significativa na formação do médico, sobretudo ao se considerar o aspecto da formação técnico-científica geral e a capacidade de resolução frente aos problemas de saúde da comunidade. Os conteúdos essenciais do programa na cardiologia devem estar relacionados a todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, proporcionando a integralidade das ações de cuidados com os pacientes. E, se o currículo expressa, na prática, a missão institucional em conformidade com as Diretrizes para o curso de medicina, o curso deve promover o desenvolvimento de competências que, por sua vez, originam objetivos educacionais que devem ser o ponto de apoio para todo o restante do projeto educacional, em detrimento da ênfase na aquisição de conteúdos. No contexto mais específico da medicina, a competência profissional vai além do conhecimento e das habilidades habitualmente consideradas na graduação, podendo ser conceituada como “o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores e reflexão na prática diária, para o benefício do próprio indivíduo e da comunidade atendida” (EPSTEIN, 1999).

A grande abrangência da área da cardiologia possibilita incluir todo o espectro de objetivos educacionais, relacionados às esferas cognitiva, psicomotora e afetivo-comportamental, dimensões que guardam relação com a formação técnico-científica, ética e humanística desejada no perfil do médico proposto pelas Diretrizes.

Segundo a avaliação da SBC, o planejamento de um curso de cardiologia em uma instituição reflete legitimamente suas peculiaridades e especificidades, em relação, por exemplo, ao grau de complexidade do atendimento prestado à população e às atividades de pesquisa desenvolvidas. Assim, pode ocorrer que setores mais especializados de serviços complexos ou áreas específicas de investigação científica desejem inserir conteúdos referentes às suas áreas nos programas da disciplina, demandando cargas horárias elevadas e programa teórico demasiadamente extenso para o curso. A seleção de conteúdos deve, portanto, valorizar conteúdos relativos às moléstias cardiovasculares mais prevalentes, visando à capacitação do futuro profissional na condução de seu diagnóstico e tratamento, nos níveis primário e secundário de atenção à saúde. Igualmente deve ser privilegiado o treinamento em algumas habilidades clínicas essenciais, exemplificadas pelo atendimento inicial nas urgências e emergências cardiológicas: o diagnóstico diferencial correto da dor precordial, o diagnóstico da gravidade de quadros de falência circulatória, a realização dos procedimentos imediatos de socorro e o encaminhamento do paciente a serviços de maior complexidade.

Na *Abordagem Pedagógica da Normatização*, a SBC propõe um projeto pedagógico centrado no aluno, como sujeito da aprendizagem, apoiado no professor, na condição de facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem, utilizando metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência. Nesse contexto, as metodologias problematizadoras (aqui citadas apenas para contextualizar) utilizam situações reais da prática médica para a compreensão e a solução de problemas. Além disso, favorecem o desenvolvimento da autonomia intelectual e cognitiva do estudante, servindo de base para a futura educação permanente do profissional, especialmente quando se reconhece a atualização e a renovação constante e vertiginosa dos conhecimentos na área como primeiro desafio no planejamento do ensino da cardiologia na graduação médica (CIRINO, 2002).

Nessa *Abordagem Pedagógica* há ênfase, ainda, sobre a necessidade de integração das disciplinas das áreas básicas relacionadas à cardiologia

(anatomia, histologia, embriologia, bioquímica, biofísica, fisiologia, patologia, farmacologia, medicina preventiva), a integração com os demais profissionais da área da saúde (psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia) e a introdução de projetos de pesquisa na área cardiovascular. Quanto aos cenários de práticas, sendo a cardiologia uma área de atuação principalmente ambulatorial, a prática em ambientes fora das enfermarias promove a formação do estudante nos *reais* cenários de sua atuação futura. Portanto, torna-se indispensável uma articulação efetiva da academia com a comunidade e os serviços de atenção à saúde, em nível primário e secundário, no âmbito do SUS. Para tanto, deve acontecer a promoção da qualificação dos docentes em cardiologia para se refletir sobre o ensino dessa área nos cursos de graduação, mediante eventos científicos, fornecimento de material didático, disponibilidade de conteúdos na *Internet*, cursos periódicos, e na citada *Abordagem Pedagógica* da SBC também consta a sugestão de disponibilizar espaços nas publicações da própria entidade, a fim de propiciar avaliações e pesquisas sobre o estado atual do ensino de cardiologia no Brasil.

Esse desafio de planejar o ensino na cardiologia é mérito da evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação. O professor deve reavaliar sua prática pedagógica se deseja obter sucesso em sua prática de ensino, afirmam Manfroi et al. (2002). A 30ª Conferência de Bethesda (GREGORATOS et al., 1999) apontou explicitamente a necessidade de promover e desenvolver excelência, e desenvolver e implementar métodos e recursos inovadores de ensino. Portanto, torna-se relevante envolver docentes e discentes em projetos de pesquisa que adotem como objeto o próprio processo educacional (ensino, aprendizagem, avaliação, entre outras temáticas), possibilitando identificar aspectos positivos a serem ainda mais desenvolvidos, e pontos frágeis que devam ser aprimorados.

Outro desafio diz respeito à inserção da especialidade na formação geral do médico. O planejamento deve espelhar-se continuamente no perfil do egresso que se deseja formar, tomando como norte as DCN para o curso de medicina. Além disso, nesse contexto de mudanças e adequações propostas pelas DCN e as específicas para o curso de medicina, existem outros desafios: como refletir sobre maneiras de planejar um curso na graduação que seja

capaz de desenvolver no estudante, no que concerne à área da cardiologia, o conjunto de competências necessárias à formação geral e continuada do médico preconizada nas Diretrizes? Respeitando-se o recorte definido para este estudo, acrescenta-se: não será este também o maior desafio desta pesquisa? Essas reflexões/reformulações no ensino da cardiologia acontecem na FAMED/UFRGS? Atendem as peculiaridades da escola médica em que se inclui ou do docente nela? Existem outras formas possíveis? Não se pretende responder ou planejar a totalidade desses pontos, no entanto, são tensionamentos que se deve considerar no processo de mudanças como um todo.

1.4 Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Desde a sua fundação, em 25 de julho de 1898, a história da Faculdade de Medicina compõe a história gaúcha e a brasileira. Foi a terceira Faculdade a ser criada no país, nascendo sob a ideologia positivista. Apresentava uma estrutura curricular bastante evoluída para a época se comparada a outras faculdades de medicina do país. A partir do currículo inicial, a história dos currículos mostra uma sucessão de longos períodos de consolidação e vários momentos de adaptações curriculares (MAUDSLEY, 1999).

Conforme o relato histórico contido no Projeto Pedagógico da FAMED de 2007, constata-se que a reforma universitária de 1968 alterou o modelo vigente de modo significativo quanto à estrutura administrativa e física da FAMED/UFRGS, sem mexer, contudo, no currículo então vigente. Essa reforma aboliu o regime das cátedras, introduzindo o sistema de departamentos, a semestralidade, o sistema de créditos e pré-requisitos, a avaliação por conceitos e a coordenação didática do curso através da Comissão de Carreira (COMCAR). Nesse processo, foi criado o Instituto de Biociências, abrangendo o ensino de toda a área básica; o HCPA albergou o ensino profissionalizante (a FAMED ainda não tinha sede) direcionado à prestação de serviços em saúde que predominaram sobre a ação pedagógica do ensino em medicina.

Um fato histórico importante foi a perda pela Faculdade de seu gerenciamento direto sobre o ensino das áreas básicas, e também seu histórico

prédio para o Instituto de Biociências, passando, a partir daí, a ocupar diferentes salas no recém-criado Campus da Saúde. Naquele momento, o ensino de graduação inclinou-se a organizar a partir dos serviços do próprio hospital, e a prestação de serviço predominou sobre a ação pedagógica. Apenas um século depois foi inaugurado o novo prédio, então sede da Faculdade de Medicina, em 27 de julho de 1998. E, assim, foi altamente significativa a inauguração, em 2 de setembro de 1970, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação (MEC), vinculado academicamente à UFRGS. Gradualmente, os serviços do hospital foram sendo colocados em funcionamento, a partir da inauguração dos ambulatórios, da internação, do bloco cirúrgico, do laboratório de patologia clínica, do serviço de radiologia, entre outros. A integração dos serviços do hospital com as diferentes unidades de ensino foram sendo ampliadas e consolidadas, e a implantação da pesquisa foi sendo centrada nos atendimentos realizados no hospital.

Quanto às reformas curriculares, desde a sua fundação, em 1898, a Faculdade de Medicina passou por cinco reformas e/ou adequações curriculares: 1960, 1968, 1980, 1989, 1990. E acrescentando-se a iniciada em 2005, totalizam seis reformas.

A década de 1970 foi fértil em discussões sobre o ensino médico e sobre o perfil do profissional a formar, e também quanto à instrumentação pedagógica dos professores através de cursos sobre metodologia de ensino. À tendência prevalente para a especialização opuseram-se movimentos que defendiam a volta do médico prático geral ou generalista (Projeto Pedagógico/FAMED).

A reforma curricular da década de 1980 incorporou disciplinas de conteúdo humanístico, mas, na prática, o que se constatou foi a criação de novas disciplinas, o aumento da carga horária, a baixa incorporação dos conteúdos humanísticos nas atitudes dos médicos recém-formados e a estigmatização dos conteúdos das disciplinas do campo da saúde coletiva, saúde mental e ciências sociais. Um problema importante foi a utilização de um referencial teórico confuso, no qual os termos “médico geral”, “médico de família”, “médico de comunidade” e “prático geral” foram usados como

sinônimos. Outro problema para a implantação dessa nova proposta foi o crescimento da residência médica que, ocupando importante espaço no Hospital Universitário (HCPA), dificultou a integração dos alunos da graduação e o término da formação médica. Uma terceira ordem de problema foi a desestruturação crescente da rede pública de saúde, dificultando a expansão do ensino na rede de postos de saúde municipais e estaduais.

A reforma curricular de 1989 envolveu a integração entre ciclo básico e profissionalizante, com aproveitamento maior e mais precoce dos alunos nos serviços do HCPA, abarcando um contato inicial dos alunos com o processo saúde-doença desde os primeiros semestres, gerando melhor aproveitamento do tempo escolar. Nessa reforma houve a transformação em estágio de todas as disciplinas clínicas, em que o ensino de ambulatório correspondia a 50% da carga horária, com a prática pedagógica em pequenos grupos, nos ambulatórios e na internação, permitindo a avaliação formativa e somatória tanto do conhecimento quanto das habilidades e do comportamento de cada aluno.

Os resultados dessa reforma foram avaliados, através do Programa de Avaliação Interna das Universidades Brasileiras (PAIUB), na UFRGS, em 1994, e pelo Programa de Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina/MEC, de 1996, os quais identificaram as seguintes insuficiências: divisão entre ensino básico e ensino clínico, em grande parte fruto da separação administrativa entre FAMED e Instituto de Biociências, ambos da UFRGS; dificuldade de acompanhamento da Comissão de Graduação nos aspectos logísticos do ensino, fundado principalmente nos serviços do HCPA; superposição do ensino de graduação com a residência médica, nos serviços do HCPA; grande parte dos professores atuava em regime de trabalho de vinte horas; currículo eminentemente hospitalocêntrico; processo de avaliação ainda insuficiente; grande parte dos laboratórios das disciplinas básicas (localizados no Instituto de Biociências e no Instituto de Ciências Básicas da Saúde) em condições insatisfatórias para o ensino médico; internato em doze meses.

Ainda em 1989, o Currículo Pleno do Curso de Medicina foi reformulado pela Resolução nº 08 da COMCAR/MED, de 20 de setembro, iniciando a implantação do novo currículo de código 242.00, no segundo semestre de 1990, estando em extinção o de código 142.00. Em 2002, foi reformada a

grade curricular a fim de propiciar a inclusão do internato de dezoito meses. Foram feitos ajustes necessários nas disciplinas e nos estágios das áreas clínicas para que se criasse o espaço de mais um semestre de internato. Em 2005, atendendo as Diretrizes para o curso de medicina, Resolução CNE 04/01, foi implantado outro currículo para a medicina que seguiu em paralelo ao currículo 242.00, com modificações curriculares semestre a semestre, com previsão de extinção para 2008/2 (Projeto Pedagógico/FAMED).

Vive-se, então, a sexta reforma que, semelhante às anteriores, visa a assimilar as necessidades da sociedade de cada época e atender a formação geral do médico, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes que todo médico deve possuir, no seu tempo, sob pena de originar conflitos graves entre a formação e a prática profissional (MAUDSLEY, 1999).

Nesse contexto de mudanças, há relevantes questões a serem discutidas, por exemplo: como está sendo entendido e planejado, na graduação, o ensino da cardiologia, considerando-se a prevalência e a letalidade elevada das doenças do aparelho circulatório; e como esse ensino pode ser relacionado ao perfil do médico, quando se torna especialmente relevante a sua formação no contexto dos recursos diagnósticos e terapêuticos inerentes à cardiologia na prática médica geral (GREGORATOS et al., 1999; FEUERWERKER, 2002).

Nas avaliações anteriores foi identificado que os docentes da área profissionalizante estavam muito envolvidos com a assistência, poucos tinham regime de quarenta horas ou Dedicção Exclusiva (DE), o internato era de apenas um ano, o modelo de ensino era excessivamente centrado no HCPA, havia pouca atividade ambulatorial, o ensino de urgência era precário, havia pouca atividade na rede básica. Além disso, o laboratório de técnica operatória e cirurgia experimental tinha condições ineficientes e foi apontada a inexistência de sala para docentes (o que reduz a possibilidade de entrosamento e envolvimento profissional interpessoal entre eles) e número insuficiente de salas de aula para pequenos grupos.

No intuito de melhorar o ensino médico na FAMED/UFRGS, o MEC, em 1999, recomendava: organizar o internato em dois anos, equilibrar progressivamente atividades de enfermagem com ambulatorios e rede básica de

saúde, melhorar o serviço de urgência, adotar novas metodologias de ensino centradas no aluno, criar meios para maior envolvimento docente com a graduação, investir em infraestrutura da área básica (melhorando a biblioteca, inclusive), e, na Faculdade, atualizar e aumentar o número de títulos.

Nas avaliações realizadas houve pontos positivos e negativos. Os pontos positivos apontados pelas avaliações internas e externas ressaltavam a vontade política da direção da Faculdade, da COMGRAD e das chefias dos departamentos, em promover mudanças necessárias, e também pela existência de um Núcleo de Avaliação da Unidade (NAU). A FAMED/UFRGS obteve diversos conceitos “A” nas avaliações, tanto na qualificação do corpo docente quanto na qualidade da área hospitalar.

Por um lado, foi destacado que os modelos pedagógicos adotados privilegiavam o ensino predominantemente em salas de aula, centrado no professor, e práticas orientadas em laboratórios biomédicos, com pouca problematização de temas e/ou cenários de expressão real de problemas em saúde, em disciplinas mais estanques e com avaliações de questões fechadas, o que pode ser interpretado como merecedor de mudanças. Mas, por outro, deve ser ressaltado que, no ensino básico, a partir do quinto semestre, existiam embriões de integração de disciplinas do ensino básico com disciplinas do ensino clínico, o que, de fato, era preciso reconhecê-los ao menos como uma tentativa de aproximação. O ensino na área clínica se fazia predominantemente na atuação direta do aluno e do professor junto ao paciente, no contexto hospitalar, em grupos com oito alunos, em média, baseando-se na solução de problemas clínicos, e havendo avaliação interativa e provas cognitivas.

Outro aspecto negativo é que esse ensino ainda era realizado predominantemente no HCPA; o positivo era que o ensino, nas grandes áreas da prática médica, se realizava sob a forma de estágios.

Em 2001, a FAMED foi aquinhoadada com o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) (BRASIL, 2002; VENTURELLI, 2003), projeto do Ministério de Saúde (MS) com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que destacava a produção de conhecimento, segundo as necessidades do SUS, a criação de uma linha de pesquisa em Educação Médica (à qual se vincula o presente estudo), a

constituição de um núcleo de apoio pedagógico às reformas curriculares e um núcleo de discussão das reformas, o que era realizado na FAMED/UFRGS pelo Núcleo de Ensino Médico (NEM).

Em 2003, no relatório do Grupo de Trabalho (GT) de Avaliação do Núcleo de Ensino Médico da FAMED, consta que a avaliação formal do professor era realizada apenas pelo discente (regimental) e era utilizada basicamente para processos administrativos de baixa repercussão e sem retorno para o professor. Essa avaliação formal não provocava mudanças de atitude do professor ou do departamento, dizendo respeito apenas à atividade do professor junto aos alunos da graduação, não avaliando as atividades extra-classe (de atualização, de planejamento). Nesse mesmo ano, o internato foi expandido de doze para dezoito meses.

Quanto aos departamentos, essa Avaliação concluiu que não havia esclarecimento aos docentes dos objetivos das disciplinas e não tinham poder para atuar junto a professores com dificuldades de ensino, além de não existir programas regulares de capacitação pedagógica para os professores (se existissem, eram de caráter voluntário). Já, o aluno não tinha compromisso com a avaliação porque não lhe era esclarecida a importância de seu papel de avaliador, pois, de maneira geral, avaliava seus professores pelo afeto e não como alguém que cumpriu a função de auxiliá-lo a aprender, a partir dos objetivos da disciplina. Assim, o aluno não via retorno de suas manifestações, inclusive tendo certo receio de retaliações.

No entanto, no que tange à “Avaliação do Desempenho Cognitivo dos Estudantes da FAMED/UFRGS”, realizada pelo MEC, em 2004, baseada nas Diretrizes (através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE), dos 222 alunos (102 concluintes identificados pelo código “C” e 120 ingressandos, código “I”), as médias gerais obtidas foram superiores em comparação às médias do Brasil.

Como fruto desse processo, em 2005 o currículo do curso sofreu importantes alterações, incorporando o internato expandido de dezoito para vinte e quatro meses, fazendo com que fossem extintas, redimensionadas e

redenominadas as disciplinas do ciclo básico, com a finalidade de estabelecer integração de conteúdos (integração horizontal: portanto entre disciplinas do mesmo semestre) nas três primeiras etapas, até então inexistente.

Em 2007, o currículo passou a ter definitivamente o internato em dois anos.

1.4 II Fórum de Ensino de Graduação em Medicina Interna – 1997

Em 1997, o Departamento de Medicina Interna (DMI) da FAMED/UFRGS, que abarca as atividades em cardiologia envolvidas neste estudo, realizou seu II Fórum de Ensino de Graduação, no qual fez uma análise crítica baseada em três aspectos da atuação docente: a introdução dos acadêmicos no exame do paciente; o aprimoramento do sistema de avaliação; e a interação qualificada da pós-graduação com a graduação.

Nesse evento, Menna Barreto, professor da FAMED/UFRGS, para quem o Simpósio foi sensibilizador, revelou ser difícil comandar pessoas livres, inteligentes, a elite cultural de seu meio, com visão própria do ensino, com seus projetos pessoais, avessos a lideranças e resistentes a modelos de identificação. Menna Barreto ressaltou o comentário de um eminente professor que não entendia a existência de um hospital para ensinar medicina – o modelo anterior – e outro para praticar medicina, ambas as atividades deveriam ser integradas; e, a FAMED, agora concentrada na realidade do Hospital de Clínicas, questionou: “têm sido conciliadas as duas tarefas?” E sugere que se fizessem “os ajustes necessários para permitir um maior envolvimento do aluno em sua formação”, e “quebrar a uniformidade, rejeitando de forma prudente e atualizada o viés conceitual da especialização precoce” (ROSA; BILOLO, 2000).

Milton Arruda Martins, prof. Titular de Clínica Médica da Fac. Medicina/USP, convidado do evento, salientou o ensino também de habilidade e atitudes, e que a definição do tipo de médico que se deseja formar não é, necessariamente, igual para todas as escolas:

O ensino da Semiologia deve ser baseado em exposição contínua a pacientes, e aprendido a partir da discussão de como encaminhar soluções dos problemas que eles apresentam, amadurecendo assim as habilidades e atitudes, cujos comportamentos serão influenciados pelo professor. A medicina baseada em evidências, mesmo podendo levar a melhores decisões, deve ser tratada como ferramenta que não desvalorize a experiência clínica, tendo suas limitações, sendo que a tentativa de equilíbrio entre a ciência e a arte deve prevalecer (ROSA; BILOLO, 2000, p.69).

No relatório do GT, *Ensino da Semiologia - Princípios e Operacionalização*, foi enfatizado que o ensino dessa disciplina se assemelhava a um castigo, e não requerendo do professor uma formação melhor seria um “desperdício de sabedoria”. A falta de envolvimento com a disciplina, por não trazer qualquer reconhecimento acadêmico se contrapõe à grande importância que lhe é dada pelos alunos. Sentir-se médico com o desafio de separar saúde e doença, identificar os sinais e sintomas das diferentes patologias e as reações despertadas no paciente e em seus familiares não é uma tarefa fácil. Acredita-se que o professor ideal deveria ter a visão do clínico em relação ao paciente que está sendo estudado, mesmo sendo um especialista. E estratégias são sugeridas: discutir com os novos professores os objetivos do curso, da disciplina e de uma avaliação mais uniforme; aumentar a quantidade de professores que fazem a integração dos conteúdos, em pequenos grupos, com aumento do vínculo docente com os estudantes e com os pacientes, e destes entre si; e o reconhecimento dos problemas psicológicos gerados nos alunos.

Costa (FAMED/UFRGS), em seu relato *Avaliação no Curso Clínico*, recomenda e reênfatiza o já expresso pelo PAIUB/UFRGS: “A FAMED deve desenvolver esforços para aprimorar a avaliação na área das habilidades psicomotoras e das atitudes e comportamentos éticos” (ROSA; BILOLO, 2000, p. 75).

Para Manfroi (FAMED/UFRGS) até meados dos anos 1960, “quase toda a literatura que trata da avaliação (...) se refere à avaliação da aprendizagem do aluno. Dificilmente, até essa data, se encontra qualquer outra orientação substancial sobre avaliação de outros elementos do processo ensino-aprendizagem, como a avaliação dos professores”. O autor revela que

quanto à Disciplina Clínica Médica I, no Serviço de Cardiologia do HCPA, o programa já privilegiava os seguintes pontos: qual o médico que se pretende formar, quais os objetivos gerais e específicos da disciplina, quais os níveis de competência a serem atingidos na graduação (ROSA; BIOLO, 2000, p. 77).

Ainda no relatório do GT *Avaliação no Curso Clínico*, Francisconi (FAMED/UFRGS) revela a desarticulação ensino/serviço, no qual chefes de serviço elaboram e submetem os regentes de disciplinas a objetivos educacionais incongruentes, repetitivos ou desconectados dos objetivos gerais das disciplinas do Departamento de Medicina Interna. Faz, ainda, outras sugestões: oferecer aos professores a oportunidade de capacitação pedagógica, pois os conteúdos constantes dos cursos de pós-graduação são insuficientes; reforçar o papel do professor integrador e estimular linhas de pesquisa nas quais possam ser avaliadas diferentes técnicas semiológicas; melhorar a qualidade dos instrumentos de avaliação, notadamente as práticas; instituir a avaliação dos professores pelos alunos (ROSA; BIOLO, 2000, p. 79).

1.5 O Ensino da Cardiologia e o Currículo do Curso

Ao se analisar o currículo do curso é possível perceber que ele abrange uma sequência de disciplinas, estágios e internatos, ordenados por matrículas semestrais, em uma seriação aconselhada. O currículo deverá ser cumprido integralmente pelo acadêmico, a fim de que ele possa qualificar-se para a obtenção do diploma que lhe confere direitos profissionais.

O currículo, sem as atuais alterações (242.00), foi implantado progressivamente a partir do segundo semestre de 1990, atualmente em fase de extinção, sendo, aos poucos, absorvido pelo currículo médico em voga, denominado “Currículo MEDICINA” (COMGRAD/ FAMED/UFRGS, 2007), com implementações progressivas a partir do primeiro semestre de 2005. Ambos são constituídos por um conjunto de disciplinas obrigatórias. Como complemento, ao longo do curso é oferecido outro grupo de disciplinas de caráter opcional-facultativo, que não são exigidas para complementação de créditos.

Observando-se o currículo 242.00 (em transição para o novo), para integralização do curso são exigidos seiscentos e cinquenta e quatro (654) créditos ou nove mil seiscentas e setenta e cinco (9.675) horas-aula. O currículo de medicina atual (com as alterações após 2005) compreende seiscentos e vinte e quatro (624) créditos obrigatórios e cinco (5) créditos em atividades complementares, totalizando nove mil, quatrocentas e trinta e cinco (9.435) horas-aula, mas ainda deverá sofrer modificações em função do progressivo processo de implantação das reformas curriculares. Em 2006, o número de créditos das atividades complementares foi ampliado para seis, com a finalidade de se adequar à normativa da UFRGS. Lembra-se, aqui, que, em 2007, o Conselho da Unidade aprovou a mudança do internato para vinte e quatro meses.

O ensino de cardiologia está sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Interna – DMI, através de três atividades de ensino: (MED01001) Introdução à Clínica Médica – Estágio, na qual se insere a Semiologia, no quarto semestre; (MED01115) Clínica Médica I – Estágio, no quinto semestre; e (MED01175) Internato em Medicina Interna, nos quatro últimos semestres do curso. A seguir, descrevem-se suas peculiaridades.

I – (MED01001) Introdução à Clínica Médica – Estágio

A atividade MED01001 compreende o ensino da Semiologia no 4.º semestre, no qual são apresentados conteúdos teóricos que são desenvolvidos em aulas teóricas ou com ênfase dirigida ao estudo individual do aluno dos textos clássicos de medicina interna, reduzindo demasiadamente as aulas magistrais. Dentre esses conteúdos, incluem-se a elaboração da anamnese e exame físico, a correlação de achados semiológicos com achados fisiopatológicos das principais síndromes clínicas, como as da área da cardiologia (insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência respiratória, hipertensão portal, etc.). Nesse mesmo semestre tem-se um conjunto de outras especialidades fragmentadas, em sua maioria isoladas das demais.

II - (MED01115) Clínica Médica I – Estágio

A atividade MED01115 aborda conteúdos de diferentes especialidades em sistema de rodízio. Entre elas há um espaço para a introdução clínica da especialidade da cardiologia no curso, com ênfase na fisiopatologia, diagnóstico clínico e diagnóstico laboratorial e por imagem (radiologia, ecografia e medicina nuclear), e a elaboração da avaliação clínica: anamnese, exame físico, lista de problemas e diagnóstico diferencial das síndromes e doenças mais prevalentes. Desenvolve-se no 5.º semestre, ao longo de vinte semanas, ocupando todo o turno da manhã durante os cinco dias úteis da semana, sob a forma de estágios e atividades teórico-práticas, com carga horária de vinte e quatro horas/semanais, em um total de trinta e dois créditos. Reúne o ensino de outras cinco áreas, além da cardiologia: pneumologia, reumatologia e gastroenterologia, infectologia, e reumatologia, também em rodízio. No que concerne à área da cardiologia, as atividades têm duração de quatro semanas e realizam-se no respectivo Serviço, no HCPA.

Assim, seu regente é um coordenador e, sendo professor de uma das seis áreas envolvidas, seu conhecimento e vinculação ocorrem mais diretamente com a sua especialidade. Tratando-se de atividades paralelas, todas estão em um mesmo semestre, com participação de muitos professores. Portanto, contando-se as seis áreas citadas há, aproximadamente, cinquenta docentes que participam desse ensino.

Em relação à cardiologia, em torno de dez a doze professores atuam em regime de rodízio, daí ser essa atividade a que centraliza o ensino da cardiologia na graduação.

Por seu turno, o aluno, em estágio na cardiologia, será avaliado de forma independente, obedecendo a critérios próprios de avaliação do Serviço de Cardiologia, considerando-se aspectos comportamentais, cognitivos e de habilidades. Os alunos avaliarão os docentes e a atividade de ensino em separado de suas avaliações e provas. Essa avaliação docente será analisada por pessoa não envolvida na avaliação dos alunos, realizada em formulário próprio do DMI, sendo compulsória, apócrifa, obedecendo ao mesmo padrão da avaliação dos docentes.

Através da intervenção de Manfroí et al. (2002), em 2002 foi efetivada uma proposta de mudança para o ensino de cardiologia na FAMED/UFRGS, especificamente para os alunos do quinto semestre, voltado ao comportamento de professores e estudantes no sentido de terem sempre o paciente como centro da ação médica, apregoando a necessidade de que os programas contemplem o acompanhamento discente de forma sistemática. A proposta defende que é partir do que o aluno já sabe que ele poderá fazer a primeira leitura de qualquer novo conteúdo.

Enquanto atividade de estágio, a proposta objetiva propiciar habilidades e atitudes: habilitar os alunos a desenvolver estratégias diagnósticas e de tratamento na área de medicina interna, enfocando principalmente a resolução de casos mais simples de situações clínicas prevalentes; fazer com que se estabeleça uma relação profissional com pacientes, familiares e outros profissionais da saúde, salientando o respeito às normas éticas e usando as técnicas e terminologias adequadas a cada caso; reconhecer as situações clínicas prevalentes que ocorrem em pacientes adultos, e entender os principais mecanismos patogênicos; elaborar uma lista de problemas e os diagnósticos diferenciais; indicar e interpretar exames laboratoriais; e elaborar um plano terapêutico. E, a partir disso, levar o aluno a compreender os limites do conhecimento humano na área médica e torná-lo capaz de buscar educação médica continuada.

Ao final do estágio, o aluno deverá ter adquirido os conteúdos básicos relativos às doenças mais prevalentes na área da cardiologia. Há a preocupação quanto ao conteúdo programático para desenvolver as bases fisiopatológicas, diagnóstico e terapêutica das patologias mais comuns (doença arterial coronária e insuficiência cardíaca). Como Metodologia, novamente é proposto que os conteúdos teóricos sejam desenvolvidos em aula teórica ou com ênfase dirigida ao estudo individual do aluno dos textos clássicos de medicina interna, reduzindo significativamente as aulas magistrais. Os assuntos teórico-práticos serão desenvolvidos nos *rounds* clínicos com a equipe assistencial, sob a coordenação de um professor chefe de equipe. Caberá ao aluno se inserir na equipe e discutir os assuntos aos quais for exposto, sendo que, especificamente durante o estágio na cardiologia será

oferecido um treinamento em eletrocardiografia. Nas atividades práticas, os alunos devem evidenciar as habilidades intelectuais e práticas. Para atingir as competências estabelecidas é utilizada a seguinte metodologia: ação tutorial do professor; solução de problemas e tomada de decisão; redação de relatório clínico; seminário para pequeno grupo; estudo independente; sessões clínicas e aulas expositivas para grande grupo. A dinâmica do processo de ensino-aprendizagem e treinamento em serviço é desenvolvida pelo aluno e professor integrante da equipe clínica. Compreende o estudo de casos clínicos, com coleta de dados e solução de problemas que emanam das moléstias em estudo, e a seleção de provas diagnósticas complementares e da terapêutica pertinente, incluindo o registro no prontuário médico.

A cada aluno cabe a responsabilidade de realizar a avaliação dos pacientes sob sua responsabilidade, compreendendo a elaboração da anamnese, exame físico e evolução clínica diária. Já, ao professor cabe a elucidação das dúvidas e auxílio para a aquisição do conhecimento necessário à compreensão, de modo a complementar o trabalho elaborado pelo aluno. Essa atividade é acrescida pelo estudo dos conteúdos programáticos, utilizando técnicas de pequeno grupo (seminários), visando a ampliar o conhecimento sobre doenças prevalentes no meio e métodos de educação para a saúde.

O aluno será avaliado de forma independente em cada estágio (representado por uma área de especialidade médica, lotada nos Serviços do HCPA). O método de avaliação de cada Serviço obedece a critérios próprios, considerando aspectos comportamentais, cognitivos e de habilidade. A nota mínima de aprovação em um estágio é 7,0. A média das notas dos estágios terá peso 6, na composição da nota final. Há uma prova final cognitiva, englobando todos os conteúdos da disciplina, com peso 4, na composição da nota final. Reprovações nos estágios práticos não serão recuperadas, significando reprovação nessa atividade de ensino. Reprovações na prova cognitiva serão passíveis de recuperação, através de nova prova a ser realizada na semana seguinte da prova a ser recuperada. A prova poderá ser escrita ou oral. Se for oral será constituída uma banca de pelo menos três professores. Alunos aprovados em recuperação terão necessariamente conceito “C”.

Também há uma avaliação dos docentes e da disciplina, por parte dos alunos, em separado das avaliações e das provas, realizada conforme se segue, por pessoa não envolvida na avaliação. Igualmente, a avaliação será realizada em formulário próprio do DMI, é compulsória e apócrifa. A avaliação da disciplina obedecerá ao mesmo padrão da avaliação dos docentes.

III – (MED01175) Internato em Medicina Interna

O MED01175 é o último ciclo do curso de graduação em Medicina, livre de disciplinas acadêmicas, durante o qual o estudante deve receber treinamento intensivo, contínuo, sob supervisão docente, em instituição de saúde, vinculada ou não à escola médica. Tem como objetivo abordar a terapêutica das síndromes e doenças clínicas prevalentes, com um estágio prático de acompanhamento de pacientes internados e ambulatoriais, sob supervisão.

O internato é desenvolvido basicamente através de estágios em equipes docente-assistenciais de medicina interna e especialidades clínicas – dentre as quais a cardiologia – e nos Serviços especializados do HCPA: CTI, emergência, radiologia, medicina nuclear e genética.

Os alunos devem estagiar em três serviços diferentes, sendo pelo menos um mês cumprido no Serviço de Medicina Interna do HCPA. Nos dois meses restantes estão disponíveis duas vagas para os doutorandos integrarem o atendimento do Serviço de Cardiologia, dentre as trinta vagas dos estágios em serviços especializados, durante um mês. Ao optar, acompanham a realização de métodos não invasivos e os estudos hemodinâmicos.

Como o número de vagas é maior do que o de alunos, nem sempre os serviços contam com a participação de doutorandos. Contudo, mesmo estagiando em serviços especializados os doutorandos devem cumprir a escala de plantões do Serviço de Medicina Interna que é única para todos. Os alunos serão avaliados por pelo menos três professores, sendo um de cada serviço. A avaliação é baseada em qualidades cognitivas, atitudes e personalidade.

1.7 A Instituição Hospitalar e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Nesse ponto, faz-se referência ao cenário praticamente exclusivo do ensino médico: o hospital. Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre as características históricas da instituição hospitalar, sobretudo com base nas construções da obra de Michel Foucault, cujas ferramentas servem de instrumentos para esta análise. E, a seguir, contextualiza-se o HCPA.

Conforme já mencionado, o ensino da medicina é marcadamente hospitalocêntrico. Mesmo havendo outros cenários de ensino médico, a predominância quase absoluta é do ambiente do hospital, que é o espaço de aprendizado hegemônico e privilegiado pela escola médica. Se há uma lógica presidindo a sua organização e responsabilidade assistencial, esta se deve ao compromisso com o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário da atenção. Em uma pesquisa realizada entre dezesseis hospitais universitários, vinculados a universidades federais ou estaduais, o autor constatou que a lógica que os estrutura é a da especialização, com todas as consequências daí decorrentes (CAMPOS, 1997). Ao priorizar trabalhar com uma fase específica do processo saúde-doença, tende-se a assumir casos de difícil diagnóstico e tratamento, o que os obrigaria a operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com importante grau de fragmentação do processo de trabalho entre dezenas de especialidades. Os hospitais universitários estão divididos em tantos serviços quantas são as especialidades médicas, o que complica bastante qualquer integração do ensino clínico. Seus serviços valorizam uma clínica centrada em procedimentos tecnológicos e pouco cultivam uma clínica trabalho-humano concentrada (CAMARGO, 1992; CAMPOS, 1992; SCHRAIBER, 1993). Seguindo uma lógica evolutiva, um aparece como o modelo ideal ao qual o outro pretenderia chegar um dia.

O início do século XIX assinala o momento em que a medicina, criticando seu passado e para justificar sua originalidade, se apresenta como medicina científica. Então, como caracterizar essa transformação fundamental na organização do conhecimento médico e de sua prática? Para Foucault (1979) essa ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente

a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança no nível de seus objetos, conceitos e métodos. O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica em surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Esse autor parte de um projeto de crítica histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que presidem a racionalidade do mundo contemporâneo, descobrindo, assim, em âmbito da medicina, uma trajetória importantíssima para dar conta da constituição das ciências humanas e sociais e da instauração do tipo de poder característico das sociedades capitalistas.

No estudo de Foucault *O Nascimento do Hospital*, o qual compõe a obra *A Microfísica do Poder*, de 1979, há a busca da compreensão da genealogia do poder, na qual constatou que outras instituições utilizavam o mesmo mecanismo para o exercício do controle e do poder. O autor partiu do caso particular das instituições carcerárias, nas quais foi identificado um tipo particular de técnica de controle, a qual denominou *poder disciplinar*.

O hospital nasceu quando a sociedade necessitava dos corpos, mais valorizados pela tecnologia da guerra, pois homens treinados e bem investidos deveriam sobreviver para prosseguir lutando. Com isso surgiu uma modificação importante no hospital que deixou de ser o lugar de morrer para ser o lugar no qual os pacientes receberiam tratamento médico. Organizaram-se os registros dos dados e instalou-se o ensino e a pesquisa pelo saber médico e, com isso, foi reforçado o poder disciplinador da instituição hospitalar. Como tantas outras instituições sociais, o hospital tem um papel a cumprir: produzir, através do poder disciplinar, pessoas sujeitas ao controle. Os médicos, nesse sentido, lideram essas instituições, a maioria das vezes sem consciência do que estão fazendo, sem uma noção clara do quanto podem estar cooperando com o paradigma hospitalocêntrico. No entanto, mesmo que tivessem plena consciência todos estavam presos e submetidos a uma vigilância compartilhada por outras instituições e mecanismos de controle. O autor conclui pela necessidade de reforma dos hospitais universitários, apresentando e discutindo algumas estratégias para essas reformas.

Embora, nos dias de hoje, o hospital não seja o carro-chefe da assistência à saúde (mesmo permanecendo como cenário prioritário), a saúde é assunto

de controle social e de segurança pública. As políticas públicas relacionadas a essa área tentam aplacar os problemas complexos e têm nos médicos a linha de frente a favor do exercício do controle social. O saber, através da alta tecnologia disponível, condiciona e controla, pois ninguém pensa em dispensar os recursos existentes e, para isso, todos tendem a acatar as condições de controle sem problematizá-las, de modo a ter acesso aos recursos.

Azeredo (2005) questiona se ainda hoje os profissionais de saúde aprendem, em sua formação, apenas a divisão do normal e do anormal (ou patológico).

Médici (2001), por seu turno, ao discutir a evolução dos hospitais universitários e seu papel no ensino e pesquisa médicos, baseando-se nas informações e conclusões de um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os hospitais universitários de vinte e dois países, avalia que essas instituições estão crescentemente inadaptadas à realidade do setor de saúde em que se inserem, e também aos desafios impostos pelas mudanças profundas em curso no sistema de saúde da maioria deles.

No entendimento de Foucault (1996) não existe saber que não seja a expressão de uma vontade de poder; e não existe poder que não utilize o saber, sobretudo um saber que se expressa como conhecimento das pessoas submetidas ao poder. É também o poder que está na origem do processo pelo qual nos tornamos sujeitos de determinado tipo. Assim, os sujeitos recebem sua identidade a partir dos aparatos discursivos e institucionais que os definem como tal.

Ao relatar o nascimento do hospital, Foucault (1996) afirma que o século XVIII é visto e questionado no contexto do século do conhecimento (o século XXI), e é nessa época que a formação do indivíduo, sua capacidade, suas aptidões passam a ter um preço para a sociedade, aparecendo, então, novas técnicas de poder (mesmo imperceptíveis), as grandes “invenções” do século XVIII. Assim, a *disciplina* é uma técnica de poder que implica em uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos e também em registro contínuo. É a partir disso que nasce, então, o exército, a escola, o hospital...

Por sua vez, Ponte (2005) avalia que a formação de uma medicina hospitalar deve-se, então, ao disciplinamento do espaço do hospital e também à

mudança do saber e da prática médica. A mudança na formação do médico dá lugar à clínica, entendida como a organização do hospital que, por sua vez, cede lugar à formação e à transmissão de saber. Desse modo, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica, pretendendo que isso possibilite constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população (por ter vários indivíduos no hospital).

E quanto ao hospital, referido por Foucault, como local de mudança do saber e da prática médica, é possível fazer os mesmos questionamentos que se fez em relação a outros cenários de aprendizagem?

Campos (1995) revela que 86% do treinamento prático de alunos de medicina ocorre principalmente em hospitais universitários, sendo 46% em uma das quatro grandes áreas, e 40% em unidades especializadas. Apenas pequena parte da formação (14%) ocorre em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública. Esses hospitais estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados, voltados para a atenção de problemas de maior complexidade, embora pratiquem uma variedade mais ampla de procedimentos. O mesmo autor, em outra publicação, indica que os cursos de medicina devem capacitar os médicos para resolver problemas de saúde, o que implica adquirir competência para realizar o que se denominou *clínica ampliada* (saber e prática que envolveria aspectos biológicos, subjetivos e sociais), concluindo pela inadequação dos atuais modelos de treinamento clínico. Em linhas gerais, o autor recomenda que as escolas médicas se integrem ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de cogestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistência (CAMPOS, 1999).

Assim, além das informações já colecionadas sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), cabe dizer que não foge, de modo geral, a constituição de modelo tal como se referiu criticamente até aqui. O HCPA, ao contrário da maioria dos hospitais universitários do país – estes vinculados às universidades federais e estaduais das quais fazem parte –, pertence ao Ministério da Educação (MEC), estando vinculado apenas academicamente à Universidade (UFRGS). Situação também bastante diversa em relação a algumas faculdades de medicina de universidades particulares: há aquelas que sequer dispõem de hospital próprio e o ensino é praticado em hospitais

de outros grupos que não dessas universidades. Na FAMED/UFRGS, o aluno aprende em um hospital terciário, portanto deve se acostumar com essa realidade e se adaptar a isso, mesmo estando a fim de realizar as mudanças pretendidas pela Faculdade, de acordo com as DCN e DCN para o curso de medicina.

1.8 O Referencial Teórico da CINAEM

O Relatório do Projeto CINAEM, III Fase (1999-2000), apresenta uma reflexão sobre a maneira de encarar o ensino para melhor responder às necessidades da comunidade e tem sua base de sustentação pelo consolidado de dez anos de existência da própria Comissão (CINAEM, 2000). Uma leitura da realidade das escolas médicas brasileiras constantes nesse relatório delineou um processo de investigação dos modelos pedagógicos existentes e explicitou o modelo de escola que se tem e aquele que se deseja.

Na forma em que estão as faculdades de medicina e como os conteúdos são ministrados por essas escolas, leva à compreensão do processo saúde-doença centrado no indivíduo biológico, tendo na semiologia a articulação do conhecimento biológico na abordagem dos distúrbios morfofisiológicos, o que assegura a reprodutividade da prática médica, funcionando como instituinte da clínica moderna fundamentada no método positivista.

Para a escola que se deseja, é preciso que se privilegie a inserção precoce dos alunos em atividades práticas, a introdução de técnicas capazes de instituir uma lógica inovadora nas relações entre conhecimentos básicos e profissionalizantes, e a integração das atividades práticas de ensino e pesquisa.

O que se sabia, até então, é que as escolas médicas brasileiras dispunham de um modelo pedagógico anacrônico, fragmentado e compartimentado, centrado no professor. Entre as diversas variáveis estudadas pelo Projeto CINAEM, o *modelo pedagógico* e a centralização no *docente* são as de maior poder de determinação sobre a adequação do médico que as escolas médicas formam e/ou pretendem formar.

Por essa razão, aponta o relatório do Projeto CINAEM, acima mencionado, um dos focos a serem desenvolvidos em sua terceira fase estava

voltado especialmente aos docentes das escolas médicas, sob a denominação de *docência médica profissionalizada*, configurando até então – e possivelmente até hoje – uma atividade complementar ou secundária ao trabalho médico (a formação para a docência). Com a profissionalização da docência pretende-se obter um professor preparado para essa atividade, dedicado à instituição e aos estudantes, com capacidade para exceder os critérios de qualidade no ensino teórico e prático das medicinas individuais e populacionais e de avaliar adequadamente as necessidades de saúde da população. Acredita-se que, à medida que um maior número de docentes passe a viver o cotidiano da escola médica sob uma mesma (no sentido de compartilhamento) e nova perspectiva, outras necessidades serão reveladas, as quais, por sua vez, exigirão planejamento e gestão diferenciados para esta realidade.

1.9 Sobre o Currículo Médico e o Novo Processo de Formação

O currículo não fornece receitas ou meios que devam ser seguidos, porém sinaliza as necessidades dos novos tempos; o currículo expressa, na prática, a missão institucional em conformidade com o perfil de profissional que a escola pretende formar, de acordo com as DCN (CINAEM, 2000).

Em um estudo sobre as teorias do currículo escolar que se sucederam no século XX, efetuando uma síntese relevante das discussões, Batista e Silva (2001) percebem a grande preocupação com as conexões entre saber, identidade e poder. As teorias do currículo procuram justificar a escolha de determinados conhecimentos e saberes em detrimento de outros considerados menos importantes. Conforme os autores, a teoria é cotejada entre a realidade e é uma representação, uma imagem, um reflexo, um signo de uma realidade que a precede. Da perspectiva do pós-estruturalismo, a *teoria* não se limitaria a descobrir, a descrever, a explicar a realidade, estaria implicada em sua produção.

Silva (1999) explica que, para a teoria tradicional, o currículo deveria conceber uma escola que funcionasse de forma semelhante a qualquer empresa comercial ou industrial, estando sua ênfase voltada para a eficiência,

produtividade, organização e desenvolvimento. O currículo deveria ser essencialmente técnico e a educação vista como um processo de moldagem. Na década de 1960 surgiram as teorias críticas que questionavam o *status quo*, considerado responsável pelas injustiças sociais e que procuravam construir uma análise que permitisse conhecer não como se faz o currículo, mas compreender o que o currículo faz (ou deve fazer). E, ainda, ao analisar as influências da “nova sociologia da educação” sobre os estudos curriculares, o autor salienta que a preocupação dessa corrente estava voltada justamente (vide Foucault) para as questões de relação entre currículo e poder, entre a organização do conhecimento e a distribuição do poder. O currículo é visto como uma construção social.

Dialogando com Silva (1999), Cerezer argumenta que o movimento pós-moderno toma como referência social a transição entre a modernidade iniciada com o Renascimento e Iluminismo e a pós-modernidade iniciada na metade do século XX. Questiona as pretensões totalizantes de saber do pensamento moderno:

Nesse contexto, o pensamento moderno prioriza as grandes narrativas, vistas como vontade de domínio e controle dos modernos. Nesta perspectiva, a pós-modernidade questiona as noções de razão e racionalidade. Duvida do progresso, nem sempre visto como algo desejável e benigno. Critica o sujeito racional, livre, autônomo, centrado e soberano da modernidade. Para o pós-modernismo, o sujeito não é o centro da ação social. Ele não pensa, fala e produz: ele é pensado, falado e produzido. Fundamentado em Foucault, o pós-estruturalismo coloca sua ênfase na indeterminação e na incerteza sobre o conhecimento. Destaca o processo pelo qual algo é considerado verdade, ou seja, como algo se tornou verdade. (...) não podemos mais ver o currículo como algo inocente, desinteressado (Cerezer, 2006, p. 5-6).

Silva ainda enfatiza: considerando-se que a discussão sobre currículo escolar vai além de uma seleção de conhecimento, envolvendo muitas outras questões (até mesmo a de poder), o currículo passa a ser um documento de identidade.

Nos currículos da área médica há a supremacia hegemônica dos conteúdos biológicos como campo de conhecimento utilizado para explicar, compreender e estruturar a intervenção sobre o processo saúde-doença, o que, em parte, justifica a dimensão biológica do homem como objeto da medicina moderna. Há nítido predomínio da teoria sobre a prática, com supervalorização da memória como elemento principal.

A Semiologia pode ser definida como instrumento de trabalho que articula a utilização do conhecimento biológico na significação morfofisiológica do sofrimento e assegura a reprodução da prática médica, funcionando como o instituinte da clínica. A capacitação dos alunos para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos é feita através de disciplinas que correspondem às especialidades médicas, ou seja, o modo de organização do trabalho médico no mercado.

Pelas referências acessadas conclui-se que a força que as especialidades têm impede a aglutinação e a articulação de conteúdos da clínica médica e essa força reflete-se nas limitações enfrentadas pelas experiências que pretenderam e pretendem inovar o ensino, em geral pela falta de uma alteração efetiva quanto ao perfil do médico que se está formando. Essa necessidade de mudanças tanto no trabalho médico quanto em sua pedagogia de ensino surge através de demandas individuais ou coletivas, o que vincula a necessidade de adaptação também dos objetos de trabalho médico.

De fato, segundo Merhy (1995), o objeto dos serviços de saúde é justamente a necessidade das pessoas. Essa definição é, de certa maneira, corroborada por Georges Canguilhem (1982) na obra intitulada *O Normal e o Patológico*. Nessa obra, o autor define esses conceitos como sendo uma norma significada socialmente, não pretendendo dizer que não exista a doença orgânica, com ou sem as manifestações clínicas, mas que ela existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém, possibilitando-lhe aferir a redução da sua normatividade. Assume, portanto, faces diferentes conforme aquele que a experimenta (doença).

A organização da prática médica hoje está centrada em *tecnologias duras*, definidas por Merhy (1997) como um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado e normalizável, representadas, por exemplo,

pelas máquinas; e em *tecnologias leve-duras*, representadas pela semiologia clínica. Esse instrumental de trabalho na interação médico-paciente-sujeito permite a criatividade, apesar de restringir as manifestações dos pacientes à significação biológica, definindo um modo de fazer para os médicos.

Faz-se, aqui, ampla referência à obra *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*, de Emerson Elias Mehry (1997), por se julgar de extrema importância suas considerações e construções a respeito do tema. O autor declara que o processo de trabalho médico organizado por procedimentos em conformidade com os anseios mercadológicos provocam necessidades e estabelecem padrões de abordagem dos problemas de saúde e de consumo de serviços, tecnologias e insumos, substituindo a cura e o alívio do sofrimento que são resultados esperados do ato médico, através de resultados intermediários. Esse modo de fazer da medicina é assumido e reproduzido na forma como se estrutura a graduação em medicina.

Embora se tenha dito que a incorporação de novas técnicas pedagógicas é essencial para a mudança de perfil do curso e dos profissionais por ele formados, de forma isolada não é capaz de contemplar o desafio de transformar o ensino médico. Entretanto, informa Merhy, que se essa incorporação estiver associada a uma redefinição do objeto do trabalho médico e à construção de um novo método de significação do sofrimento, que articule os vários campos de conhecimentos na abordagem das dimensões biopsicossocial do homem, deverá tornar-se um recurso fundamental para a transformação.

A proposta do novo processo de formação tem como elemento central de sua estrutura, não as especialidades médicas ou os níveis hierárquicos de organização do sistema de saúde, mas o ser humano e suas necessidades. A relevância neste processo deixa de ser o conhecimento memorizado e passa a ser o método de incorporação e utilização do conhecimento em uma dada realidade com a finalidade de atender as necessidades de determinada pessoa ou coletividade, em especial quanto às doenças prevalentes. O maior contato continuado entre orientador e aluno, e de ambos com os pacientes, recupera a dimensão afetiva do aprendizado, ou seja, aprender em um ambiente de solidariedade e com finalidade determinada.

A descrição dessa visão de excelência do que seria, em linhas gerais, o novo direcionamento do curso de medicina decorre do diagnóstico realizado ainda na II Fase do Projeto CINAEM. Essa descrição antecipa as enormes dificuldades para encaminhar as transformações necessárias. O ato de criar o novo esbarra em dificuldades de docentes e discentes, em limitações da infraestrutura e no modelo de gestão hegemônico nas escolas médicas.

Antecedendo a proposta de transformação da escola médica em sua totalidade, constata-se, com muita clareza, a necessidade de uma fase de experimentação, na qual os elementos inovadores possam ser testados; que docentes e discentes, de maneira voluntária, possam se construir como massa crítica para a elaboração do novo e, finalmente, que a escola médica se prepare nos aspectos de infraestrutura e gestão para acolher um novo e adequado processo de formação.

1.10 O discurso docente sobre o Ensino da Cardiologia

Os discursos que permeiam o ensino na FAMED/UFRGS, na área da cardiologia, compreendem os desdobramentos frutos da edição, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e, no mesmo ano, das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina. Assim, quer-se saber: Qual é o discurso dominante no ensino da cardiologia, que implica na base que fomenta um padrão discursivo legitimado na FAMED/UFRGS? E, a partir de uma seleção de ideias expostas por Michel Foucault, pergunta-se: Quais seriam as características do sujeito da educação tradicional, hospitalocêntrica, e do sujeito da educação por si?

Diferentes discursos podem coexistir em uma instituição de ensino, embora com mais ou menos poder, ocupando uma posição central ou marginal, mas, interessa, na presente análise, conhecer o sujeito falante, o emissor do discurso, incluindo o mundo subjacente; e também os saberes e seus reconhecimentos, e o próprio curso em si, dando-lhes a possibilidade de expressar seu *modus vivendi* no ensino.

Até que ponto é significativo ou não aos docentes o estudo da rede de discursos que permeia a educação médica (com os sucessivos movimentos

sociais que promoveram a criação das DCN para o curso de medicina (BRASIL, 2001) e pelos vários encontros promovidos por entidades representativas do ensino médico) ainda é uma incógnita nos diversos níveis das instituições. Nelas, cada uma dessas referências é utilizada de acordo com o seu perfil e com a atenção que julga merecer.

No caso da FAMED/UFRGS constata-se, ainda, a inexistência de um estudo sobre essa rede de discursos – que envolve a compreensão da atuação docente no aprendizado da cardiologia, orientado pelos ideais do que seja ser médico e pelos modelos de identificação ao realizar a prática médica no hospital geral universitário – desde a constituição da última reforma de ensino em 1989 e ao longo de sua implantação até a presente data.

A Normatização do Ensino de Cardiologia no Curso de Graduação em Medicina, editada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2003), contém orientações e propostas que, mesmo não sendo devidamente discutidas e/ou desconstruídas pelas escolas médicas, fazem com que se constituam, em si, um discurso que tende a funcionar como verdade, passando a assumir tal caráter e a deter poderes específicos.

Dialogando com Philippe Daudi (1986) crê-se que o ato de desconstruir e desmistificar discursos poderia ser apenas um modo de reprodução de novos discursos, ou seja, estar-se-ia a construir discursos sobre discursos. Então, a busca pelo discurso pode demonstrar que o que é lido não é a realidade, mas um relato, um excerto da realidade propositadamente construído de determinado modo, por determinado sujeito, a evidenciar a vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição.

Sob um modelo progressista, tem-se a história da medicina tradicional como ciência médica, resultado da clínica moderna e produto dos progressos sucessivos da ciência. Refletir sobre o que Foucault (1994) aponta em *O Nascimento da Clínica* significa pensar outra imagem da medicina, sob seu estatuto epistemológico e não no sentido de uma imagem histórica. Trata-se de mostrar que é o olhar clínico, com a conjunção de vários elementos laterais, que vai reunir observação, prática e aprendizagem médicas dada a urgência em responder a uma situação específica.

No *Colóquio Internacional Michel Foucault e a Medicina* (COLÓQUIO INTERNACIONAL, 1999), realizado em abril de 1999, em Caen (França), foram tratados diversos aspectos das relações entre as obras de Foucault e a Medicina. Em suas diversas obras, esse autor enfatizou que o saber está sempre articulado ao poder disciplinador, salientando de que as instituições hospitalares abrangem pacientes, estudantes de medicina e os demais profissionais da área hospitalar e de saúde. O saber médico é resultado de diferentes maneiras de referenciar alguns aspectos desse conjunto de saberes e de práticas, a partir das noções de estratégias, de mecanismos e de relações de forças e suas implicações enquanto formações de saber, exercícios de poder e diferentes formas de produção de subjetividade no presente.

Tendo-se por base, então, os ditos e escritos de Foucault, o poder de normalização não obriga nem proíbe, não define os termos da ordem ou desordem, mas incita à produção de atos, gestos, discursos, de acordo com um padrão de normalidade. É justamente para compreender essa ideia de um modelo de normalidade que a divisão entre o normal e o anormal (pela qual se estruturou o pensamento médico) é uma referência fundamental, do mesmo modo que a noção de valores (bem e mal, verdadeiro e falso...), na história da medicina, foram e são consagrados historicamente binômios (o sadio e o doente, por exemplo). E o foram em função de interesses relativos ao poder dentro da sociedade – das instâncias nas quais o poder se encontra, produz e reproduz saberes e que se refletem na formação e no ensino médico.

Nesse sentido, os processos de medicalização dos comportamentos, das condutas e dos desejos, na suposição da neutralidade (mito há muito posto por terra) de um discurso mantido como científico por excelência, estão no cruzamento entre a normalização e a gestão da vida. E, dessa forma, a ideia de normalização se desloca dos limites precisos dos corpos e dos espaços individuais para o campo amplificado das populações e de seus processos vitais. É quando essa referência fundamental adquire tecnologia de poder centrada na vida: o biopoder e, nessa passagem, a referência ao pensamento médico.

Para Foucault, a sociedade contemporânea é disciplinar, com práticas de vigilância e controle que se estendem a todos os âmbitos da vida dos

indivíduos, e uma de suas formas mais eficientes para normatizá-la ocorre mediante discursos e práticas científicas, aparentemente neutras e racionais.

A constituição da racionalidade anatomoclínica, que possibilitou a construção do saber médico nas sociedades modernas, tem por objeto a doença e o indivíduo como corpo doente. Esse saber informa e conforma o discurso dos sujeitos da pesquisa na sua referência de adequação aos discursos da medicina enquanto disciplina *científica*. Para Foucault (1985), essa racionalidade que possibilita um conhecimento científico sobre o indivíduo doente, constitui-se em uma *objetivação limitadora* que produz a rarefação do discurso médico, que não diz tudo de verdadeiro sequer sobre a doença.

Ainda em diálogo com Foucault, as sociedades modernas apresentam essa nova organização do poder desenvolvido a partir do século XVII, que não se concentra apenas no setor político e nas formas de repressão, pois está disseminado nos vários âmbitos da vida social. O poder se fragmentou em micropoderes e se tornou muito mais eficaz, pois os micropoderes são exercidos por ampla rede de pessoas que interiorizam e cumprem as normas estabelecidas pela disciplina social, no sentido de que o poder está em toda parte, não porque englobe tudo, mas porque provém de todos os lugares. Para múltiplos espaços seria necessária a ação de múltiplos pontos de resistência, o que inviabilizaria a ação dos indivíduos ou grupos sociais. Isso, conforme o autor, e que se pretende demonstrar nesta obra, ocorre no meio médico desde o ensino na graduação, e a FAMED/UFRGS não é exceção. Portanto, é um desafio ao corpo docente (com o apoio de alunos, funcionários e instituição em seu todo) para que tenha isso presente, tensionando a qualidade de sua atuação no ensino.

Maia (2004), ao comentar os desafios atuais do ensino de cardiologia na graduação médica, salienta a necessidade de aproximação real do cotidiano profissional pela capacidade de solucionar situações-problema e inclua um programa de avaliação adequado que se estenda do aluno ao corpo docente e ao próprio curso.

O autor elenca, ainda, especificamente, três grandes desafios: o primeiro quanto à atualização e renovação constante e vertiginosa dos conhecimentos na área, defendendo a busca ativa de informações e a aprendizagem

autônoma e continuada ao longo da vida profissional; o segundo refere-se à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação, com processos de desenvolvimento da docência e que é preciso “promover e desenvolver excelência no ensino”, e “desenvolver e implementar métodos e recursos inovadores de ensino” (GREGORATOS et al., 1999); e, por fim, o terceiro grande desafio citado por Maia diz respeito à inserção da especialidade na formação geral do médico, em que as DCN específicas para o curso médico serviriam de instrumento orientador e fomentador de discussões.

Merhy (1997) amplia este rol de desafios ao indicar que as organizações “escolas médicas” operam em um terreno composto por tensões de dupla origem: de um lado, há as tensões definidas nos processos institucionais vinculados às ações de ensino e aprendizagem no território da educação, mas dentro do compromisso de formação de profissionais médicos; de outro, as definidas nos processos propriamente da saúde, nos quais a formação desse profissional ocorre.

Mas, antes de julgar a conveniência de um modelo organizacional, pergunta-se: como ocorre essa definição por determinada tipologia de ensino de graduação de medicina e não outra? Considerando-se que há um direcionamento estatal que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, volta-se a questionar: como isso é entendido, tratando-se da escola médica em voga e sua historicidade, por seus docentes nesse espaço reservado do conhecimento?

No entendimento de Ribeiro (1998) há uma tendência acadêmica de proceder como se a especialização fosse toda a medicina e como se o atendimento especializado fosse toda a assistência, cujo resultado seria uma crise de eficácia da clínica somada, paradoxalmente, a outra denominada “crise de custos crescentes”, ou seja, para mesmos resultados se gasta cada vez mais dinheiro, consultas, exames... assim sendo, se há um modelo em crise, essa crise se estende à formação de superespecialistas, e isso tem relação direta com a sociedade disciplinar que lhe dá origem.

Antes de se questionar se a formação médica estaria adequada ou se urge reformá-la, em relação à clínica e à saúde pública, seria oportuno questionar se uma reforma do ensino dependeria da reforma dos saberes e

práticas que as orientam. E, além disso, conhecer o modelo vigente e o modo com que esse modelo se mantém a custa de estratégias cuja visibilidade se buscou nas falas dos docentes entrevistados.

Assim, toma-se por referência o discurso pós-estruturalista baseado nas pesquisas foucaultianas como espaços de visibilidade: como produtor de realidades e não de representações, i.e., não analisadas apenas nas falas dos entrevistados, mas elas como parte de uma rede de discursos que produz significados, em um momento histórico que conforma um lugar de saber e um limite no saber, e a constituir um segmento do que seja a educação em cardiologia, como área de conhecimento; conhecimento incluído no Curso de Medicina da FAMED/UFRGS, regida por normas departamentais, coordenadas por uma Comissão de Graduação, subordinada ao Conselho da Unidade.

Da mesma forma, foram identificados nas falas – dos gestores, coordenadores de reformas curriculares, chefias de departamentos, regentes de disciplinas e em escritos e falas publicadas em eventos da área da educação e da cardiologia, entre outros – espaços de discursos relacionados entre si e que proporcionam uma visão da diversidade existente que poderá ser estudada, evidenciada e compreendida a partir desses discursos.

Para encerrar este capítulo pode-se dizer que se pretendeu esboçar de forma sistemática algumas premissas a respeito do fazer médico, mas acima de tudo da docência médica, em termos de revisão bibliográfica. Embora a atividade docente apareça como preponderante em relação às necessidades de mudanças e/ou adequações explicitadas pelas DCN e Diretrizes para o curso de medicina, buscou-se demonstrar que o currículo é parte fundamental desse processo, caracterizando-se muito além de uma simples grade curricular e de disciplinas. O currículo carrega em si a identidade do curso e reflete-se no perfil do profissional médico que a escola de medicina pretende formar.

2 REFLEXÕES SOBRE A DOCÊNCIA MÉDICA: constituição, vocação, perfil e controle docente

2.1 O Professor de Medicina

Diferentes delimitações de saber produzem novos conhecimentos e novos conhecedores, autorizados a agir como atores nos respectivos campos criados. É interessante, portanto, observar os movimentos da medicina e a formação de pares, em relação à competência e à delimitação do que poderia ou não ser denominado *processos médicos*. Foucault (1994), ao situar o nascimento da clínica (em obra homônima), oferece elementos para que se compreendam os meandros históricos do ensino médico. Do reconhecimento da necessidade de um ensino que fosse controlado em sua qualidade – evitando a multiplicação dos erros e dos encaminhamentos perigosos à saúde dos cidadãos –, ao fechamento gradual do exercício da medicina apenas aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, o ensino médico sempre teve uma “didática própria” (BATISTA et al., 1998), a qual é constituída de discursos produzidos em diferentes lugares de saber, traduzidos, aqui, pelos discursos da vocação, do *status*, da técnica e principalmente em seu suporte singular entendido como a prática e seu espaço privilegiado de visibilidade – o hospital. “Ler muito, ver muito e fazer muito, se exercitar na própria prática, junto ao leito dos doentes: eis o que ensinará, em vez de vãs fisiologias, a verdadeira ‘arte de curar’...” (FOUCAULT, 1994, p. 79).

Ao se tentar entender como se constitui um professor de medicina e de qual forma as práticas curriculares e sociais constituem docentes e discentes, observa-se que essa constituição e formas são múltiplas e nem tão variadas. Isto porque atendem ao modelo de universidade que constitui aqueles indivíduos – aluno, residente, profissional contratado pelo hospital –, i.e., pelo cenário que lhe dá sustentação. Enfim, muitas vezes sem formação docente (e menos ainda para a atuação específica na docência médica), em uma lógica em que as falas dos professores não desmentem e

até reforçam a supremacia do acaso e os controles externos enfatizam que a atuação do professor-médico geralmente tende a mimetizar modelos por eles conhecidos dentro de uma estrutura vigente. Assim, é ilustrativo o seguinte depoimento: “Nós temos uma universidade pública forte... uma seleção extremamente baseada na produção bibliográfica; nenhuma capacitação docente, quer dizer, eu sou médico e viro professor” (E. 1).

Nesse dizer docente percebe-se a relação presente e constante entre universidade e agências de fomento, marcando uma supremacia da pesquisa como fonte de *status* e de financiamento. Em Foucault pode-se perceber a relação direta que existe entre poder e saber (sem esquecer que *saber*, nas Faculdades de Medicina, tende a estar intimamente ligado a *fazer pesquisa*). Marcadamente, a imbricação entre um e outro demonstra dispositivos e estratégias que, de maneira constante, perpassam os entendimentos de universidade como local instituído de produção do saber e das agências como forma de legitimação dos mesmos. Deleuze (1985), dialogando com os conceitos de *capital simbólico* e de *capital econômico* de Pierre Bourdieu, afirma que, ainda que não única, a relação possível entre esses conceitos e a pesquisa é extremamente relevante para o modelo de ensino-aprendizagem e para os currículos dos cursos de medicina. No entanto, Deleuze aponta outros lugares de poder:

(...) Ao mesmo tempo locais, instáveis e difusas, as relações de poder não emanam de um foco central ou de um foco único de soberania, mas vão a cada instante de “um ponto a outro” no interior de um campo de forças, marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências; (...) Constituem uma estratégia, enquanto exercício do não estratificado, e “as estratégias anônimas” são quase mudas e cegas, pois escapam as formas estáveis do visível e do enunciável, sem, no entanto, deixarem de marcar sua presença (DELEUZE, 1985, p. 81).

Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que levaram o docente à universidade e que ali se resignificam. Algumas delas são tecidas pelo acaso, isentando o professor da

responsabilidade do saber docente, isto é, promovendo-lhe uma supremacia da prática sobre as teorias da docência e seus objetos.

As falas a seguir exemplificam o que se argumenta:

Então hoje eu vejo com muito mais abrangência assim... nós somos o produto dessas organizações, do jeito que é tratada a Educação, do jeito que é a falta de condições, a falta de estímulo, a falta de tempo... Então eu acho que primeiro, o processo de formação do professor não existe; o processo de seleção é totalmente direcionado, é pra professor de pós-graduação e tu cobra do cara a graduação. (E. 1)

Antes de ser professor da graduação eu já era professor da nossa pós-graduação, porque eu tinha alunos da pós-graduação. Então, a entrada na Universidade tem uma conotação já, pra mim em particular, uma atuação forte na pós-graduação e com a entrada oficial na graduação... (E. 3)

(...) Me surgiu a oportunidade de fazer a residência médica no Hospital de Clínicas, que é um hospital de ensino (...) Quando eu fui monitor também, de realizar e agregar projetos de pesquisa, que é um forte na nossa Escola (...) foi natural... (E. 3)

(...) Relutei muito em fazer o concurso. No fim acabei fazendo, dei sorte de passar. Então não foi uma coisa programada assim: "na minha vida eu serei professor...", não... Aconteceu, aconteceu... (E. 12)

Não tem como eu dizer, "Ah, eu queria ser docente de medicina...", não era isso. Foi se tornando importante ensinar pra poder realmente construir todo um ambiente propício até pra tocar as coisas de pesquisa. E aí depois é claro que a docência foi crescendo... e a sensação de responsabilidade, ela veio nesse momento... Agora não, agora eu tenho uma quantidade de alunos e a sensação é a de que é minha responsabilidade. (E. 5)

A ideia de docência, que nasce e se constitui na prática em detrimento de um paralelismo com a teoria educacional, é explicitada a todo

o momento nas falas dos professores entrevistados. No entanto, também fica clara a falta de uma problematização do quanto a teoria produzida nas pesquisas educacionais pode fazer diferença em sala de aula. O docente de medicina encara com muita tranquilidade sua ação e formação, mas sem uma referência teórica específica para a educação médica. Possivelmente por esse fato ser uma constante não há espaço para a discussão teórica sobre a docência em um universo que parece existir “sem docentes”, nas palavras de Kincheloe (1997, p. 24): “existe uma força subterrânea em tais ambientes [instituições de ensino médico] – uma tendência invisível a se render ao dado, a ver os arranjos institucionais existentes como realidades objetivas”.

Dessa maneira, se perpetua uma forma de entendimento de que a docência médica se faz como correlato imediato da orientação em pesquisa e da vivência prática no ambiente hospitalar. Ou seja, o docente em medicina costuma tornar-se professor prescindindo de uma capacitação específica para tanto, recorrendo quase que exclusivamente aos modelos que teve em sua formação médica e em sua experiência em pesquisa, certo de que é suficiente saber atuar como médico e como professor-médico diante de seus alunos, os quais, futuramente, tenderão, igualmente, a reproduzir modelos institucionalizados.

Segundo Batista et al., (1998, p. 34), de fato, o professor de medicina é “um profundo conhecedor do assunto que deve ensinar” e complementa: “... como se apenas esse aspecto assegurasse sua competência didática”. Várias referências citam que não havendo um conhecimento pedagógico, os critérios de ingresso na passagem de médicos a professores e pesquisadores são definidos pelo seu desempenho na área técnica (CINAEM, 1997; LAMPERT; 2002, FEUERWERKER, 2002).

De maneira concomitante, constata-se a valorização cada vez maior das atividades de pesquisa, o que tem levado os professores dos cursos de medicina a se afastarem das atividades de ensino. Para Lampert (2002), ambos (pesquisa e ensino) “não são atividades incompatíveis, mas competem no tempo disponível do docente/pesquisador”, em especial ao se considerar que muitos dividem boa parte do seu tempo, ainda, com atividades relacionadas à pós-graduação.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (Brasil, 1996), no artigo 66, refere que “a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado”. O que se percebe, no entanto, é que mesmo nos programas de pós-graduação não há atividades especificamente dedicadas ao fazer docente. Mesmo que atualmente a pós-graduação inclua estágio docente, ainda assim cabe questionar se esse exíguo espaço de tempo (em geral compreendido em uma disciplina) é o suficiente para a efetiva preparação ao exercício adequado da docência.

É possível destacar alguns efeitos da formação incipiente nas falas, como a ideia de que aprendizagem é um processo de pesquisa orientado e de autoaprendizagem. Em geral, os docentes aqui entrevistados viveram essa forma de aprendizagem do ser professor, i.e., centrada na prática e experimentação em sala de aula, aprendizagem que raras vezes é apoiada nos estudos sobre docência, em geral desenvolvida por eles de forma autodidata. Então, parte-se do pressuposto que se assim os docentes aprenderam, então é dessa mesma forma que ensinarão seus alunos; ou, é assim que para eles o conhecimento tende a ser reproduzido. Novamente a docência é interpretada de forma objetiva e prática, uma realidade *dada*, como disse, de forma pertinente, Kincheloe. Por outro lado, os alunos acabam por viver uma prática médica vinculada ao hospital, que é apenas uma das formas do trabalho médico, e não vivenciam propriamente o trabalho médico em outros cenários possíveis de prática.

Dialogando com Foucault, pode-se entender que a academia não é um lugar onde se possa ignorar as teorias. No entanto, no espaço da medicina, falar sobre teoria educacional é um pensamento que vem de um exterior. Possivelmente, como destaca Lyotard (2002), o docente está mais interessado em formar iguais em competência. Assim, portanto, a docência enquanto espaço próprio de saber se dissocia da prática médica, não tendo um lugar de destaque.

Alguns aspectos da formação docente podem ser observados, quando se tem a formação centrada na prática, como um contínuo aprender do professor, dado que a prática é uma interação com seres socio-históricos

potencialmente motivadores. Os professores, ao abrirem espaço às vozes discentes em sala de aula, por vezes conseguem ressignificar sua própria prática *na prática*, como se pode perceber no relato a seguir.

Então assim: tu pega uma pessoa que tá no segundo ano da faculdade e que daqui a pouco tá sendo exposta a um mundo... representante da América Latina, num evento no Cazaquistão... Então tu começa a ver alunos que tão começando coisas completamente diferentes, o que é muito interessante pra nós, porque daqui a pouco tu tá fazendo coisas que tu não pensaria, assim... Quando é que eu vou começar a pensar o que um aluno meu tem que falar numa conferência da ONU no Cazaquistão? Não para pra pensar. Então esse tipo de coisa acaba te jogando dentro de uma série de coisas diferentes e os alunos são expostos a isso. (E. 4)

Embora se possa advogar que a voz do aluno só aparece em função de uma autoridade anterior – como ser “aprendente” que é –, cabe destacar que essa experimentação vai constituir um modo de pensar novo, até mesmo para o professor envolvido no processo.

O relatório da CINAEM – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, de 1997, revelou dados importantes sobre o docente de Medicina:

Para a grande maioria dos entrevistados, a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica. (...) Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento. (CINAEM, 1997, p. 50).

No entanto, não se pode associar exclusivamente ao profissional de medicina esse “descaso” sobre as produções educacionais, como evidencia Silveira (2009):

Apenas nos últimos quinze anos, pode-se dizer que a docência, encarada como uma atividade ocupacional entre outras, mergulhada num cotidiano e marcada por contingências e circunstâncias sociais e culturais, passou a ser escrutinada, assim como as representações que dela se fazem em distintos artefatos culturais e tipos de textos: textos legais, histórias da literatura infanto-juvenil, filmes, revistas pedagógicas, peças publicitárias, cartuns etc. (Silveira, apud: www.ufrgs.br/neccso/downloads_pesquisadores.htm, s/d, s/p).

Uma das formas de narrar o fazer docente é associá-lo a um fazer vocacionado. Da mesma forma que a educação, a medicina tem seu componente vocacional fortemente evidenciado na fala de um docente médico:

Eu acho que uma coisa é o que a gente idealiza, outra coisa é o que ocorre na prática. Eu acho que a idealização do médico bom assistencialista, bom pesquisador, bom professor, isso eu acho que é o ideal de todo o profissional. (...) Então talvez notando essa diferença, entre a parte acadêmica, de ensinar, ou assistencial, acho que a parte acadêmica sempre foi uma parte que me atraiu, mas inserido no contexto de pesquisa e no contexto assistencial. (E. 13)

2.2 Vocação

“...mais do que fazer o que gosta, o que pouca gente consegue, o importante é gostar do que faz.”

Adib Jatene

Cartas a um jovem médico, 2007

A questão da vocação profissional provoca diversas manifestações, estando latente no imaginário social de ambas as profissões (médico e professor). E essa construção cultural acaba tornando-se um artefato de constituição do docente, tendendo a explicitar sua relação com esse discurso (vocacional) de diferentes formas: tanto ocupando o lugar de seu sujeito (ao aceitar o papel da medicina e da docência) quanto a ele resistindo. Esse argumento é corroborado pelos dados contidos nas falas de diferentes professores:

(...) A vocação é talento... Mas a vocação... a vocação é o talento, a vocação... é uma descoberta basicamente pessoal... Mas não impede que o professor, por exemplo, perceba num aluno lá... Nós sofremos as influências das pessoas em maior ou menor grau... (E. 14)

(...) Partindo do conceito latino de *vocare* que é “chamar”, “chamamento”, eu não acredito assim... Eu acho que a vocação tem aspectos, digamos assim, genéticos e aspectos que são adquiridos... (E. 6)

(...) Acho que há um componente dependente de vocação, mas não é tudo, evidente. Eu acho que há a necessidade de treinamento, como tudo... Porque se pode ter vocação, mas precisa de muita dedicação... dedicação e inspiração... [ri] ...acho que a pessoa se autodescobre... Sob influências ambientais, como se diz, tudo tem o fator genético mais o ambiental, eu acho que ta... agora isso é uma questão muito particular, eu acho que cada um tem a sua trajetória. (E. 16)

Como argumenta reiteradamente Foucault, até a menor eclosão de verdade é condicionada politicamente. E não se pode esperar o efeito do valor de verdade de uma simples prática médica e nem de um discurso teórico, por mais rigoroso que possa ser, sem contar com o contexto político-institucional no qual esses saberes de uma prática teorizada se realizam. A vontade de saber – aliada aos interesses de uma microfísica de uma instituição médica de ensino - encontra apoio no narcisismo dos médicos, expresso coletivamente no seu desejo de certeza e de onipotência, levando a prática a ser como é: normalizada, apesar do discurso parecer sempre ser ambivalente em relação à tensão doente-doença.

Em um ensaio recente, Almeida elenca uma série do que denomina “crítica/autocrítica” da gestão da escola médica. A primeira delas trata justamente da autossuficiência docente, e de maneira bastante pertinente o autor argumenta:

A respeito da autossuficiência dos médicos (...) é encontrada mais frequentemente nas relações médico-paciente, nas quais este

último ainda é visto (e tratado) mais como um objeto de intervenção médica do que como um sujeito autônomo e um potente recurso terapêutico de seus próprios processos de adoecimento e cura. Essa autossuficiência é também bastante verificada nas relações entre o médico e os outros profissionais de saúde, encarados muitas vezes como simples profissionais “paramédicos”, destituídos de saberes próprios e incapazes de contribuir para um trabalho em equipe. (...) Afinal, para que servem os conhecimentos sobre educação médica, sociologia, metodologia de ensino, avaliação da aprendizagem se “o médico aprende com médico e à beira do leito dos enfermos?” Da mesma forma, para que serviria buscar conhecimentos e técnicas de administração escolar, de gerência universitária, de avaliação institucional, de planejamento estratégico, de gestão da mudança e outras se o curso médico tem especificidades (como se todos os demais também não as tivessem!) e ‘ninguém entende mais dele do que os médicos?’ (ALMEIDA, 2008, p. 4).

Assim, o médico, tornado professor, tem em si o centro de seu fazer docente, apontando conteúdos prontos para seus alunos. A solução de compromisso, ou o “sintoma”, está presente nos próprios médicos quando é possível apreender em seu discurso um ideal romântico, apesar da desvalorização do ato na clínica como um ato simbólico e, em sua prática, o exercício de uma prática normalizada sem romantismo. Dessa forma, têm-se uma prática normalizada e destituída de romantismo ao passo que, em nível de discurso, ele aparece com força preponderante.

A instituição que ora se analisa possui marcas discursivas que definem não apenas a entrada do docente-médico, mas, também, sua função de continuidade preponderantemente na área da pesquisa de excelência. Pode-se falar sobre uma marca, uma grife, um estatuto de saber/poder sob a rubrica “Cardiologia/FAMED”, manifesta nas falas dos entrevistados pela ênfase em narrar o seu pertencimento à (grife) “UFRGS”.

Eu fiz toda a minha formação praticamente nessa... nesse Hospital [HCPA], nessa Universidade [UFRGS]. Eu entrei na UFRGS... eu me

vinculei cedo na faculdade... [com] um referencial de professor, [algo] a seguir de exemplo, ter alguns nortes... (E. 5)

(...) Então, nós estamos num patamar muito superior. (...) Agora, nós temos essa limitação, quer dizer, a limitação é que nós estamos mostrando pra eles, nós estamos oportunizando uma experiência naquilo que nós temos de melhor, que é o nosso hospital universitário, nós somos privilegiados. (E. 10)

Da mesma forma que o professor da UFRGS busca uma identidade docente marcada pela instituição, o aluno da Universidade também tem uma identidade própria. Caso se se detenha apenas no professor, o binômio que o constitui em relação ao seu aluno teria uma lacuna que não poderia existir, espaço este que pode ser desdobrado em vários momentos. A representação que se costuma ter de um aluno de medicina da UFRGS apresenta algumas características identificadas nas falas dos docentes entrevistados, a maioria delas definindo-os como de alta excelência:

É... eu acho que os alunos da Universidade... sem dúvida nenhuma os alunos da UFRGS são os alunos mais bem preparados, são os que mais estudaram, são diferenciados do ponto de vista do conhecimento. Ele [o aluno], em geral, já é um profissional que já tem que fazer um vestibular mais difícil, já tem que se acostumar com essa questão de concorrência. Em geral são pessoas realmente mais diferenciadas do ponto de vista intelectual. (E. 13)

(...) Eu acho que a gente lida com um substrato pessoal de altíssimo nível, então a gente já sai muito bem... jovens altamente qualificados, pela própria seleção pra a entrada na Universidade. E... e... em média os alunos são muito bons e são... com o estímulo correto eles respondem muito bem. E eu acho que o treinamento deles é muito bom, no contexto cardiológico. (P. 11)

...cento e quarenta alunos que se formam na UFRGS são os melhores alunos, são os melhores médicos, são os que tão mais bem colocados no mercado de trabalho. (E. 2)

O potencial dos alunos evidenciado nas falas docentes também permite ao professor certa liberdade de trabalho, pois esse aluno “capacitado” pode aprender seja qual for a dinâmica docente. Por outro lado, há, em algumas delas, o reconhecimento de que ocorre certa soberba discente:

...eu penso assim: que existe uma certa soberba. Por exemplo, é... o nosso aluno... É uma soberba que diz assim: ‘eu não preciso de avaliação, eu não preciso me avaliar, minha avaliação quem faz é a vida...’. Num grupo sobre avaliação do NEM, isso foi uma das coisas discutidas lá. Aí quando tu faz avaliação, tu tem que fazer assim a avaliação: “eu me avalio enquanto faculdade, eu avalio meu aluno, meu aluno me avalia...” Eu não consegui sair do “eu me avalio enquanto faculdade”. (E. 2)

[O aluno] não aceita ser avaliado, “não, tu não ta vendo, tu não vê que o MEC sempre diz que nós somos maravilhosos?” [reproduz uma fala vigente], porque as pessoas só enxergam os elogios do MEC, só enxergam assim, que o corpo docente é muito bem titulado, que tem muito... milhares, centenas de publicações e que tem um pós-graduação não sei o quê. (E. 2)

Mantida a ideia de existência de uma grife, observa-se que ela também contém a influência do professor em relação aos estudantes e se faz sentir desde o início do curso. E essa referência modula a definição quanto à opção do alunado por uma eventual especialização precoce, também relacionada às situações que lhe são propiciadas:

É, eu acho que a gente sente é uma sensação que tem uma especialização precoce. E evidentemente que aí, isso eu senti quando eu era aluno de medicina, que a gente sempre tem mais empatia, mais afinidade, maior gosto por uma determinada coisa, mas é em razão do professor... Um bom professor, acho que te influencia num sentido. E o mau professor a mesma coisa, ou o professor não interessado, que dá na mesma. (E. 14)

Nós estimulamos que eles participem... Eu valorizo muito a posição do aluno dentro da equipe. O aluno traz muitas vezes informações que o residente não tem. E é interessante observar o conflito de poder do aluno com o residente, porque quando a gente dá oportunidade, o aluno muitas vezes mostra as coisas que o residente não fez. Quando o modelo é focado diretamente no residente, o aluno fica lá olhando e não acontece nada. Mas quando se dá espaço pro aluno atuar... (E. 10)

A valorização das vozes e dos saberes discentes pelos docentes tem um espaço limitado de ação, pois há um saber de referência que pertence a poucos sabedores e, nesse sentido, se percebe, nas entrevistas, a marcação desse espaço. Assim, quando envolve o poder do qual o docente se acha possuidor e que o gratifica enquanto professor, esse reconhecimento pode, entretanto, não se sustentar, pois o aluno, em termos do conhecimento médico, não importando sua origem ou vivência, é considerado *tábula rasa*. Pode-se perceber na fala de E 10 que o docente valoriza a participação do aluno em função de seu olhar crítico sobre o residente. No entanto, quando se trata da aprendizagem do professor com os alunos, o mesmo docente se posiciona como se os alunos nada tivessem a acrescentar ao seu trabalho:

...tenho que reconhecer que de medicina eu não aprendo nada com os alunos de graduação, o gradiente é tão grande que eu não consigo aprender nada. Já com o residente é diferente, porque ele me ensina e me faz aprender, isso que é importante, então ele me dá outro tipo de gratificação. E o pós-graduando me faz produzir conhecimento. Então são três níveis de gratificação. Os três são bons. Cada um deles me dá algum grau de satisfação, (...) eles são diferentes. Por exemplo, se a pessoa não vibra com isso que nós fazemos, ela não deveria estar na faculdade de medicina. (E. 10)

É relevante mencionar a conhecida “síndrome do aluno da UFRGS”, pois além de criar esse ponto de vista no corpo docente, dá, ainda, uma dimensão contraposta ao modelo até aqui exposto:

...mas muitas vezes o grupo é fraquinho e o meu discurso clássico pro grupo fraquinho é o seguinte: “olha, vocês têm a síndrome do aluno da UFRGS.” Qual é a síndrome do aluno da UFRGS? Obteve um sucesso fantástico numa das coisas mais difíceis que existe na nossa sociedade, que é entrar na Faculdade de Medicina da UFRGS. Seis anos depois eles têm um outro crivo, que é vestibular, desculpe, que é a Residência... E aí, eu considero... a minha maior decepção é quando eu faço a seleção dos meus residentes aqui... Então é o cara que usando o critério – que é grosseiro, mas é razoavelmente eficaz, que é o vestibular – ele estava na última opção. Ele fez a pior faculdade e ele chega e mediante a Residência ele tem consequência cognitiva superior ao meu aluno da UFRGS. Por que que ele é superior cognitivamente? Porque ele trabalhou, enquanto que o cara da UFRGS se aposentou no vestibular. (E. 10)

Ao mesmo tempo há uma aparente contradição, há o cotejo temporal:

Eles têm que amadurecer, mas eles têm que ser cobrados, tem que chamar a atenção deles. Como é que eles se relacionam com o paciente, como é que eles falam com o paciente, como que eles se expressam... Ah, eu acho que uma das nossas tarefas é desenvolver o espírito crítico neles,... um modelo mais ou menos bem definido... e a medicina é altamente conservadora... Eu acho [repete] que a gente tem o dever de fazer com que esse pessoal tenha um nível crítico elevado, questionar, eu acho que faz parte. Agora a cultura médica é muito conservadora... Só que na cárdio são pouquíssimos dias, são módulos de quatro semanas e às vezes tem feriado e tal. Na verdade são vinte dias úteis... (E. 9)

2.3 Existe um Perfil Docente na FAMED/UFRGS?

A possibilidade de se constituir um perfil do professor de medicina da FAMED/UFRGS parece estar associada ao tipo de currículo preconizado pelas Diretrizes propostas para o curso e a um processo de escolha,

segundo um modelo de seleção de seus docentes, e consequentes vieses de origem e seus desdobramentos. Observe-se a seguinte fala:

[...] a raiz da docência é a entrada do docente... se dá pelo perfil do docente que a faculdade quer, um professor que tenha doutorado e que seja dedicação exclusiva. Ela [medicina] ainda não sabe qual é o perfil que ela quer, esse é que é o grande problema... Então, o que o novo professor faz? Ele se espelha no velho professor.(E. 2)

E, se, para alguns, a caracterização de um padrão para ser professor não é tarefa fácil e sua inexistência se torna um problema funcional, para outros há diferentes classificações tipológicas docentes, embora não se tenha claro um perfil hegemônico:

[...] tenho um conceito geral que a gente tem três grandes grupos de professores: Tem um grupo de professor, que tá inserido dentro do Hospital, vinculado muito às ações do Hospital, que é o professor que tem, na verdade, um trabalho mais de médico do que de professor. As coisas não são dissociadas, têm uma preferência maior... Depois tem um grande grupo de professores que têm realmente um grupo de pesquisas, são uns oitenta professores mais ou menos, que inclusive vivem disso e tem uma inserção com o aluno, mas é um aluno geralmente mais de final de curso. E temos um outro grupo de professores que tá mais vinculado com a área acadêmica, que está mais vinculado, então, com as áreas iniciais do curso. (E. 3)

Nós temos uma universidade pública forte, uma seleção extremamente baseada na produção bibliográfica, nenhuma capacitação docente, quer dizer, “eu sou médico, viro professor”, não tem ninguém que te... Mestrado virou “balela” que pra formar professor. Acho que tudo é um monte de... tem um monte de deturpação. Então nós somos, talvez, os docentes mais exigidos do mundo, tu tem que ser... tu tem que ter a tua profissão, exercer ela de alguma forma, não vive com o teu salário da Universidade, tu tem que ser excelente professor da graduação, todo mundo

tá te avaliando, tem que ser um excelente pesquisador, fazer atividade de extensão, [tudo isso] pra existir. (E. 1)

...os últimos três concursos, as figuras que entraram, os primeiros lugares são superespecialistas, são pessoas que fizeram treinamento, que fizeram pesquisa, às vezes molecular, clínica, que têm uma produção forte e... Então é difícil mudar essa visão quando a própria diretriz da Universidade é de querer captar... só abre concurso pra doutor, não se abre mais concurso pra assistente. Isso eu acho que foi uma estratégia correta pra qualificar o corpo docente, mas que também pode ser repensado, talvez deva ser repensada no momento que acaba entrando um perfil de pessoa que talvez não consiga fazer pesquisa, assistência e ensino. (E. 11)

O discurso docente sobre o perfil do professor da medicina da UFRGS é de que não há um perfil. No entanto, esse perfil aparece claramente nas falas quando os docentes identificam três tipos de professor e, ainda, a necessidade de mudança em busca de um perfil menos diversificado e mais voltado para o ensino de graduação.

Então eu acho que como tudo na vida, o ensino na medicina também vai mudando, o formato vai mudando. Eu acho que a gente tem que participar ativamente nessas necessidades [comentário a respeito do senso crítico do professor de medicina naquilo que faz]. (E. 5)

2.4 Controle Docente

As ferramentas foucaultianas de interpretação do poder são úteis para que se possa compreender o disciplinamento e o controle do trabalho docente. Nesse sentido, pode-se dizer que a academia constitui um libelo potente.

Os professores evidenciaram, em suas falas, seu distanciamento dos lugares de poder e, ao mesmo tempo, os qualificaram como positivos para o disciplinamento de suas práticas. Percebe-se que também resistem a esses lugares de poder (tomar posse de um cargo administrativo dentro

da instituição de ensino, por exemplo), embora pareçam qualificá-los como “um lugar que não lhes pertence”, ignorando, assim, conforme Foucault, que o poder apenas se exerce sobre homens livres e age como uma diferença de potencial, i.e., não há poder sem resistência.

Retomando o diálogo com a produção de Almeida, das nove críticas/autocríticas referidas pelo autor, a segunda trata da dicotomia acadêmica e administrativa na gestão das escolas de medicina. A esse respeito, o autor afirma:

A separação entre as questões acadêmicas e administrativas leva, muitas vezes, a comportamentos maniqueístas e ao estabelecimento de estruturas estanques. (...) Isso é evidenciado quando, por exemplo, as atribuições dos colegiados de curso são, estatutariamente, circunscritas “às questões acadêmicas”, ficando os departamentos voltados “às questões administrativas”. Diferentemente de um colegiado de curso *sensu strictu*, focado exclusivamente nos problemas acadêmicos, uma escola médica tende a abordar de maneira integrada as questões acadêmico-administrativas. Isso implica criar mecanismos e canais de interação entre as esferas, estabelecendo procedimentos em que as chefias das estruturas universitárias outrora “todo-poderosas”, voltem a se identificar com o curso e a se corresponsabilizar por sua gestão (ALMEIDA, 2008, p. 5).

É ilustrativa a fala a seguir:

O professor que não está envolvido com isso [a regência, o disciplinamento e o controle], às vezes não se dá conta de tudo que tem por trás, porque a gente tem que cuidar do ponto de vista organizacional, também, é outra maneira de enxergar o lado administrativo das coisas. Esse disciplinamento... eu acho que têm algumas pessoas que têm que fazer isso, faz parte da nossa... em termos de... de... organização... Ah, eu acho que é um mal necessário, acho que tem que ter. (E. 9)

À medida que os mecanismos de controle acontecem constata-se que eles ocorrem através de processos que não utilizam a força de coerção, como evidenciado por Foucault. Pode-se inferir que o docente requer a punição e o controle como forma de reestruturação curricular ou disciplinar exterior à universidade, considerando-se que se sente impotente para fazê-lo do interior dela.

Tá, mas tu não pode convencer o professor... Ai é teu erro... Tu não pode, tu não pode... É a mesma coisa, é a mesma coisa que chegasse e dissesse “não Fulano, tu vai ter que dar *round* no CTI...” O Fulano vai fazer *round* no CTI, vai, vai fazer mal. Não pode. Que que tu tem que fazer? Tu tens que criar uma carreira pra esse profissional... Eu te diria que um percentual muito alto dos nossos professores não deveria estar na Faculdade de Medicina. (E. 10)

(...) Professores que não têm um bom desempenho em determinadas atividades, eles têm dois níveis de sanções. Primeira sanção: ele deixa de fazer aquilo que ele gostaria de fazer, não é tão... um primeiro nível de sanção, e portanto, ele tem uma perda nisso. E o segundo nível de sanção ao professor é simplesmente dizer que se ele não tiver um desempenho satisfatório naquela área – área de ensino – ele será desligado do serviço. (E. 10)

Esse controle da atividade docente também se faz diretamente:

...avaliação dos professores aqui, como é que foram os professores, [dando um retorno] com retorno aos professores, como chefe do serviço, “olha aqui, os caras tão achando que tu tá não sei o quê...”, tá aqui ó, os professores recebem... Dói um pouco a crítica mas modificam, pelo menos provisoriamente a sua atitude. Então há uma retroalimentação, há avaliação, eles tomam conhecimento disso. E os alunos, segundo indicadores, avaliam o estágio na cardiologia da Clínica Médica I como o melhor estágio da Clínica Médica I, II e III. (E. 8)

2.5 Desafiando com uma breve reflexão

Muito, ainda, pode ser dito sobre os docentes de medicina, mas enfatizam-se, aqui, alguns dos aspectos que parecem constituir um quadro suficientemente múltiplo para entender algumas formas de produção do saber médico em uma instituição específica.

A medicina e sua didática, conforme já se mencionou, possui uma dinâmica própria, característica do tensionamento entre um saber socialmente válido e reconhecido por tradição, e outro, também tradicional, mas de menor *status* social. Essa tensão faz com que se produza *a priori* uma noção no professor-médico, na qual o saber medicina é considerado suficiente para legitimar a docência. Vê-se, entretanto, que essa relação não parece ser tranquila para os professores entrevistados, pois tanto docentes quanto gestores, em seus discursos, evidenciaram as dificuldades em trabalhar sem um referencial teórico definido e estudado para a docência em medicina. E, ainda, pouco é percebido no que se refere ao compartilhamento de ensino-aprendizagem que, segundo os próprios docentes, se produz na prática em sala de aula, o que mantém o ensino como simples reprodução de uma tradição, apenas com pálidos retoques de técnicas e materialidades pedagógicas atualizadas.

Algumas falas explicitaram que tanto a forma quanto o perfil requerido para o ingressante a docente na FAMED/UFRGS se aproximam mais do pesquisador especialista do que do professor. Nesse sentido, é possível falar de um perfil docente que continua tendo na anatomoclínica sua perspectiva médica e na tradição sua pedagogia: ensina-se partindo de uma vivência como aluno e de uma prática como professor; não há uma teorização e crítica reflexiva sobre o ato de ensinar (sobretudo especificamente em medicina). Há, sim, uma sistemática crítica aos controles e gestões que paradoxalmente os professores entrevistados evidenciam como “um mal necessário”.

A personalização do trabalho docente pode ser percebida tanto no falar sobre a docência quanto no destaque dela e da medicina como profissões vocacionadas. Entre os entrevistados, raros foram os casos de professores para quem ambas são escolhas racionalizadas e técnicas. No

entanto, quer estejam ou não conscientes das teorias educacionais, esse trabalho é racional pelo fato de ser intencional (MIZUKAMI, 1997).

Nesse sentido, como destaca Costa (2005), há uma limitação na discussão e na reflexão sobre essa mesma prática que a restringe ou não permite a reflexão e o esclarecimento sobre as práticas executadas e sobre a possibilidade de enriquecimento teórico com leituras e ampliação da visão de mundo do docente. Isso acaba implicando em transferência de responsabilidade em sua atuação que pode, então, ser focalizada: no aluno (o perfil imaginado pelos docentes sobre o aluno da “grife UFRGS”), nos colegas professores (quando os entrevistados expressam sua indignação com as formas de ingresso docente), no sistema (os atropelos gerados por reformas e pela avalanche de novos conhecimentos nos campos específicos da medicina) e se manifesta na resistência às críticas, reformas e mudanças curriculares.

Mas essa resistência não pode ser considerada apenas negativa, pois também é ela que, ao se opor aos poderes instituídos, sinaliza para a intensificação do trabalho docente e os controles, quase sempre externos ao contexto socio-históricocultural da prática universitária.

A visibilidade conferida ao docente de medicina permite observá-lo como um sujeito perpassado por múltiplas práticas discursivas, tensionado em controles que vão desde a tradição docente, passando por diversas nuances discursivas, midiáticas e de senso comum, incluindo imposições de instâncias não educacionais como as agências de fomento (portanto, também de pesquisa). Também inclui os efeitos de políticas públicas sobre a saúde, as quais, no entanto, não assumem efetivamente a docência como potência mobilizadora do sistema educacional, mas somente como instrumento de sua manutenção, o que dilui as possíveis formas de produção do *novo* na formação médica inicial.

3 RACIONALIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA E OS MOVIMENTOS NA CARDIOLOGIA

A questão de fundo desta obra está voltada a identificar o discurso dominante que constrói um padrão discursivo legitimado no ensino da cardiologia. A fim de compreender a atuação docente no aprendizado nessa área – orientado pelos ideais do que seja ser médico e pelos modelos de identificação ao realizar a prática médica no hospital universitário – tem-se, como ponto de partida, as ferramentas construídas nas pesquisas de Michel Foucault, especificamente ao tratar da relação saber-poder, presentes com amplitude em sua obra.

No *Colóquio Internacional Michel Foucault e a Medicina* (COLÓQUIO, 1999), realizado em abril de 1999, na França, foi enfatizado o aspecto de que *saber e poder* estão sempre articulados entre si. Foucault afirma que o poder de normalização não obriga nem proíbe, não define os termos da ordem ou desordem, mas incita à produção de atos, gestos e discursos, de acordo com um padrão de normalidade. Para o autor é preciso deixar de sempre descrever os efeitos do poder em termos negativos: o poder é potente no sentido de produtivo, mas essa produção não implica a dicotomia bem/mal, ela se manifesta nos domínios de objetos e nos rituais de verdade.

A partir dessa questão mais ampla, e do referencial teórico com base em Foucault, surgem outros questionamentos: Quais seriam as características do sujeito da educação médica tradicional (docente), que tem no hospital sua maior referência? E, por outro lado, quais as peculiaridades desse sujeito em relação à *educação por si*, de que trata o autor, no sentido de que tanto alunos quanto professores não sejam meros reprodutores, corpos dóceis, mas sujeitos com autonomia para decidir e atuar por si, apesar da normalização (disciplinamentos) a que estão expostos. Ressalta-se que, nesta obra, trata-se apenas do sujeito-professor; as referências aos alunos se restringem às citadas pelos docentes em suas falas, por não terem sido objetivo desta análise, o que não está descartado para pesquisas futuras.

Diferentes discursos carregados de mais ou menos poder podem coexistir em uma instituição de ensino, ocupando posição central ou marginal. Assim, interessa, aqui, conhecer o sujeito falante, o ator do discurso. Entende-se que desconstruir ou reatualizar discursos é uma forma de reprodução de novos discursos. No entanto, como destaca Foucault, uma linha de fuga poderia ser o *acontecimento* (acontecimento que representa um significativo número de discursos no mesmo sentido enquanto possibilidade de constituição de nós mesmos, como sujeitos autônomos): seria possível fazer uma análise dos discursos que escapasse a fatalidade do comentário, sem supor resto algum ou excesso no que foi dito, mas apenas o fato de seu aparecimento histórico? Seria preciso, então, tratar os fatos de discurso não como núcleos autônomos de significação múltipla, mas como acontecimentos e segmentos funcionais, formando, pouco a pouco, um sistema (FOUCAULT, 2006).

Nesse sentido, apontam-se, aqui, algumas discussões sobre as novas DCN específicas para o curso de medicina e sua vinculação com o que se denominará “crise de uma visão prometeica da ciência” e, em particular, da ciência médica. Isto porque as Diretrizes são consideradas acontecimentos de um discurso tematizado em documentos legais – são escritos oriundos de *atos discursivos sérios* que se transformam em *reformas e mudanças* (POPKEWITZ, 1997). Busca-se, portanto, evidenciar os questionamentos explicitados e tratar da educação e formação médica sob a perspectiva genealógica (referente à genealogia do poder referida em Foucault).

3.1 Processos de uma Racionalidade Médica: entraves para um novo modo de formação?

Para se entender a ideia de um modelo de normalidade, a divisão entre o *normal* e o *anormal* (pela qual se estruturou o pensamento médico) torna-se uma referência fundamental, conforme já se mencionou no capítulo anterior. Assim como a noção de valores (o bem e o mal, o verdadeiro e o falso, o certo e o errado,...), na formação médica, esses termos foram são consagrados historicamente binômios (o sadio e o doente, por exemplo),

em função de interesses relativos ao poder dentro da sociedade, ou seja, das instâncias nas quais o poder encontra-se, produz e reproduz saberes.

Seguindo o diálogo com Foucault, os processos de medicalização dos comportamentos, das condutas e dos desejos, na suposição da neutralidade de um discurso mantido como científico por excelência, estão no cruzamento entre a normalização e a gestão da vida. Daí que a ideia de normalização se desloca dos limites precisos dos corpos e dos espaços individuais para o campo amplificado das populações e de seus processos vitais. É quando essa referência fundamental adquire uma tecnologia de poder centrado na vida: o biopoder.

Nesta obra, as entrevistas realizadas com os docentes da cardiologia permitiram que se evidenciassem interpretações sobre seus entendimentos a respeito da questão da *verdade*:

Eu acho que as pessoas têm a sua formação e essa formação tá acima do que elas vão fazer na profissão. Então assim: em cima disso tu vai fazer o teu modo de funcionar na profissão... O primeiro comentário que eu queria te dizer é... eu acho que não existe a *verdade*. Eu sei que a gente tá falando um pouco de filosofia, mas é o modo como eu funciono e é assim que eu falo com os meus filhos e meus alunos... (...) A *verdade*, ou o que a gente chama de *verdade*, digamos assim, é uma interpretação de algum fato. Se nós dois olharmos o mesmo fato, eu vou descrever de um jeito, tu vai descrever de outro. Nós dois estamos sendo honestos, justos, corretos, ninguém tá mentindo. Mas a minha verdade não é necessariamente a tua verdade. Então começa que eu tenho que ter essa noção muito clara que o que eu chamo de verdade não é necessariamente "a" verdade, é a minha interpretação da verdade. Por que estou dizendo isso? Porque eu vejo que num processo de educação, eu não tenho como obrigar todo mundo a ver a minha verdade. Então assim: essa é uma premissa básica com a qual eu funciono no dia a dia. Número dois: o que converso com os alunos sobre esse tipo de coisa? Então, o que eu digo pra eles é mais ou menos o seguinte: nós, como professores, não vamos moldar os alunos a nossa imagem e semelhança, porque não tem

cabimento isso. Por quê? Porque eu posso ser uma pessoa muito brincalhona, eu posso ser muito espontâneo, eu posso ser muito brabo, eu posso ser... existem perfis diferentes. 'O que nós como professores temos que fazer por vocês? Nós temos que botar os limites; eu não posso deixar tu chegar lá e começar a contar piada pro paciente sem chegar no objetivo... deixar tu passar pro outro lado e ser agressivo com o paciente'. Então, a nossa grande função é perceber o modo do aluno, dar liberdade pra ele, não considerar que a nossa verdade é necessariamente a verdade absoluta e moldar ele dentro desses limites. Explico pra eles que o que eles estão aprendendo na Faculdade é da Faculdade. Na hora que eles saírem da Faculdade eles vão ter uma série de liberdades pra usar o que a gente ensinar do modo como eles quiserem. (E. 4)

Observa-se que para esse entrevistado, por mais que seja comum que os alunos tenham alguns de seus professores como modelo, cada aluno tem um perfil e a função do professor é valorizar a autonomia, especialmente no aprendizado. No entanto, pelo que a prática médica demonstra, – e também o demonstram os resultados desta pesquisa –, e embora essa concepção do professor possa ser uma tendência recentemente incorporada por alguns professores e escolas médicas, ainda assim está longe de ser algo abrangente.

A medicina e seu ensino, desde o início do século XX pautam-se pelo modelo flexneriano, de viés positivista (SCHWARTZMAN, 1993). Para Facchini et al. (1999), essa época foi o cenário histórico do desenvolvimento da medicina científica. Surgiram novas drogas, novos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que foram incorporados ao cotidiano da prática médica. O impacto da revolução científico-tecnológica gerou grandes mudanças no modo de exercer a profissão, o qual, diante do desenvolvimento de uma racionalidade científica – igualmente positivista – recortava os objetos, tornando-os bem delimitados e aprofundava seus conhecimentos sobre eles: a ciência capturava a racionalidade médica e a transferia para os equipamentos e tecnologia.

Segundo Sibilía, ainda no século XX surgiu uma crise na ciência prometeica, advinda dos abalos nas ideias da racionalidade positivista. A

ciência que estava associada ao progresso esbarrava na possibilidade de sua inexistência (no sentido da não linearidade das coisas, em Foucault). A autora diz que, por volta da década de 1930, o filósofo alemão Spengler chegou a enunciar que a crença no progresso fora desmitificada enquanto o “grande lema do século passado”. A tecnociência prometia outra epistemologia, a fáustica, na qual a vida deixava sua organicidade e passava a ser tratada como processo de informações, não se pretendendo “apenas ampliar as capacidades do corpo humano; apontando para ainda mais longe, enxergando no instrumental técnico-científico a possibilidade de criar vida” (SIBILIA, 2002, p. 49-50). E a autora diz, ainda:

É em oposição à tradição prometeica, que pensa a tecnologia como a possibilidade de estender e potencializar gradativamente as capacidades do corpo (sem aspirar ao infinito, guardando certo respeito pelo o que é humanamente possível e pelo que ainda pertence ao território divino), a corrente fáustica enxerga na tecnociência a possibilidade de transcender a condição humana. (...) Adequadamente definido como “fáustico”, tal projeto é extremamente ambicioso: valendo-se dos sortilégios digitais, ele contempla a abolição das distâncias geográficas, das doenças, do envelhecimento e da própria morte (SIBILIA, 2002, p. 13).

O traço mecanicista (o corpo como máquina), dualista (a separação entre a razão e a emoção) e quantitativista da racionalidade moderna, se manifestou no âmbito da saúde pela redução do ser humano a objeto (e este composto por partes estanques) e, a seguir, com a substituição da doença por seus mecanismos fisiopatológicos.

As marcas e mudanças na medicina e no entendimento de saúde e doença também foram evidenciadas nos estudos de Michel Foucault, especialmente em *O Nascimento da Clínica*. Para esse autor, na medicina clássica a doença era objeto de análise, considerada a essência abstrata, com caráter anímico, isto é, com ânimo, praticamente com vida própria. Foi no início do século XIX que se definiu o objeto da medicina, passando-se a encarar o indivíduo (paciente) como corpo doente (FOUCAULT, 2006).

Na atualidade, ao analisar as potencialidades tecnológicas, Sibilia evidencia um novo paradigma na medicina. A construção de uma racionalidade médica evidentemente em constante transformação histórica e socialmente efetivada por uma demanda social (também em Foucault e segundo alguns pesquisadores que têm na obra desse autor ferramentas teóricas), o nascimento da medicina social (ou de saúde pública), passou a encarar a doença em sua dupla natureza: problema clínico e problema sociopolítico. Desde então, o médico tornou-se uma autoridade administrativa, fundada na competência de um saber normatizado (formação) e regulamentado (profissão) (FACCHINI et al., 1999).

É justamente essa formação/regulamentação que se tem por objeto, aqui, evidenciada por documentos (análise documental diversificada) e pelas entrevistas e narrativas de práticas docentes. Entendeu-se que atualmente existe a possibilidade de se encontrar sob diferentes formas a doença como objeto (medicina clássica), o doente como objeto (medicina moderna), o biopoder (medicina social) e o corpo como matriz informacional (medicina fáustica), como se pretende mostrar nesta análise.

3.2 Discussões no Campo – A Formação Médica

A constituição da racionalidade anatomoclínica que possibilitou a construção do saber médico nas sociedades modernas tinha (e tem) por objeto e foco a doença e o indivíduo como corpo doente. Esse saber informa e conforma os sujeitos aos discursos da medicina, como disciplina científica e a racionalidade que o acompanha, possibilitando um conhecimento científico sobre o indivíduo doente. Constitui o que Foucault toma por *objetivação limitadora*, que produz a rarefação do discurso médico, que não diz tudo de verdadeiro, nem mesmo sobre a doença (FOUCAULT, 1985).

Dentre os autores em medicina que discutem a relação educação-saúde-doença, Pereira trata da formação médica segundo a *pedagogia de resistência*, debatendo o estado atual das práticas educativas relativas à saúde e a visão fragmentária que estas têm do ser humano,

reduzindo-o a um corpo técnico, passivo, objeto de intervenções invasivas e por medicamentos. Ao excluírem de seu horizonte de referência a dimensão totalizante do ser humano, tais práticas deixam de abordar as injunções sociais, culturais, políticas e psicológicas, presentes no desenvolvimento dos estados de saúde/doença. Além disto, desconhecem a subjetividade dos atores envolvidos na produção da doença e da própria cura, bem como desconhecem a si próprias enquanto artífices da modelagem de um tipo próprio da subjetividade individualista moderna (PEREIRA et al., 2005, p. 69).

Na concepção de Pereira, essa formação se limita, predominantemente, às funções de simples reprodução de conteúdos de natureza anatomofisiológicos e das práticas médicas dominantes, não dando lugar a elementos capazes de interferir na análise dos atores e de repercutir em suas intervenções, na melhoria dos serviços e nas condições de vida da população.

Fonseca (1995), partindo da crítica de Foucault à noção de sujeito, analisa a questão da constituição da subjetividade moderna, destacando os mecanismos da normalização disciplinar e do biopoder, enquanto instrumentos da objetivação e da subjetivação do indivíduo. Essa análise remete a um problema: a necessidade do homem moderno de construir uma ética que possa ser o fundamento de sua própria constituição, uma ética em que o espaço da relação consigo e o exercício da liberdade se opõem à normalização que o caracteriza no presente.

Conforme Silveira (2005), além de uma problemática constante em um pensamento exterior, apontado pelas ferramentas de Foucault, há as dificuldades que emanam da própria área organizacional da medicina. Sua complexidade implica enorme diversidade de abordagens ao se utilizar conceitos e teorias deslocadas de outras ciências e, especialmente, a problemática das finalidades da educação médica. Apesar dessas particularidades e da importância cada vez mais explícita da problematização das práticas e suas finalidades na formação do médico, pouco se tem debatido nas arenas discursivas da medicina.

Uma das raras discussões que evidenciam as questões educacionais na medicina – e particularmente na cardiologia, ainda que com uma

perspectiva avaliativa –, é descrita por Maia (2004). O autor, comentando os desafios atuais do ensino de cardiologia na graduação médica, salienta que existe a necessidade de uma aproximação real ao cotidiano profissional, através da capacidade de solucionar situações-problema, sugerindo a inclusão de um programa de avaliação que, além do aluno, estenda-se ao corpo docente e ao próprio curso (e, provavelmente, à instituição de ensino). Dessa forma, a avaliação permitiria obter subsídios para o aprimoramento de todo o projeto pedagógico, chegando (e, principalmente, em relação às DCN) à reconstrução de aspectos do próprio perfil dos futuros médicos.

Esse mesmo autor elenca três grandes desafios do ensino médico em cardiologia: o primeiro quanto à atualização e renovação constante e vertiginosa dos conhecimentos na área, em que defende a busca ativa de informações e a aprendizagem autônoma (desde a graduação) e continuada ao longo da vida profissional; o segundo se refere à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação, com processos de desenvolvimento da docência; e, por fim, o terceiro desafio diz respeito à inserção da especialidade na formação geral do médico, na qual as DCN seriam um instrumento orientador e fomentador de discussões. Também indica que ocorre a revolução em áreas há alguns anos pouco conhecidas (p. ex. a biologia molecular), citando Koifman (2001), para quem essa evolução científica é acompanhada de uma crítica contundente ao paradigma da modernidade, expresso na fragmentação do conhecimento e no individualismo na formação e na prática profissional.

Essa alta velocidade da obsolescência do conhecimento possibilitou a Cruz (KATHLEEN, 2004) pressupor que a ideia de agilidade das transformações curriculares produz constante necessidade de atualização dos currículos e dos profissionais em saúde (remetendo, assim, ao primeiro desafio referido). Salienta-se que, desde 2000, para discutir a formação médica é preciso tomar por referência o que foi produzido como um novo corpo de conhecimentos, no âmbito do movimento CINAEM (2000).

O segundo desafio faz com que se pense que ainda se está problematizando a educação médica na perspectiva do controle do trabalho docente e, embora sejam relevantes as informações que advêm da avaliação, é preciso

dar-se conta que aceitá-las implica legitimar a autoridade exterior ao próprio docente sobre o entendimento de como deve ser a educação médica.

Enfim, o terceiro desafio merece destaque também em Ribeiro (1998), pois há a tendência acadêmica de proceder como se a especialização correspondesse à totalidade da medicina e como se o atendimento especializado fosse o escopo geral da assistência cujo resultado seria uma crise de eficácia da clínica. Essa crise estaria paradoxalmente somada à outra denominada pela autora de *custos crescentes*, i.e., para obter os mesmos resultados é gasto cada vez mais dinheiro, consultas, exames... Assim, há um modelo em crise: o de formação de especialistas, o qual, por sua vez, se aproxima de outro igualmente em crise – o da sociedade disciplinar que lhe dá origem.

É importante perceber, como faz Merhy (1997), que as organizações “escolas médicas” operam em um terreno composto por tensões de dupla origem: de um lado, tensões que são definidas nos processos institucionais vinculados às ações de ensino e aprendizagem no território da educação, mas dentro do compromisso de formação de profissionais médicos; de outro, tensões definidas nos processos propriamente de saúde, nos quais a formação profissional ocorre.

Na presente análise, antes de julgar a conveniência de um modelo organizacional, pretende-se verificar como ocorre essa definição por determinada tipologia de ensino de graduação de medicina. Considerando-se que há um direcionamento estatal que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, questiona-se como isso é entendido por seus docentes nesse espaço reservado do conhecimento, tratando-se da escola médica em voga e sua historicidade.

3.3 Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina

As DCN para o curso de medicina (2001) constituem-se em uma série de indicações mediante as quais o Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC) normatiza os cursos de medicina. Em conjunto com o projeto

pedagógico, os cursos de medicina deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes necessários ao seu aperfeiçoamento e adequação às DCN. Essa série de documentos servem, aqui, como *acontecimento* (no sentido atribuído por Foucault), que indica uma racionalidade médica e uma tendência discursiva dominante na educação em saúde.

As Diretrizes – através de princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de médicos, itens que devem orientar o currículo – têm como eixo as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor de saúde. As DCN privilegiam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos; incluem as dimensões ética e humana, devendo desenvolver no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania. Pressupõem a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem que permitam ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas da vida, da organização, da prática e do trabalho em equipe multiprofissional, através da integração ensino-serviço, da formação médico-acadêmica e das necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

As proposições que se evidenciam, aqui, são comuns a diversos textos que analisam as Diretrizes e, na perspectiva teórica deste estudo, é possível inferi-las desde os discursos dominantes, conforme já se salientou. No discurso médico é perceptível a inclusão da medicina social (evidenciada no estudo citado de Foucault sobre o biopoder), do doente e não da doença (como na medicina moderna) e, no tocante aos discursos educacionais, são incorporados aspectos relativos ao construtivismo e à multidisciplinaridade. Entende-se, então, que as Diretrizes estão de acordo com referências teóricas que perpassam os dois campos de saber – da medicina e da educação – o que as destaca como um discurso incorporado ao *dizer* docente, mas não necessariamente ao *fazer* docente. Nesse sentido, é preciso entender que se está falando sobre discursos diferentes: um como ato de fala e outro como prática. Assim, as Diretrizes têm uma historicidade perfeitamente próxima aos atores e às arenas de luta por validação de saberes. É possível notar

algumas dessas influências, ou melhor, mudanças, *a priori* à constituição das Diretrizes que lhes deram condições de emergência.

As DCN são o resultado histórico de algumas vertentes. A primeira delas é da própria Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) que, no artigo 200, inciso II, estabelece que, ao SUS compete, dentre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”, explicitada com mais detalhes no relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2001). Essa necessidade de formar profissionais voltados para o contexto social também é expressa em documentos internacionais (KERN et al., 1998). Em consequência, as demandas da sociedade junto aos profissionais de saúde são repassadas diretamente às instituições formadoras e aos educadores. Essa é, portanto, uma discussão de grande importância e atualidade.

Ao se retomar os dados já mencionados anteriormente, lembra-se que uma segunda vertente diz respeito à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996 (SAVIANI, 1998), no que se refere à atribuição da União e dos Estados (artigo 9º, inciso IV e artigo 10, inciso III). Dentro do princípio da autonomia das universidades, as DCN de 2001 lhes conferem a competência para “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes (...)” (artigo 53, inciso II). Isso representou um grande avanço no sentido de flexibilizar a organização curricular, pois substituiu o caráter disciplinar e relativamente rígido da legislação anterior (LDB/1996).

A terceira vertente das novas Diretrizes é representada pelos perfis de formação e atuação de profissionais da área da saúde, que vêm sendo desenhados no contexto mundial e expressos, dentre outros, em documentos da UNESCO (DELORS, 1999) e da Rede Unida (REDE UNIDA, 1998).

Assim, após extensa e fecunda discussão entre escolas médicas brasileiras, conduzida pela ABEM, foi elaborado, em 2001, um documento que se tornou a base do texto das futuras Diretrizes para o curso de medicina, posteriormente reelaborado por uma comissão de especialistas e promulgado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e pela Câmara de Ensino Superior (CES), ambos do MEC.

O discurso de resistência e crítica pode ser percebido quando se observa o argumento de Grisotto, no qual se nota a negativa e uma análise ao discurso instituído:

As orientações que se encontram presentes nos textos oficiais são, em grande medida, direcionamentos, em que as forças da adaptação, do disciplinamento, da organização *a priori* triunfam. Estas podem ser entendidas como uma potência interiorizada, que ganha a ordem do dia, impedindo qualquer processo de criação do que seja singular, uma vez que a capacidade de raciocínio dos envolvidos tende a estar voltada para a cooperação e o ajuste. Desta forma as pessoas estariam impedidas de avaliar e estimar por si mesmas em razão da maneira como orientam suas perspectivas rumo à submissão. Na verdade, trata-se de um obstáculo, um protocolo, em que a valorização e execução de prescrições e orientações, representaria a anulação de si mesmas, abnegação, sacrifício, renúncia (GRISOTTO, 2002, p. 2-3).

Constata-se, assim, conforme os autores mencionados, diferentes formas de interpretar as Diretrizes para o curso de medicina, que evidenciam as questões no campo, oriundas de relações discursivas e os diferentes matizes da racionalidade médica que dele emergem. No entanto, a análise que se pretende, aqui, centra-se na cardiologia, lugar de evidente destaque e relevância no cenário nacional e que faz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) arena de formação discursiva.

3.4 Ensino de Cardiologia na Graduação Médica: um Recorte da Especialização

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 2003 (portanto, após e já com base nas DCN de 2001) se empenhou em elaborar a normatização do ensino de cardiologia para a graduação médica (GUIMARÃES, 2003). Considerando a evolução científica das últimas décadas do século XX, a entidade propôs modificações tanto no conteúdo curricular quanto

em orientações gerais de mudanças relacionadas ao sistema de ensino e às necessidades de saúde da população que, até então, não haviam sido devidamente acompanhadas pelas escolas médicas.

Refletindo-se, portanto, sobre os referenciais expressos pelas DCN, aponta-se para uma ênfase crescente no debate e na reflexão sobre a humanização da assistência à saúde, a interdisciplinaridade e a construção ativa e permanente do conhecimento pelo estudante. Em relação às necessidades de saúde da população, identifica-se como uma das principais limitações a falta de correlação entre o conteúdo ministrado e as doenças mais prevalentes encontradas na comunidade. Contudo, nas escolas médicas, com currículos ainda do tipo tradicional, é comum se observar que a cardiologia é uma disciplina individualizada ou integra um módulo mais amplo. Geralmente, a carga horária dessa especialidade é bastante expressiva – parte integrante de um processo expresso no currículo vigente e aprovado pela instituição de ensino.

A atuação na graduação, no caso específico da FAMED/UFRGS, ocorre em três níveis: na semiologia cardiológica; na clínica médica cardiológica; e na atividade de internato (dos doutorandos), como expõe um professor:

Então, dentro do serviço de cardiologia, a gente acaba atuando nos três níveis, boa parte dos professores. Então a gente acaba tendo que passar por esses três... esses três cenários que são bem diferentes. A semiologia é o início, é a apresentação do paciente pro aluno. A Clínica Médica já é um cenário mais de discussão de caso clínico frente ao paciente e tal, e o Internato, ele já é uma coisa mais num nível bem prático assim... Na minha percepção, a gratificação melhor, maior, se dá no nível intermediário: a parte do aluno de Clínica Médica, que já tem uma percepção boa da relação médico-paciente, já passou por uma fase inicial de treinamento assim... e começa a ter um vínculo maior com o paciente, começa a ter uma noção melhor das patologias, das doenças cardiológicas e é um momento que eu tenho particularmente maior gratificação. Acho que existe uma ambivalência inicial em relação à semiologia cardiológica, até porque ela perdeu muito espaço histórico, dentro da formação do médico cardiologista ou do médico em geral. (E. 11)

Na FAMED/UFRGS, das três inserções, a que mais ocupa a atenção dos docentes da área é a que se vincula à Clínica Médica I, do 5.º semestre, e que é de introdução à cardiologia propriamente dita, e é a origem da maioria dos professores entrevistados. A Clínica Médica I é uma disciplina que reúne o ensino de cinco áreas, entre as quais a cardiologia (no módulo de estágio e que não se confunde com o estágio do internato, ao final do curso), com duração de quatro semanas. É uma carga horária compatível, ocupa toda a parte da manhã durante os cinco dias úteis da semana. Nessa disciplina, o regente é um coordenador. Tem sob seus cuidados, além da cardiologia, as áreas da pneumologia, reumatologia, radiologia e gastroenterologia, com participação de muitos professores.

Na atividade de coordenação da disciplina existe a busca por algum grau de uniformidade no ensino, no que diz respeito à forma com que o conteúdo programático é constituído. Embora seja uma tarefa árdua, essa avaliação é obtida através do depoimento de professores – em sua análise a respeito do desempenho de alunos e da forma como o ensino se desenvolve –, e também pelos depoimentos dos alunos, obtidos tanto nas verbalizações quanto por escrito. A fala a seguir demonstra a opinião de um dos professores entrevistados sobre esse processo:

Propiciar uma troca de ideias e experiências entre os professores, o que é algo bastante difícil porque nós temos muitos professores participantes das atividades que se desenvolvem de forma concomitante, na mesma hora, então é difícil acompanhar, de fato, o desenvolver das atividades, porque são simultâneas. (...) Por outro lado, aqui, no âmbito da Cardiologia, torna-se mais fácil, porque nós estamos aqui, a área física é muito mais reduzida, nós participamos diretamente, como professores que somos e há uma maior proximidade também entre os docentes. (E. 16)

Nesse contexto, almeja-se um ensino que abranja conteúdos essenciais e uma formação de perfil médico geral. No entanto, existe, ainda, uma tendência em formar especialistas precoces, havendo alunos que não estão preparados quanto aos pré-requisitos.

Então tu percebe muitas vezes, que os conteúdos apresentados aos alunos são por demais especializados e eles não têm ainda a compreensão suficiente de todos esses fenômenos e muitas vezes são facilmente expostos pelo professor ou pelo próprio paciente, já que nós temos um hospital terciário que reúne casos mais graves de pacientes já tratados... Tudo isso confere um maior grau de dificuldade para o aluno. Então talvez haja uma exposição muito precoce a conteúdos muito especializados, nós temos procurado evitar isso. (E. 16)

Há um entendimento da dificuldade em obter um ensino abrangente em uma disciplina que é caracterizada sob a forma de estágio, em que cada um dos módulos se desenvolve no período de quatro semanas. O conteúdo teórico é dado preponderantemente em seminários, nos quais o estudante prepara os conteúdos, embora se devesse privilegiar a atividade prática, a atividade junto ao doente, com a participação direta do professor, ainda responsável pela transmissão do conhecimento e supervisão direta das atividades dos alunos.

Ainda que mudanças profundas demandem múltiplos e complexos elementos determinantes (FEUERWERKER, 2002) – geralmente processos institucionais mais amplos e de implantação em prazos dilatados –, um conjunto dessas mudanças pode e deve estar sendo implementado no curto prazo no âmbito das disciplinas curriculares, de modo a acompanhar as novas tendências para a formação médica. Isso já está ocorrendo no Brasil de maneira gradual, como indicado por Koifman (2001) na obra já mencionada.

Nesse contexto, Maia (2004) sugere que na seleção de conteúdos devem ser valorizados aqueles relativos às moléstias cardiovasculares mais prevalentes no Brasil, ainda mais considerando o forte estímulo exercido legitimamente pelas peculiaridades e especificidades que a especialidade contém quanto ao grau de complexidade do atendimento prestado à população e às atividades de pesquisa desenvolvidas. O desejo de inserção de conteúdos daí decorrentes demandaria para si uma carga horária ampliada e um programa teórico demasiadamente extenso para o curso.

A questão temporal parece ser um fator relevante quanto à obtenção da integralidade dos conteúdos e o modo pelo qual são ministrados:

Existe uma dificuldade no pouco tempo que a gente tem, de abordar tudo que existe dentro da cardiologia, porque enfim... Então são eleitos alguns pontos básicos – bem básicos – pra tentar cobrir essa informação. Então naquilo ali vai se procurar ter alguma teoria em cima. Mas é muito pouco, é só uma pincelada. (E. 2)

Ainda a respeito da questão do tempo, pode-se evidenciar que há uma sistemática inclusão de conteúdos curriculares atendendo às demandas sociais e legais; no entanto, há a dificuldade de eleger conteúdos dentro da própria cardiologia básica. O professor parece desautorizado a propor um currículo real, no qual se empenhe em gerar conceitos amplos que entrecruzem a prevenção e a especialidade, acabando por tratar ambas como conteúdos estanques e separados, ainda que não sejam excludentes.

Pode-se perceber, além disso, na fala a seguir, que há uma decisão de não assumir esse papel (o que vai de encontro ao discurso oficial) ao mesmo tempo em que, para não negar o discurso legitimado e dominante, não se detém quanto à negativa de um ou outro discurso em relação ao oficial, mas quanto ao tempo disponível para isso. A demanda da prevenção, mesmo que se remeta à prevenção de doenças cardíacas, é “empurrada” para outra disciplina, outro docente ou para um espaço diverso.

O espaço que existe dentro da formação da cárdio em relação... Eu acho que sim, mas veja bem, não é função das especialidades, por uma razão muito simples: não dá tempo. Se você só ensina prevenção, tu não ensina a cardiologia. Então eu acho que isso aí é fundamental, mas dentro de um outro setor na formação do aluno, porque não dá tempo. E claro que se houvesse tempo seria um ensino integral, mas que infelizmente tem um limite em função da carga horária do aluno da graduação. Então há a necessidade que esses aspectos epidemiológicos e de prevenção sejam usados dentro de uma carga horária específica e por outras pessoas, eventualmente, isso até da mesma área de atuação, mas

não necessariamente porque não dá tempo. Claro que sempre a gente enfatiza isso, mas não é o objetivo primário da função. (E. 15)

Sabidamente, a prevenção não é uma questão hospitalar. Diversos estudos epidemiológicos demonstram que a atitude médica em tratar o paciente enquanto ainda um ser saudável e a busca por mantê-lo assim são meios mais eficazes do que tratamentos *a posteriori*, com o indivíduo já adoecido. No entanto, embora as doenças cardiovasculares sejam tratadas pelo Ministério da Saúde e suas políticas enquanto questões de saúde pública e as Diretrizes indiquem a necessidade da integralidade, mantém-se a resistência e a visão hospitalocêntrica característica do paradigma da medicina moderna (REDE UNIDA, 1998).

Segundo Starfield, especialista em atenção primária em saúde, em sua conferência de abertura no 2.º Seminário da Atenção Básica do SUS (Belo Horizonte, 2007), “há poucas pesquisas que mostram a contribuição dos especialistas para a saúde dos sistemas de saúde”. Também afirma que “é ruim um sistema de saúde com muitos especialistas; é possível medir o que os generalistas ou os médicos de família fazem na atenção primária, mas é impossível medir a atuação dos especialistas” (STARFIELD, 2007). E, ainda:

Os especialistas são treinados em hospitais; eles treinam nos pacientes que estão muito doentes. Quando vem o paciente de uma comunidade com alguma doença, geralmente pensam no problema mais raro, vão se preocupar em pedir uma série de exames para atestar que aquela pessoa tem ou não tem aquele problema. Só que em todo teste na medicina, há falso positivo ou falso negativo, se você tem um falso positivo, você não tem a doença, a questão é que daí o especialista vai pedir outro teste e isso pode levar a mais e mais testes falsos positivos e pode levar o paciente a uma cirurgia desnecessária. Nessa cascata de testes o paciente sofre muitos efeitos colaterais e em alguns casos pode levar à morte. Por isso acredito que não combina os especialistas tratarem de problemas da comunidade (STARFIELD, 2007, s/p).

Torna-se pertinente, nesse contexto, o que Campos (2005, p. 6) enfatiza, no sentido de que

migrar o ensino para a Atenção Básica em Saúde – ABS – não significa automaticamente migrar o ensino para um paradigma novo. Frequentemente a ABS reproduz, em condições limitadas, o mesmo modelo de atenção à saúde dos serviços especializados. A Abordagem Integral depende da reformulação do paradigma tradicional denominado de biomédico. Para isso recomenda-se tomar o sujeito em sua família e em seu contexto econômico, social e cultural, bem como envolver os usuários tanto na gestão do sistema de saúde, quanto na construção de sua própria saúde.

Havendo uma tendência a formar médicos especialistas mais do que generalistas, observa-se, nesta investigação, que existe uma clara contradição entre os discursos das Diretrizes para o curso de medicina e a própria análise da SBC, já mencionada. Ao se analisar as falas anteriores, percebe-se que os próprios docentes teorizam sobre a superespecialização, mas sem conseguir visualizar linhas de fuga para os problemas por ela gerados, que vão desde a pouca base dos alunos até a baixa capacidade de tratar o doente em sua condição de ser social.

Por outro lado, o entendimento das proposições das Diretrizes esbarra no paradigma do especialista, em uma perspectiva de formação que opta por uma dualidade típica da modernidade, mas que não acompanha os discursos que pretendem uma quebra ainda que linear desse dualismo:

[...] Eu acho que na Faculdade tem vários cenários diferentes, mas boa parte dos locais aqui são muito específicos... o cara da nefro é só nefro, o cara que ta na cárdio é praticamente só cárdio... E cada vez assim: nós temos o especialista no ombro direito, na ortopedia só um cara faz só aquela articulação e isso aí a gente nota né, cada vez mais os médicos trabalham dessa maneira. Então nós temos dois mundos: um mundo do médico generalista... e tem um mundo de superespecialistas. (E. 3)

E, ainda:

Nós precisamos ampliar nossos modelos de ensino? Sim. Qual é o problema que nós temos, o grande erro – aí a minha opinião pessoal – o grande erro, o equívoco grosseiro é achar que tu vais corrigir os nossos problemas de ensino mudando os modelos. Isso é um equívoco grosseiro, um equívoco. “Não, não, o ensino de graduação da faculdade de medicina da UFRGS vai mudar, agora nós só vamos formar médicos gerais e o doutor vai dar aula no posto de saúde...”, acabou com a nossa faculdade de medicina se fizer isso, acabou. E tem que ter um cara bom no posto de saúde e que ser um professor que tá aqui, porque se for no fim do mundo também não funciona. É uma aposta que tá sendo feita. Então o nosso posto de saúde [UBS] é para que haja essa interação com a instituição terciária. (E. 10)

Ao tratar da *Abordagem Pedagógica na Normatização do Ensino de Cardiologia no Curso de Graduação em Medicina*, referida no capítulo anterior, a SBC propôs um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Também indica a utilização de situações reais da prática médica para a compreensão e a solução de problemas, reconhecendo que a atualização e renovação constante e vertiginosa dos conhecimentos constituem um desafio no planejamento do ensino da cardiologia na graduação médica.

Quanto aos cenários de prática, a SBC declara que, sendo a cardiologia uma área de atuação principalmente ambulatorial, a prática em ambientes fora das enfermarias tende a promover a formação do estudante. Portanto, torna-se indispensável uma articulação efetiva da academia com a comunidade e com os serviços de atenção à saúde, em nível primário e secundário do espectro de atuação do SUS. Porém, como já se destacou, o hospital geralmente é o espaço hegemônico e é privilegiado pelas escolas médicas para o aprendizado, mesmo quando existe pluralidade de cenários existentes.

Assim, são ilustrativas as falas a seguir.

Nós estamos oportunizando uma experiência naquilo que nós temos de melhor, que é o nosso hospital universitário, nós somos privilegiados. (...) Eu acho que vai, mas o importante é o seguinte: a nossa vocação é essa. (E. 10)

A gente tem muito poucos alunos da cárdio fazendo atividades de ambulatório, a realidade do cardiologista de fora é receber um paciente não tão doente, com pressão alta, é prevenir doenças cardíacas, é oitenta por cento do consultório. (E. 5)

Quando tu vai discutir um caso de enfarto com choque cardiogênico, que a gente tá discutindo uma atenção de alta complexidade, quando a gente faz a discussão com o aluno, a gente busca a discussão da atenção primária, a gente faz essa discussão, mas o cenário é um cenário de alta complexidade. Então, a gente tenta suprir isso e eu acho que parcialmente se consegue contornar esse cenário. Mas é o cenário ideal? Eu acho que não. (E. 11)

No até aqui exposto, foram explicitadas as relações presentes na cardiologia da FAMED/UFRGS, e nos diferentes discursos presentes, e sua matriz paradigmática. Dessa leitura pode-se inferir que há um desconhecimento e/ou uma interpretação muito particular do texto legal e dos textos que o analisam; há uma tendência dos docentes em manter uma postura mais voltada para a aprendizagem histórica e de senso comum do que refletir (sobre) e debater criticamente as proposições de ensino (e pesquisa) futuras, paradoxo interessante, dado que na medicina a valorização dos novos conhecimentos especializados é imediata e incontestável.

Pode-se, nesse sentido, retornar à discussão sobre a desautorização do médico na condição de docente, seja das disciplinas básicas ou das especialidades: o que alterar do currículo ou como ampliá-lo sem que sejam negados conhecimentos já estabelecidos?

Em algumas entrevistas percebe-se que há a preocupação dos entrevistados com a “formação do formador”, i.e., do docente em medicina. Percebe-se, nesse campo, algumas das evidências já expressas por Foucault em relação às práticas não discursivas, na relação com os lugares e sua

arquitetura e conformação dos espaços, especificamente em relação também ao ensino médico.

Acho que há uma preocupação nesse sentido, mas talvez pelo fato de o ensino se desenvolver num hospital de atendimento terciário, com serviços especializados e professores especialistas, talvez seja uma tarefa árdua que exige um direcionamento, que todos tenham essa concepção. Se não têm, bom, trataremos de... de aprimorar... Mas há uma preocupação nesse sentido; mas acho que representa uma dificuldade. Se nós estivéssemos num hospital com as características ou ainda fora do hospital porque na verdade o aluno inicia aqui numa situação de um doente crônico, de um doente crítico, quando se deveria iniciar no doente de baixo risco, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui... (E. 16)

O corolário do exposto neste capítulo é que o desafio de planejar o ensino na cardiologia deve-se à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação. A esse respeito, dialogando com Manfroi (2002), concorda-se que o professor precisa revisar sua prática pedagógica se desejar sucesso pedagógico em sua prática de ensino.

Neste capítulo também se evidenciou a relação entre uma nova forma de entender e agir sobre o corpo e as demandas de uma sociedade que busca uma biopolítica eficiente e voltada para a prevenção epidemiológica e promoção da saúde. Foram destacados alguns eventos e discursos que perpassam a construção de um novo perfil médico e as dificuldades de sua constituição. Alguns aspectos que influenciam e que são discutidos pelas Diretrizes específicas para a medicina estão relacionados a uma lógica e a uma racionalidade própria da tecnociência, a uma demanda constitucional brasileira e a um desenho no contexto global expressos, dentre outros, em documentos da UNESCO e da Rede Unida.

A reforma curricular presente nas Diretrizes é legitimada pela SBC, e a partir das falas dos docentes têm-se a impressão de que confluem aos

discursos educacionais dominantes. No entanto, persiste uma resistência dentro da medicina – e mesmo na educação médica – no sentido de alcançar, acima de tudo, espaços para essas discussões. Resistência que se expressa, por exemplo, nos textos de Grisotto (2002), aqui tomado como acontecimento discursivo, pois sua escrita representa um significativo número de discursos na mesma linha. Resistência expressa também pelos atores na cardiologia dessa Universidade, com um caráter diferenciado, pois os discursos prescindem de análises mais teóricas e são fundamentadas na vivência e na aprendizagem em sua trajetória como professores.

Há, também, um reforço do discurso das Diretrizes expresso nos textos de vários autores que investigam a formação médica. Como se pôde perceber, os embates entre esses extremos discursivos e a força de uma legislação que invade e apressa as discussões no campo trazem para o professor um tensionamento entre discurso e prática, pesquisa e ensino, alta e baixa complexidade. Nesse sentido, há uma intensificação do trabalho docente – já somado à atuação na profissão médica – ao se propor novas aprendizagens educacionais que estão além das aprendizagens típicas de uma área em que a velocidade dos conhecimentos produzidos é uma constante e a atualização do professor-médico um desafio.

Procurou-se evidenciar o embate entre racionalidades diferentes – o positivismo científico e o subjetivismo educacional na prática de uma construção curricular. Considera-se que, mais do que uma reforma curricular, há uma demanda por mudança na própria formação do médico especialista. Os discursos tensionados nas relações de poder e resistência, de rupturas e continuidades, tendem a estabelecer um dualismo tanto nas discussões quanto nas práticas acadêmicas – o que pode resultar em outro modelo de formação médica –, podendo, também, estagnar-se em práticas isoladas e estanques.

Reafirma-se que a perspectiva, aqui, ao se buscar compreender esse processo das racionalidades em embate, é visibilizar os movimentos de ruptura e/ou de continuidades na especialidade da cardiologia, que só se tornará possível ao se lançar o olhar para além dos embates acadêmicos ou quando emergirem os discursos dos formadores em ação.

4 O DISCURSO DOCENTE E O PAPEL DO GESTOR NO ENSINO DA CARDIOLOGIA NA FAMED/UFRGS

A administração universitária, em especial a gestão da escola médica, não constitui temática reconhecida e valorizada pela comunidade acadêmica. No entanto, o desenvolvimento da formação médica depende, em grande parte, de boas práticas de gestão. Almeida (2008) destaca que isso é ainda mais relevante quando a escola está imersa em processos de mudança.

Os sucessivos movimentos sociais que viabilizaram a criação das DCN específicas para o curso de medicina e os repetidos encontros promovidos por entidades representativas do ensino médico têm se debruçado sobre o tema do currículo médico e servido de referência em âmbito nacional. Entre tais entidades está a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a Rede Unida, e a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM).

A pesquisa publicada no relatório da CINAEM de 1997 apresenta dados sobre o docente de medicina, no qual consta que

para a grande maioria dos entrevistados, a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica. (...) Como decorrência deste perfil docente, a educação médica parece caracterizar-se como um processo de reprodução endógena, sem ênfase na produção do conhecimento (CINAEM, 1997).

A esse respeito, Cruz argumenta que, “com esse repertório, é introduzida no discurso a ideia de *transformação*, que se tornará o principal eixo narrativo a partir do qual a CINAEM passará a amarrar a rede de significados e de explicação da terceira fase [do projeto da CINAEM]” (CRUZ, 2004, p. 267). Diz a autora que esse efeito pode ser percebido na síntese elaborada pelos relatores dos grupos de discussão, ao reunirem por

escrito a concepção dos participantes do V Fórum de Ensino Médico da CINAEM, ao tratar do tema da avaliação:

um processo nacional de avaliação contínua e permanente, construída coletivamente pela comunidade acadêmica e por outros atores ligados às políticas de saúde, que utiliza parâmetros metodológicos subsidiadores de *práticas transformadoras* das Escolas Médicas, respeitando sua singularidade e realidade social, visando uma formação integral em medicina, sintonizada com as demandas sociais existentes (V FÓRUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO, 1995, grifo do original, p. 267).

A mesma autora, em sua tese, ao retomar os documentos da CINAEM, e considerando o argumento de Foucault para quem “nem tudo é sempre dito” (FOUCAULT, 2000, p. 138), diz: “...a sensação de que sobre a formação do médico já foi dito tudo... remetendo-nos à sensação de pobreza dos enunciados e a uma finitude do discurso” (CRUZ, 2004, p. 265) E considerando uma oficina realizada pela CINAEM, abordando o processo de formação, Cruz comenta que na matriz teórica fomentadora do debate foi utilizada uma ferramenta denominada *fluxograma analisador*, com a qual, a partir da “interação com a grade curricular, pode ser definido o fluxo do processo de formação, suas etapas, seus produtos intermediários e seu produto final: o médico recém-formado” (CRUZ, 2004, p., 266). A autora continua, dizendo que novos formatos estéticos produzem novos sentidos à medida que se constrói uma releitura da realidade, incluindo, nos discursos, as falas daqueles participantes, mediante as quais é possível a identificação com o que está escrito, percebendo-se suas próprias falas como protagonistas do que havia acontecido.

Conforme Batista (BATISTA, et al., 1998), a CINAEM enfatiza que as disciplinas de pedagogia médica e de didática especial representam um momento intencionalmente inserido na pós-graduação *stricto sensu* em medicina, com o objetivo de formar o professor: vindo de uma trajetória acadêmica que sequer tematiza a dimensão educativa do exercício profissional do médico e que costuma enfatizar a chamada competência técnica,

nelas o pós-graduando tem, em muitos casos, a primeira oportunidade de discutir aspectos da docência universitária e do ensino médico.

Em julho de 1997, a CINAEM apresentou suas conclusões ao Ministério da Educação. Sugeriu programas de capacitação dos próprios gestores, definição democrática dos papéis e poderes de instâncias institucionais, linhas prioritárias de pesquisa e extensão, além de, fundamentalmente, apresentar uma direcionalidade à discussão das DCN, orientando mudanças curriculares e institucionais em um significativo número de escolas brasileiras. Mas havia, desde logo, um alerta:

As Diretrizes a serem estabelecidas pelo MEC devem refletir processos de mudança consistentes com os avanços sociais e científicos em curso nas escolas médicas do país e do mundo. A produção de lista normatizadora dissociada de um processo de investigação e transformação permanentes das escolas médicas terá pouca eficácia (BRASIL, 2001 apud PICCINI, 1998).

Em relação às Diretrizes propostas para o curso de medicina e ao referencial teórico que as compõe, o que se identifica na instituição em pauta, contudo, é uma tênue aproximação docente, sem grande convicção para uma intervenção/participação de fato e, talvez, dir-se-ia, apenas referente a uma intencionalidade formal, senão um total desconhecimento para discuti-las.

Silva, ao obter informações de docentes que se manifestaram sobre o processo de construção das DCN para o curso de medicina, diz: “o desconhecimento do processo se manifesta e a possibilidade de que exista uma ligação entre tais decisões e o político aparece como justificativa para a omissão entre tais decisões e a desresponsabilização com a participação, quando a decisão emana de instância superior” (SILVA, 2005, p. 141).

4.1 Transformações Históricas na FAMED/UFRGS

Desde sua fundação, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem feito parte ativa da história gaúcha e brasileira, “nascendo sob a ideologia positivista, mas, posteriormente, esse

viés ideológico passou por críticas e mudanças” (SILVA, 2005, p. 141). À época, a estrutura curricular adotada, se comparada à de outras faculdades de medicina do país, era uma das mais evoluídas. A partir do currículo inicial, a história curricular demonstra uma sucessão de longos períodos de consolidação e vários momentos de adaptações curriculares (Famed. UFRGS, 2007), ocorrendo cinco reformas e/ou adequações curriculares antes da última reformulação, em 2007: 1960, 1968, 1980, 1989, 1990.

Devido a algumas fissuras no currículo, que começaram a aparecer quando se passou a valorizar as ações de pesquisa e a criação da residência médica, ocorreu, então, a reforma de 1960, que indicou a produção *in loco* de novos saberes, a ampliação das especialidades e as disputas por validação de espaço no currículo. Ainda na década de 1960, houve a importante reforma de 1968, que descaracterizou a organização por cátedras – e, por conseguinte, dos docentes como seus “donos vitalícios” – passando o curso a ser organizado por departamentos (SILVA, 2008).

Sobre esse período, Cordioli faz uma síntese desse processo:

Na década de [1960] [...] foi introduzida a disciplina de bioestatística, em clara e evidente preocupação com a pesquisa. O ensino da semiologia foi antecipado para o terceiro ano [...], a criação da residência médica com impacto importante no desenvolvimento da pesquisa, consequência do grande desenvolvimento das especialidades verificado na época [...]. Até a reforma universitária de 1968, os três primeiros anos do curso de medicina eram destinados ao ensino de biologia e dos agentes patogênicos; o quarto ano concentrava-se nas propedêuticas clínicas e cirúrgicas e, nos anos subseqüentes, os alunos passavam pelas diversas cátedras de especialidades (CORDIOLI, 1991, p. 49-50).

Pode-se perceber pelos dados acessados que, nessa estrutura didática e administrativa, o ensino de médicos se limitava ao repasse de conhecimentos científicos, dando ênfase ao estudo e ao reconhecimento de órgãos afetados por patologias e por pretender algo que era praticamente uma “taxonomia de afecções”, sobre o que se concorda com a já citada obra de Silva (2005, p. 157).

Em 1968, o modelo vigente foi alterado de modo significativo quanto à estrutura administrativa e física da FAMED/UFRGS, contudo, sem modificações no currículo. Além da abolição do regime das cátedras e introdução do sistema de departamentos e da semestralidade já mencionados, também foi modificado o sistema de créditos e de pré-requisitos, sendo a avaliação por conceitos e a coordenação didática do curso feitas através da Comissão de Carreira (COMCAR). A faculdade foi cindida em duas instituições: foi criado o Instituto de Biociências, abrangendo toda a área básica; e manteve-se a Faculdade de Medicina, já existente, albergando o ensino profissionalizante, o que representou uma perda do gerenciamento direto sobre o ensino das áreas básicas. Significou, também, abrir mão de seu prédio histórico, localizado no Campus Central da Universidade, em favor do recém-criado Instituto de Biociências (conforme o relatório integrante do Projeto Pedagógico de 2007).

Nesse contexto, um fato altamente significativo foi a inauguração do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como uma empresa pública de direito privado e integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculada apenas academicamente à UFRGS (diferentemente da maioria dos hospitais federais universitários, que geralmente são de cada universidade).

Quanto à atuação da FAMED no ensino, segundo Venturelli (FAMED/UFRGS, 2003), nesse período a graduação tendeu a se organizar a partir da prestação dos serviços do próprio hospital: a assistência prevaleceu sobre a ação pedagógica.

A integração dos serviços do hospital, com as diferentes unidades de ensino, foi sendo ampliada e consolidada, e a implantação da pesquisa centrou-se nos atendimentos realizados no hospital. Apenas após cem anos aconteceria a inauguração do novo prédio da Faculdade de Medicina, em 27 de julho de 1998.

Mas, nesse contexto de mudanças, como foi sendo entendido e planejado o ensino da cardiologia na graduação, considerando-se o quadro de prevalência e letalidade elevada das doenças do aparelho circulatório e

os recursos diagnósticos e terapêuticos inerentes à cardiologia na prática médica geral?

A década de 1970 foi fértil em discussões sobre o ensino médico e sobre o perfil do profissional a ser formado e na instrumentalização pedagógica dos professores, através de cursos sobre metodologia de ensino. À tendência prevalente para a especialização, opuseram-se movimentos que defendiam a volta do médico prático geral ou generalista.

Nesse sentido, retoma-se a problemática proposta anteriormente: quais seriam as características do sujeito da educação tradicional, que tem no hospital sua maior referência?

Essa questão, embora seja um dos desdobramentos gerados neste estudo, se manifestava de forma similar na década de 1970, pois se percebe que a COMCAR tentou recuperar certa proximidade que pode tender a parecer ora um retrocesso, ora uma valorização da inter-relação entre os ensinamentos básico e clínico. Para Silva (2005), a COMCAR/MED tenta resolver o que, ao longo dos anos, havia de precário na interação entre as unidades, os departamentos e as disciplinas, precariedade gerada por uma série de alterações e diferenças na carga horária e no número de docentes das disciplinas básicas em relação às clínicas.

Observa-se que há uma proposta em que mudam os remetentes do ensino médico, este agora voltado para a assistência e pesquisa e distante do ensino propedêutico clássico direcionado ao saber fossilizado nas disciplinas básicas.

Retomando-se Cordioli (1991), esse autor realça a proposta de fusão das diferentes especialidades em disciplinas de clínica médica ou cirurgia, em 1970, fato que não foi suficientemente absorvido naquela ocasião por aqueles que deveriam pô-la em prática, o que acabou não se sustentando. Em sua visão, a COMCAR, já em 1978, receptiva aos movimentos que defendiam a volta do médico prático ou generalista, iniciou um processo de discussão que viria a nortear a reforma do currículo de 1980. Reforma cuja ênfase foi o ensino nas quatro grandes áreas (clínica médica, cirurgia, pediatria e gineco-obstetrícia), no estudo dos aspectos sociais (socioantropologia), ao propor a abordagem integral dos aspectos biológicos, psicológicos

e sociais, e no estímulo ao atendimento ambulatorial, comunitário e de família, através de um ensino multidepartamental.

Ao integrar os departamentos e propiciar a inserção do aluno na realidade da saúde, seriam atendidos os níveis primário e secundário de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) – além do hospitalar – revelando, assim, o comprometimento com as necessidades da comunidade e a terminalidade da graduação, não visando apenas a preparação para a residência médica.

Conforme a reconstituição histórica relatada no citado Plano Pedagógico de 2007, a reforma curricular da década de 1980 incorporou disciplinas de conteúdo humanístico. Contudo, na prática, o que se verificou foi a criação de novas disciplinas, o aumento da carga horária, baixa incorporação dos conteúdos humanísticos nas atitudes dos médicos recém-formados e estigmatização dos conteúdos das disciplinas no campo da saúde coletiva, saúde mental e ciências sociais.

Um problema importante foi um referencial teórico confuso, em que os termos “médico geral”, “médico de família”, “médico de comunidade” e “prático geral” foram considerados e aplicados como sinônimos. Outro problema para a implantação dessa nova proposta foi o crescimento da residência médica que, ocupando importante espaço no hospital universitário, contraditoriamente prejudicou a integração dos alunos da graduação e a terminalidade da formação médica. Outro problema foi a desestruturação crescente da rede pública de saúde, dificultando a expansão do ensino na rede de postos de saúde municipais e estaduais.

Cordioli, na mesma obra, afirma que havia a sensação de que a reforma de 1980 não fora suficientemente discutida com os departamentos e que havia sido imposta pela COMCAR. Assim, determinava a necessidade de nova discussão/reforma curricular a partir de 1986, tendo uma parcela significativa da comunidade acadêmica imaginado um possível retorno ao currículo de 1960, o qual havia sido um fracasso e cujo currículo naturalmente voltaria a ser o que fora antes da reforma. Esses problemas culminariam com a extinção de várias disciplinas, pois...

...devido à inexistência de uma estrutura administrativa e assistencial de apoio como: a falta de adesão docente, a inexistência de serviços de atendimento compatíveis com o modelo preconizado, uma estrutura departamental dificultando a implementação de disciplinas multidepartamentais, bem como, de uma terminologia que suscita dúvidas (médico geral, de família, de comunidade...), quando, na verdade, estavam ligados a movimentos ou modelos de atendimentos específicos (CORDIOLI, 1991, p. 50).

No entanto, como o próprio Cordioli (1991, p. 50) indica, “fatores externos caracterizavam a década de 1980, como a própria e profunda desestruturação dos serviços da rede pública”.

Algumas experiências indicaram falhas internas na administração desse processo pelos diferentes departamentos, como aquele responsável pela então Disciplina de Medicina Ambulatorial de Adultos, com a qual alguns docentes da cardiologia estavam envolvidos, conforme expresso na fala de um professor:

Bom nós... foi uma experiência fantástica, os alunos que passaram lá adoraram. Então o que que acontecia? Nas outras áreas o que que os professores faziam? Botavam os residentes atendendo e o aluno sentado do lado. Funcionava? Não, uma porcaria. O que fizeram com a disciplina? Fecharam. Então aqui de novo, é incompetência do professor, o professor não se deu conta que era um ambiente de ensino, ele tinha que fazer isso. Então, fecharam, a disciplina acabou. (E. 10)

Em 1989, com a aprovação do novo currículo (de código 242.00), propôs-se corrigir uma das insuficiências identificadas pelo Programa de Avaliação Interna das Universidades Brasileiras/UFRGS (PAIUB) de 1994 e pelo Programa de Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina, de 1996, ambos do MEC. Isso ocorreu através da integração entre ciclo básico e profissionalizante, até então separados, devido, em grande parte, à também separação administrativa entre FAMED e Instituto de Biociências. Outras medidas incluíam o contato dos alunos com saúde e

doença desde os primeiros semestres e a transformação em estágio de todas as disciplinas clínicas, dentre as quais as relacionadas a este estudo, sendo que a partir do quinto semestre surgem como embriões de integração. Isso ocorre com Clínica Médica I em relação a Farmacologia I e a Patologia Aplicada I, por exemplo.

4.2 O Diagnóstico Institucional de 2005

O diagnóstico institucional realizado por Manfroi no *Relatório da Direção da Faculdade de Medicina da UFRGS* (FAMED/UFRGS, 2005) constata que, embora essa instituição venha conquistando, nas últimas décadas, um progresso significativo na pesquisa, na pós-graduação e na qualificação do seu corpo docente, a faculdade vinha apresentando desempenho insatisfatório em diversos setores da graduação. Isso segundo dados de avaliação PAIUB-PAIUFRGS/1994, Avaliação das Condições de Oferta dos Cursos de Medicina do MEC de 1996 e 1999 e Exame Nacional de Cursos 1999-2000, à época conhecido por “Provão”. A divisão entre ensino básico e ensino clínico, em grande parte fruto da separação administrativa entre FAMED e Instituto de Biociências, foi marcada pela ausência de um acompanhamento da Comissão de Graduação (COMGRAD) nos aspectos logísticos do ensino sob a orientação das chefias de serviços no HCPA.

A partir do que se sustenta, aqui, o ensino na área clínica, exercido preponderantemente em um contexto hospitalar, enfatiza a doença e, portanto, está em desacordo com as políticas e os estudos sobre saúde que incentivam sua promoção, como ocorre nos postos de saúde com grande resolutividade. Assim, a instituição daria uma nova direção à formação do médico, implicando em mudanças substanciais na forma de ensinar.

Na avaliação de 1999, também realizada pela comissão especial do MEC (sobre as condições de oferta dos cursos médicos), permaneciam as deficiências apontadas e recomendava-se a organização do internato em dois anos, além de equilibrar progressivamente as atividades de enfermagem com ambulatórios e rede básica de saúde e de criar meios para maior envolvimento do corpo docente com a graduação. Atente-se para o

fato de que já em 1997 chamava-se a atenção para essas especificidades, a exemplo do relato de Francisconi para o Fórum de Ensino de Graduação em Medicina Interna, realizado em 1997:

Quanto à Avaliação no Curso Clínico, há a desarticulação ensino/serviço, na qual chefes de serviço elaboram e submetem aos regentes de disciplinas objetivos educacionais incongruentes, repetitivos ou mesmo desconectados dos objetivos gerais das disciplinas do Departamento de Medicina Interna. Outras sugestões: oferecer aos professores a oportunidade de capacitação pedagógica, pois os conteúdos constantes dos cursos de pós-graduação são insuficientes; reforçar o papel do professor integrador e estimular linhas de pesquisa em que possam ser avaliadas diferentes técnicas semiológicas; melhorar a qualidade dos instrumentos de avaliação, notadamente as práticas; avaliação dos professores pelos alunos (ROSA et al., 2000, p. 77).

Com a conquista que significou o PROMED-SESU/MEC (PROMED, 2001) (Secretaria da Educação Superior, do MEC), em janeiro de 2003 foi assinada a primeira *Carta Acordo*. Esse documento centrava-se na sensibilização dos professores, dos alunos e dos servidores, visando à construção do processo de mudanças e a transição paulatina do modelo tradicional centrado na doença e no atendimento hospitalar para um modelo mais integral. Segundo Venturelli, o ensino inovador não é financeiramente mais dispendioso do que o ensino tradicional; para motivar os professores é preciso que eles estejam informados. E enfatizou termos usados nas mudanças – a exemplo de “gradual” – salientando a importância de haver um programa continuado de formação docente (FAMED/UFRGS, 2005).

O item *As Novas Providências para Divulgação das Diretrizes Curriculares*, relaciona-se com as correções necessárias identificadas pelas comissões de avaliação do MEC e com as premissas contidas nas DCN para o curso de medicina. Assim, em março de 2002 realizou-se o I Seminário Interno de Ensino Médico da FAMED/UFRGS. Ao término do encontro, foi deliberado que as discussões deveriam ser ampliadas, partindo de um

cronograma definido, incluindo no debate o maior número possível de docentes. Essa mesma orientação foi repetida por Venturelli, para quem “não adianta fazer pequenos grupos para discutir as mudanças, a convocatória deve ser maior” (FAMED/UFRGS, 2005), como também é preciso evitar “ter muitos especialistas nos comitês de desenho curricular, a fim de que não se perca o enfoque das competências para atenção primária” (Famed/Ufrgs, 2005).

Para implementação das propostas identificadas durante o Seminário e suas oficinas, duas áreas contidas no PROMED mereceriam uma atenção especial para sua implementação: uma linha de pesquisa em educação e saúde e a criação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no HCPA. Alguns relatos reafirmam essas disposições. No relatório institucional citado, quanto à pós-graduação, Manfroi assim se manifesta:

Sempre foi nosso entendimento que as mudanças de paradigma de ensino e dos cenários para atender ao deliberado nas Diretrizes Curriculares, só teriam sucesso quando tivéssemos um número significativo de professores com doutorado ou mestrado e produção científica de impacto na Área de Educação Médica (...) Uma linha de pesquisa em Educação e Saúde, com a participação do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação foi aprovada em 25/02/2002 (FAMED/UFRGS, 2005).

Conforme Ribeiro, seguindo uma

tendência geral, em Educação Médica o ensino está em último lugar; [há um] ...interesse muito remoto; ...as escolas que entenderem o que tem que mudar, avançarão, caso contrário, ficarão estagnadas; (...) É bom para o ensino a busca autônoma dos alunos, interesse para a disciplina; (...) reservar valor para este tipo de questão, analisar os egressos para decidir o que farão; a formação é tão importante, quanto fazer clínica; excesso de informação, lugar de trabalho e postura do professor mudaram. (RIBEIRO, 2003, p. 119).

E questiona: “Como fornecer um novo questionário que coloca a escola neste patamar? Quais são as estratégias?” ao que defende que uma delas é criar uma linha de pesquisa para qualificar os docentes.

As intervenções educativas são habitualmente complexas e de caráter qualitativo, resultando, desse modo, ser difícil de se obter evidências científicas que possam avaliar objetivamente tanto os diferentes métodos educativos utilizados quanto os instrumentos de avaliação empregados nos diferentes níveis da formação médica. Isso implica reconhecer a dimensão educativa da qualificação e do exercício profissional na área da saúde e não apenas da educação médica em particular.

Desse modo, importa conhecer como vêm sendo efetivadas tanto na teoria quanto na prática as experiências *de* e *em* educação e saúde prioritariamente no Brasil e no mundo. E superando o mito de que “bons médicos ensinam bem” propicia condições para uma formação qualificada capaz de oferecer aos profissionais alternativas e inovações pedagógicas avaliadas cientificamente.

4.3 Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina e o Docente da FAMED/ UFRGS

Em relação à construção curricular, as experiências anteriores fizeram com que um levantamento histórico das tentativas e das mudanças, acontecidas ou não, exigisse instrumentos de comunicação e sensibilização dos professores, como trata a referida *Carta Acordo* do PROMED. Docentes imbuídos de sentimentos de tal grandeza demonstravam o interesse que o processo despertava, como os expressos nas seguintes falas:

Eu acho que a nossa pureza, a nossa esperança (...) na verdade, às vezes – tu sabe – escrevendo coisas simples, que vêm de dentro, tu acaba mexendo mesmo com as pessoas pra... A gente tem que passar por várias gerações de professores e ir trabalhando a cabeça dos novos, até tu chegar num patamar ou então tu faz o método ‘conta gotas’. (...) Agora nós temos que fazer, não só porque essa

é uma... é uma coisa boa pra, mas porque agora é... existe uma 'lei', entre aspas, que isso aí é importante... 'Nós não temos pedagogo, que é uma falha muito [ênfase do entrevistado] grande'; se a faculdade não sabe o que... pra onde é que ela quer ir, ela não sabe que tipo de professor ela quer, então cada vez que tem uma vaga, a vaga é suprida nos moldes anteriores. (E. 2, crivo nosso)

A Faculdade de Medicina tem que oferecer pros alunos diferentes experiências, diferentes modelos de trabalho... Nós gostaríamos de oferecer mais atividade ambulatorial, mas por razões logísticas nós não conseguimos oferecer, por uma razão muito simples: todos os nossos ambulatórios são de tarde e a nossa... o nosso espaço de ensino de graduação é de manhã. (...) As pessoas tentam explicar por modelos, o que não é ruim por causa do modelo, eu não tenho nada contra o modelo, ele é ruim porque as pessoas são ruins... É incompetência e falta de trabalho dos nossos professores (...) ninguém cobra de ninguém, os alunos quando passam por mim ficam chocados no primeiro dia que eu digo que vou cobrar e cobro. Porque eles estão acostumados com o acordo da mediocridade... "eu não te ensino e tu não me cobra e ficamos bem assim..." e "eu to na melhor faculdade do mundo..." (E. 10)

Essa mobilização propiciou reflexões sobre o fazer docente e discente, tomando como referência essa construção, além dos desafios, desdobramentos e resistências.

Quanto aos docentes no HCPA estarem mais envolvidos com assistência do que com ensino, o *Relatório* da FAMED diagnosticou que haveria espaço para mudanças desde que ele fosse ocupado com as atividades do ensino de graduação, recursos logísticos adequados, no sentido de implicar maior participação da COMGRAD do curso no acompanhamento da execução dos programas de ensino e da respectiva avaliação.

Contudo, alguns dos posicionamentos dos entrevistados sobre as DCN demonstram que muitos deles não contemplam uma aproximação em tal sentido:

A formação dele deve ser dedicada mais a conteúdos mais prevalentes, em locais em torno dos quais acontecem mesmo as coisas mais comuns, que utilizem pedagogias que privilegiem pequenos grupos, pra, pra ter mais... uma aproximação maior... Tu acha que o professor tem... tem...Eu acho que é bem político pra? (E. 14)

[A respeito das DCN] Não, não conheço... (E. 15)

Não quero responder, não gostaria de responder isso... Quero o meu advogado... [brinca] (...) Tenho [opinião], mas eu não... é uma área que eu não gostaria de entrar. [sobre as DCN] (E. 12)

Quais diretrizes? Ah, as do MEC... são uma piada de mau gosto. O MEC... Eu acho assim, vou me ater só à área médica: nós estamos num processo em que cada vez se retira mais o acadêmico de medicina das lides médicas, pra... (E. 6)

O professor não se dá conta que existem Diretrizes Curriculares. Por quê? Porque não estuda isso, estão aquém, eu acho. Acho que tem uma coisa que é muito intuitiva e que se resolve bastante bem, na medida em que as pessoas se dedicam a ensinar e tudo o mais, mas tem coisas que perpassam a função pra, que tem ciência, que é “o que vocês tão fazendo?”, que é mestrado, doutorado, que é linha de educação, medicina... etc. etc. que a maioria de nós desconhece. Mas a maioria de nós “toca de ouvido”, pra, quer dizer, toca mal, pra. (...) ...pra implementar novas ferramentas de ensino médico na UFRGS, com o conservadorismo da Faculdade de Medicina, acho que não é uma missão impossível, mas acho que não sei se seria o melhor tudo igual. (E. 9)

Há, inclusive, algumas ponderações que caracterizam as DCN como modismos temporários, algo provisório, e daí, portanto, efêmeros, o que justificaria a eventual desnecessidade de sua aplicação e subseqüentes adequações.

Porque se não tu fica nas ondas de moda pra, a moda hoje é “isso”, então vamos fazer “isso”, a moda hoje é “aquilo” e vamos fazer “aquilo”. E uma escola não pode só ficar fazendo só o que tá na

moda, pra. Eu acho que ela tem que ter uma ideia maior do que isso. Eu acho que o fato de a gente ter mais de cem anos nos qualifica pra ter esse tipo de pensamento assim, de poder. Ter áreas grandes de pesquisa, superespecializadas... uma abrangência de medicina comunitária. Eu acho que nós estamos conseguindo fazer uma... uma mistura boa em relação a isso. (E. 3)

Em toda a minha vida médica, pra, eu me acostumei com uma coisa que eu chamo de modismo, pra. Nós passamos por vários modismos, talvez isso seja um outro modismo, as pessoas vêm e vão. Porque tu imagina um... médico burocrata, sentado na sua cadeira e bolando coisas e pensando coisas - com um grupo provavelmente -, e "não, isso aqui não é exatamente o que nós gostaríamos que fosse; vamos tentar modificar e vamos fazer mais assim ou mais assado...", e essas coisas vão surgindo, talvez de uma maneira bem ampla, bem geral, vão surgindo... E aí, "vamos dirigir agora pra isso aqui... quem sabe vamos humanizar mais a medicina", quem sabe? "Mas como é que nós vamos humanizar mais a medicina? Vamos dirigir, quem sabe, o nosso alvo, a nossa atenção pra essa deficiência desse tipo ou quem sabe pra aquela lá?" É assim que faz, eu acho que é nesse sentido. Antes nós éramos mais espetaculares, hoje mais objetivos... Menos Deus, ou menos deuses... (E. 14)

A necessidade de um envolvimento maior quando se trata de educação, pelo tempo exigido ser exíguo, cria desconhecimento para o que, estrategicamente, deveria ser uma decisão coletiva da instituição, tomada por pessoas com credibilidade para tanto, sob pena de não determinar a aplicação, como foi relatado por um dos docentes:

Eu acho que os professores em geral se envolvem pouco na educação, têm uma diretriz de ensino, de educação... pelo jogo de vida corrida mesmo... A gente faz o que é determinado. Eu acho que a gente sabe menos do que poderia saber sobre a educação, sobre o currículo, coisas desse tipo. Agora, alguém tem que fazer isso, isso tem que ser feito, não pode ficar ao bel prazer de cada

um, porque senão perde-se a coisa da disciplina, da hierarquia, que eu insisto, que eu acho que é essencial, tem que existir um alinhamento... A decisão de como vai ser o currículo e a faculdade é uma decisão importantíssima... [a faculdade] ...vai ser mais reflexiva, mais crítica, isso é muito importante. O problema é que se tu não tiveres as pessoas certas pra aplicar, elas boicotam. “Bom, com esse grupo eu consigo tal coisa” ou mudar o perfil, ou dizer “não, então no próximo concurso eu quero fazer assim”. Eu acho que ser reflexivo e crítico é mais importante do que o microcurrículo em si... E esses processos, eles não são rápidos, são lentos e demandam uma percepção muito grande de quem tá tomando a decisão. E aqui eu tô levantando o problema, não tô dando solução, porque se a solução fosse fácil, milhares de pessoas altamente capacitadas já teriam resolvido. (...) Tu manda um jogador embora, contrata outro e o teu esquema se mantém. Universidade não é bem assim, porque tu tem um professor concursado, em princípio ele vai ficar lá trinta anos... (E. 4)

4.4 Desafios do (In)Disciplinamento Docente

As DCN para o curso de medicina apresentam justificativas que merecem atenção, oriundas de atores participativos do processo e que devem ser considerados pela legitimidade que têm ao se manifestarem, por exemplo, em relação aos desafios:

O problema aqui é de qualificação e de dedicação com a nossa faculdade. O modelo tem que expandir, nós temos que ter mais atividade ambulatorial, temos que ter mais atividade primária? Sim, tem que ter mais, agora... onde quer que seja. (E. 10)

O desafio é conseguir fazer essas modificações. (...) [O aluno] muito mais em prática... e a inserção dele junto aos diversos cenários de atendimento vai ser muito maior, vai ser muito ampliada (...) em ensino junto ao paciente do que era antes, e vai ter menos tempo aprendendo a parte teórica... A inserção dele junto ao paciente [se dará] desde o início da faculdade. (E. 3)

E, em relação a alguns outros desdobramentos,

E acho muito errado uma Diretriz querer que todas as escolas sejam iguais. A Diretriz hoje quer uma escola como ela acha que tem que ser, o que também tá errado, tá, porque tu tem escolas que já tão formadas. Tem que ter esse jogo de cintura da Diretriz, de modo que aceite uma escola superespecializada, com aquela identidade... Então isso é uma coisa que tem... acho que nós temos que crescer nisso aí, porque aí o aluno que vai escolher o tipo de escola que quer. O aluno quando entra, ele tem que saber: “não, aquela escola lá que eu vou entrar, eu vou aprender fortemente a fazer pesquisa; não, aquela escola que eu vou entrar ali, eu vou fortemente aprender a fazer assistência...”, ou fortemente pra área de Cardiologia, ou fortemente... Claro que também tem que ter o mínimo necessário. Eu acho que a Diretriz entra nesse sentido, de ter um mínimo necessário, acho que todas as escolas têm que responder a um mínimo necessário pra todas as áreas. Eu não posso pegar a própria nossa UFRGS, que tem uma área de pesquisa muito forte e de repente ser mal avaliada porque ela é muito boa em pesquisa e muito... é ainda recente na área social. Então assim, tem que ter um meio termo nesse sentido ainda. (E. 3)

É, eu acho que existe uma aproximação sim, nós estamos atentos a isso, a essas normas e talvez o que se necessite e se faz é uma ênfase nos aspectos preventivos, não só no tratamento da doença propriamente dita. Então eu acho que nós estamos atentos a esses princípios e esperamos que eles estejam verdadeiramente sendo colocados em prática, assim como em outras áreas do curso de Medicina. (E. 16)

E quanto à interpretação das Diretrizes, os seguintes argumentos se destacam:

Tem sempre aquela discussão “o que eu perco?”, “quanto tempo de carga horária eu perco?” E como a gente tinha o Internato – ele é muito poderoso em termos de carga horária... E a Medicina Interna ganhou muito mais espaço no Internato porque foi criado

o Internato de Emergência Clínica, de CTI... Então as áreas ficaram contentes assim, na parte de carga horária e... e de posicionamento no currículo, não teve nenhuma dificuldade com a Medicina Interna nessa questão. (E. 1, grifo nosso)

Eu acho que é assim: eu acho que o que vem do MEC – o MEC ideologizado – tem que ser colocado sob suspeita. Eu não acredito em formação do generalista nos moldes em que tá sendo proposto. Por quê? Porque não tem espaço pra ele. A primeira coisa que o próprio... as próprias instituições atuais pedem pra credenciar o médico: seu título de especialista. O sujeito não tem... “sou generalista”, “Ah, isso não temos”. “Olha aqui, ser generalista, o médico antigo...”, o médico antigo morreu, não existe mais. O médico de família é uma falácia. O que existe hoje é um sistema social de medicina familiar em que não é médico de família, continua não sendo, porque eles tão empregando indivíduos que não conseguiram na residência. (E. 6, grifo nosso)

Pode-se, também, visualizar o problema pelo lado da resistência docente:

Essa disciplina não saiu por um único motivo: um... só o rechaço dos professores, não teve jeito, não teve jeito, não teve jeito [repete]. (...) Se criou pela área... digamos assim, ala conservadora, que “eles não mexam... não mexam na minha casa, não mexam no meu bolso, não mexam na minha estrela que tá brilhando...” E assim: “Isso não serve, isso é uma... isso é PT...”, como se o PT fosse uma coisa assim do demônio pra... [e segue] “...isso é má medicina e não queremos que a Secretaria da Saúde venha aqui dizer o que eu tenho que ensinar pros meus alunos”. “Isso, infelizmente, foi um movimento tão [enfática] forte, tão forte [repete], que “não, na minha faculdade ninguém vem dar palpite, Eu [“a faculdade...”, esclarecê-la], vulgo a comunidade [médica], nós é que vamos decidir o que que nós vamos ensinar, como é que nós vamos ensinar...”. (E. 2, grifo nosso)

Há um resgate enfático do espaço específico do saber médico, não necessariamente, contextualizado, o que remete à dificuldade de integrar conhecimentos afins, como expressa um docente:

Então gestão de saúde, medicina do trabalho, orientação em medicina do trabalho etc. etc., medicina epidemiológica, enfim, tudo pode ser um indivíduo não médico pra exercer. O que é que é... o que é a nossa tarefa específica, que só ao médico é permitido? O diagnóstico e o tratamento. Eu tenho uma frase pra mim que eu sigo assim... sigo ao pé da letra, é do William Osler, ele dizia: "estudar medicina sem livro é como navegar um mar não cartado, estudar medicina sem paciente é nem sequer chegar ao mar". Então assim ó, tem que ter paciente à beira de leito, o professor de medicina tem que estar à beira do leito, com o livro na mão e o acadêmico, do contrário não existe ensino de medicina, todo o resto é firula... Ah, como assim? Se tão tirando o médico da sua atividade terapêutica, porque que vão dar pro outro? (E. 6, grifo nosso)

Entendendo-se as circunstâncias que envolvem um eventual compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares, no qual sobressai a figura dos gestores, concorda-se com Arruda (2000, p. 69), para quem

é preponderante a definição do tipo de médico que se deseja formar, não necessariamente igual para todas as escolas, e mesmo a medicina baseada em evidências, mesmo podendo levar a melhores decisões, deve ser tratada como ferramenta que não desvalorize a experiência clínica, tendo suas limitações, sendo que a tentativa de equilíbrio entre a ciência e a arte deve prevalecer.

No entanto, essa disposição encontra em Silva (2005, p. 139) outras ponderações:

As Diretrizes para o curso de medicina, embora definidas como constituindo orientações, ao mesmo tempo, tomam caráter mandatório, não opcional, quando especificado como devem

ser necessariamente adotados, mesmo que na continuidade, apontam uma abertura e um estímulo à passagem de um currículo grade para um currículo rede, embora ambos possam ser prisionais, abrem para transformações no papel, ou meras adaptações.

Nesse sentido, Silva considera que as instituições de ensino superior, obrigadas a se adaptarem a essas determinações legais, tendem a oferecer o risco de solapar um processo necessário no campo dos enfrentamentos éticos e políticos instituidores de uma concepção de educação, de formação e de currículo. Concorde-se amplamente com sua afirmação:

Estes apontamentos evidenciam que o processo interno não percorreu os mesmos caminhos, o que pode estar ligado à fragmentação dos departamentos da própria instituição, ou a própria forma como o processo foi conduzido, gerando dúvidas e resistências. A relação de forças transparece na afirmação de que quem grita mais é mais ouvido, na desvinculação teoria/prática dos que participam das instâncias decisórias, no atrelamento aos interesses de grupos (SILVA, 2005, p. 143).

Para Komatsu et al. (2003), a instituição tem seus próprios tempos e movimentos resultantes da sua missão, história, organização do trabalho e características do conjunto de pessoas que dela fazem parte. Também há regras maiores e fora do controle isolado das instituições, porém, considerando-se as pressões/influências externas à governabilidade, cada uma reage e se posiciona de modo muito particular. A análise de quando mudar será sempre situacional, porém há que se ter um tanto de audácia, determinação e persistência porque a inércia e a tendência à norma são forças entranhadas na prática humana.

Propostas não suficientemente discutidas pelos departamentos (a exemplo da citada por Cordioli ao se referir à reforma de 1980, mencionada anteriormente), correspondendo a uma imposição por parte da COMCAR, determinaram nova discussão e reforma curricular a partir de 1986, quando parcela significativa da comunidade a imaginou um retorno ao currículo

de 1960, considerado um fracasso. Ou seja, justificativas que poderiam ser replicadas para as demais reformas.

Conforme ressalta amplamente a bibliografia consultada, a busca por um currículo inovador enfrenta limitações por parte do ensino médico – de concepção ainda mais voltada para o ensino tradicional –, diante do crescente desenvolvimento tecnológico e seus custos, de um lado, e da baixa solução de demandas de saúde prevalentes de outro. E também em relação às políticas de distribuição e acesso aos serviços de saúde e ao fato de a clínica estar excessivamente centrada nos aspectos biológicos do contexto.

Avaliando-se, então, as demandas do diagnóstico institucional de 2005, observa-se a necessidade de que haja um repensar do fazer no ensino da faculdade ao dar ciência à comunidade dos pontos relevantes e das medidas sugeridas. Entre elas estão a de sensibilização docente, e a instituição de programas de pós-graduação que constituam novos formadores que reflexionem e discutam o ensino em sua plenitude, contextualizando-o de acordo com a época e com as necessidades sociais. Entendendo o currículo como uma construção social e somatório das intenções vivenciadas no processo de ensino-aprendizagem, para Komatsu et al. (2003) são essenciais a capacitação docente e a transformação da prática educacional, visando à qualificação das questões voltadas ao psicossocial, justamente quando comparadas àquelas voltadas à dimensão biológica.

Em um contexto em que o ensino tradicional está centrado no professor, o qual determina e cede os conteúdos prontos que o aluno deve estudar, esse enfoque biomédico e disciplinar soma-se à já referida fragmentação entre ciclos básico/clínico, teoria/prática e trabalho/estudo, ficando nas mãos dos estudantes a tarefa de integrar os diferentes saberes. Isso, no entanto, torna-se bastante difícil sem uma discussão mais ampla das próprias Diretrizes.

No que tange às resistências, estas podem ser minimizadas mediante melhor conhecimento da proposta educacional e pela maior experiência e domínio acumulados por parte dos estudantes, docentes e instituição, observando-se a presença necessária de gestores que estimulem, integrem e favoreçam espaços e discussões sobre a educação médica na escola, além

dos meios existentes. No entanto, mesmo aqueles mais otimistas devem reconhecer que o progresso e os benefícios alcançados pela medicina nem têm a pretensa linearidade que se idealiza e sequer seus objetivos são claramente discerníveis. Ressalta Edler (2008, p. 7) que, “atualmente, é incontestável a percepção de tendências positivas em meio a questionamentos e denúncias sobre o papel das instituições e práticas médicas”.

O argumento aqui defendido de que a educação médica não pode prescindir de – e mais, deve pautar-se por – um perfil crítico e reflexivo no médico a ser formado, é justamente o polo oposto a uma das características mais salientes da própria educação médica contemporânea. Essa educação imprimiu à formação uma atitude pouco questionadora e tensionante na forma de assimilação do conhecimento produzido pelos especialistas das disciplinas básicas e das especialidades clínicas.

Expressar, pois, as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, nesse constante e dinâmico processo de identificação – ou não – com as tendências curriculares, hoje e sempre existentes, serve para dar visibilidade ao quão diversificado é o pensamento de seus atores. Pensamento em nada similar a uma linearidade que a história futura talvez estimule a descrever, no sentido de que por mais que ocorram mudanças é preciso admitir que a alteração de um contexto não será tarefa fácil ou certa.

5 DUALISMO ENTRE TEORIA E PRÁTICA

Os desdobramentos que compõem esta discussão relacionam-se ao dualismo entre teoria e prática, procurando-se demonstrar como ocorre a constituição, a vocação, o perfil na docência médica e também o controle docente. Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que levam para a universidade o profissional médico e que ali se ressignificam, contudo, também evidenciam dificuldades em trabalhar um referencial teórico definido e estudado especificamente para a docência em medicina.

Pode-se reconhecer que o perfil requerido para o docente ingressante na FAMED/UFRGS, base deste estudo, se aproxima mais do pesquisador especialista do que propriamente do professor. Um fazer vocacionado, em uma prática normalizada e destituída de romantismo e de uma salutar subjetividade aparece com força preponderante, embora em nível de discurso. Há uma identidade docente marcada pela instituição, o que também se reflete em seu aluno de medicina e na convicção de que, por ser “capacitado”, está apto a aprender seja qual for a dinâmica docente adotada, o que, em geral, leva-o, particularmente, a uma especialização precoce. Em um extremo oposto, mas relacionado, surge o que alguns docentes citaram como a “síndrome do aluno da UFRGS”, ou seja, aquele aluno que passa uma imagem de que para ele basta, simplesmente, ser acadêmico de medicina, após seu ingresso em um curso tão concorrido. Esses dois polos relacionam-se por fazerem parte de uma mesma sistemática, de um mesmo perfil: a falta de estímulo ao senso crítico e à reflexividade, em relação à construção do fazer médico, a partir de sua própria formação, algo que traz em si um tanto de responsabilidade do próprio estudante.

Dentre os instrumentos principais da *tecnologia disciplinar*, a vigilância hierárquica se constitui em um jogo de olhares que se efetua na rede de relações múltiplas e entrecruzadas, mesmo quando sua organização

possui forma piramidal, como em um hospital de ensino, de forma que se instituem *fiscais perpetuamente fiscalizados* (FOUCAULT, 1994, p. 95).

Em toda a trajetória desta obra, conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, se evidenciou na vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição, e o embate entre racionalidades diversas: o positivismo científico e o subjetivismo educacional.

Foucault, ao debater o nascimento da clínica, demonstrou que seu desenvolvimento esteve ligado ao reconhecimento da necessidade de um ensino que fosse controlado em sua qualidade, a fim de evitar a multiplicação de erros e de encaminhamentos perigosos à saúde dos cidadãos. Essa preocupação atingiu o ponto de um fechamento gradual do exercício da medicina apenas aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, isto é, o ensino médico teve sempre uma didática própria. O método clínico vai conformando um “corpo organizado da nosologia” (FOUCAULT, 1994, p. 19-20), estabelecendo, com a doença e o doente, relações fundadas na decifração e codificação de sintomas (FOUCAULT, 1994). Essa racionalidade didático-pedagógica, entendida como reflexão crítica, consistente e consequente sobre o processo educativo – que está sob a responsabilidade do professor –, “permanece, de modo geral, como algo separado do investimento na competência técnica em medicina” (BATISTA et al. 1998, p. 52). A racionalidade técnica implanta a figura do *expert*, que, com sua eficiência e domínio das técnicas derivadas do conhecimento científico, legitima os “objetivos que ficam fora do debate tanto para os professores como para a sociedade” (CONTRERAS, 2002, p. 102).

Assim, se a força da organização das especialidades no mercado tem a ver com a articulação dos conteúdos da clínica médica, há as Diretrizes que propugnam pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social. Questiona-se se uma reforma do ensino médico dependeria de uma reforma dos saberes e práticas que orientam a clínica e a saúde pública, e se os atores desse processo conhecem o modelo vigente e como este modelo se mantém a custa de estratégias cuja visibilidade foi buscada nas falas dos docentes entrevistados.

O dualismo, tanto nas discussões quanto nas práticas acadêmicas, também pode estagnar-se em ações isoladas e estanques; daí, conclui-se que visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia só se torna possível ao se olhar para além dos embates acadêmicos identificados.

Portanto, propôs-se conhecer o histórico de uma existência mediante o questionamento dirigido aos docentes sobre a escola médica em voga e sua historicidade. Reconhece-se que o surgimento da epidemiologia clínica representou a busca para alcançar uma objetividade na prática clínica, que trouxe consigo o modelo científico por excelência, embora haja incertezas em seu exercício, ao se tentar superar as eventuais dúvidas clínicas, como o são as tensões entre objetividade/subjetividade, singularidade/universalidade, doença/doente.

A exacerbação da identificação da medicina como ciência, com forte fundamentação científica, pode ser questionada. Nesse sentido, concorda-se com os apontamentos de Souza (1998, p. 11), os quais encontram respaldo na obra já citada de Foucault, e o autor defende que

a transformação não ocorreu porque, enfim, a medicina moderna pôde encontrar seu objeto, mas se operou ao nível da relação entre aquele que fala e aquilo de que se fala, quando a partir de uma mudança nos planos do visível e do invisível, e sua relação com o enunciável, se operou uma reformulação no próprio saber, expressa na mudança do discurso médico que passa a falar, numa nova linguagem, sobre outro domínio da experiência médica (SOUZA, 1998, p. 17).

Salientando-se a parte final da citação, de fato, houve uma mudança na linguagem, fruto do avanço nos saberes. No entanto, as práticas, aquelas formas do fazer no campo médico, atreladas às relações com subjetividades, universalidades e, acima de tudo, com o doente (e não apenas restritas à doença em si), foram sendo deixadas de lado, carecendo de maiores reflexões.

Ainda em *O Nascimento da Clínica*, Foucault investiga a produção do conhecimento e da mudança no saber médico articulada às práticas

sociais, relevantes na estruturação de uma experiência médica coletiva. Dedicar atenção especial aos temas da reorganização do ensino, do exercício da profissão médica e da instituição hospitalar como um todo. Pode-se perceber que ensino e assistência se conjugaram e as patologias passaram a ser observadas ao mesmo tempo, em sua condição de acontecimento singular e como parte de uma série no campo hospitalar e na transformação da estrutura de sua racionalidade e no domínio de sua experiência. Essa reorganização se associou ao desenvolvimento do método clínico a partir de quando o olhar médico não se contentou mais em *constatar*, buscando *descobrir*, o que estimulou a valorização das pesquisas.

Em relação à administração da gestão da escola médica e da área específica de ensino, entendem-se as circunstâncias de eventual compromisso institucional com as DCN, no qual sobressai a figura dos gestores. Contudo, a aproximação docente, aparentemente sem grande convicção sobre as mudanças, e até mesmo demonstrando total desconhecimento, origina a desresponsabilização com a participação e a responsabilidade de cada professor, principalmente quando a decisão emana de instância superior (e legal) como as DCN.

As representações identificadas nas falas docentes diante de um novo quadro de orientações (DCN), o qual tem a sensibilização como fator a ser considerado, destaca-se, conforme Silva, anteriormente citado, que, “tendo em vista a fragmentação dos departamentos da própria instituição, ou a própria forma como o processo foi conduzido, gera dúvidas e resistências, que podem ser minimizadas através do melhor conhecimento da proposta educacional”, e, continua o autor, “sendo as Diretrizes para o curso de medicina orientações, tomam caráter mandatório, apontam uma abertura e um estímulo para transformações ou seriam só no papel, ou meras adaptações?” (SILVA, 2005, p. 11).

No entanto, mesmo as opiniões mais favoráveis precisam reconhecer que os avanços mais positivos alcançados pela medicina raramente foram lineares ou sequer tiveram seus objetivos claramente distintos, até por privilegiarem a dispersão. Desse modo, ao expressar as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, no processo dinâmico

e relacional com as tendências curriculares, pode-se ter maior visibilidade dos diversos matizes constantes no pensamento de seus atores, em franca dissonância em relação àquela pretensa linearidade que a história – passada e futura – pretende manter.

Nesse contexto, outros desdobramentos merecem atenção. Historicamente, como leciona Foucault, o encontro da clínica com o hospital inscrevia-se como lastro e pressuposto do processo de formação do médico, portanto, o hospital foi sendo absorvido como uma linguagem única. Nele, aptidões, talentos e vocações teriam espaço de expressão, mas em detrimento de outros cenários:

Não se trata do posterior encontro entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar; trata-se de uma nova disposição dos objetos do saber: um domínio onde a verdade se ensina por si mesma e da mesma maneira ao olhar do observador experimentado e do aprendiz ingênuo; tanto para um como para o outro; só existe uma linguagem: o hospital, onde a série dos doentes examinados é, em si mesma, a escola (FOUCAULT, 1994, p. 77).

Em relação à introdução da tecnologia na medicina, esta está inserida em um processo bastante abrangente, e, sustenta Koifman (2001, p. 54),

[...] no campo do saber médico, a influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, alicerce consensual da moderna medicina científica. O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas; mas que precise constantemente de inspeção por parte de um especialista, cujos problemas somente estes possam constatar.

Nesse mesmo sentido é que se questiona a racionalidade médica do modo como está, em especial quanto ao ensino médico, com base em um paradigma no qual o modelo é excessivamente centrado na alta tecnologia e na superespecialidade. Ou seja, o ensino médico acaba por absorver para

si essa sistemática: o modelo científico e biomédico, refém de práticas que, no fim e ao cabo, necessitam de um médico extremamente especializado para resolver problemas que somente a ele parecem endereçados, na forma como se encaminha o ensino e o fazer médicos até então. Dessa forma, a escola médica deixa de dar a devida atenção e abrangência que o sistema de saúde requer. Portanto, há uma responsabilidade a assumir por parte das escolas de medicina, e também da FAMED/UFRGS, em relação à maneira como o ensino é conduzido e se relaciona com os pressupostos exigidos pelo sistema de saúde. Por outro lado, se a formação em medicina implica triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, questiona-se: Quem é o professor que tem assumido a mediação nesse processo de formação? Se e como tem ocorrido o seu preparo para a função docente? São pontos de extrema importância. O relato a seguir, de um dos professores entrevistados, também trata dessas questões.

Tu entra num pacote já fechado, basicamente a Universidade não te propicia nenhum treinamento – não é nem treinamento – ela não te dá nenhuma diretriz pedagógica, nenhuma diretriz didática médica; os programas que existem, que é o PAPE – Programa de Apoio Pedagógico –, não... absolutamente não te dá nenhuma... condição, ou “é assim olha, é assim que se faz, é esse o caminho da UFRGS”; é uma coisa construída individualmente por cada unidade, por cada departamento e por cada serviço e aqui o pacote é meio fechado assim, nunca se parou pra pensar outro modelo, nunca se parou... (E. 11)

De acordo com a hipótese inicial, é conhecido o fato do despreparo para a função docente em medicina. Aliás, antes de se falar em preparo – como reporta a fala acima – existe uma falta de diretiva institucional que conduza o fazer docente, que dê o sentido do que se pretende construir em termos de formação profissional discente e, naturalmente, condizente com as DCN. O que se vê são normas relativas a cada instância de gestão, que se configuram para os profissionais de ensino como um “pacote fechado” que se deve seguir durante a formação médica, tanto por professores quanto por alunos.

Assim, não há um estímulo à formação para a docência, nem uma preparação para tanto, esperando-se que no dia a dia da sala de aula essa qualificação esteja apenas nas mãos dos próprios professores e, por fim, dos modelos que eles tiveram. É com essa finalidade, ou seja, a de melhor qualificação docente em relação ao que o sistema público de saúde requer e ao perfil de profissional que se pretende formar, que se impõe a necessidade de efetiva interação das DCN com o ensino em medicina, portanto é algo que deve ser relacional.

Outro professor entrevistado fala sobre uma tentativa de alterar esse modelo, priorizando a atenção ao doente:

Eu digo coisas que alguns acham meio duras: “o nosso compromisso primeiro não é com você, não é com dar aula pra vocês, não é pra fazer pesquisa, nada disso; primeiro compromisso é cuidar bem do doente, qual é o nível de cuidado com o doente que nós temos que aceitar? Só um: excelente, igual ao melhor do mundo; nós não podemos... nós não somos aqui... adeus ao complexo vira-lata, nós não somos medalha de latão, quinto lugar com choro; nós concorreremos aqui pela medalha de ouro da excelência assistencial”. (E. 8)

Constata-se que não há propriamente incompatibilidade entre o que se quer e o que se tem, ou seja, entre o perfil institucional vigente e o que se pretende. O que ocorre é uma falta de associação adequada entre razão e sensibilidade. Retomando a fala acima, não há que se reduzir instâncias dentro de pesquisa, ensino e assistência; há que sensibilizá-las, adotar uma “razão sensível”, dimensionando-as. Portanto, a ênfase no doente proposta pelo professor não vai de encontro ao restante das atividades, ela é o ponto de partida para essa excelência que se quer, que abrange, sim, o ensino, a pesquisa, a alta tecnologia, entre outros. É o meio pelo qual se atinge o que se quer, mas, por um viés que aponta para a atenção em saúde que se deseja, tanto pela via de ensino quanto a legal (DCN entre muitas outras disposições legais em termos de educação superior e médica).

Conforme o Relatório Geral de Avaliação do Ensino Médico no Brasil (1991-1997) da CINAEM (1997), há uma tendência nas escolas médicas do

país de que as relações de poder estruturadas durante o curso de graduação moldem uma postura passiva e reprodutiva por parte dos alunos no processo de aprendizado, promovendo a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias de forma pouco crítica e, conseqüentemente, inadequada. Dessa maneira, assumem posicionamento estratégico de submissão (docilidade, parafraseando Foucault), como forma de transposição das dificuldades para passar de uma etapa a outra em seu processo de formação.

Detendo-se a atenção no currículo do curso médico, conforme explicita o projeto pedagógico de 2007 (FAMED/UFRGS, 2007), é possível perceber que este abrange uma seqüência de disciplinas, estágios e internatos ordenados por matrículas semestrais, em uma seriação aconselhada. O currículo 242.00 do curso foi implantado progressivamente a partir do segundo semestre de 1990. Para integralização desse currículo, ainda vigente, são exigidos seiscentos e cinquenta e quatro (654) créditos ou nove mil, seiscentas e setenta e cinco (9.675) horas-aula.

O ensino de cardiologia está sob a responsabilidade do Departamento de Medicina Interna (DMI), através de três inserções: na Introdução à Clínica Médica – MED01001, na qual se insere a Semiologia, no quarto semestre; a Clínica Médica I – Estágio – MED01116, no quinto semestre, e o Internato de Clínica Médica, – MED01175, nos quatro últimos semestres do curso. Esses três módulos ocorrem em cenários diversos, como caracterizado na fala abaixo, mas sempre inseridos no ambiente hospitalar:

...a atuação na graduação que se dá em três níveis, que é a semiologia cardiológica, a clínica médica cardiológica e a atividade com o estagiário de internato, o doutorando. ...então a gente acaba tendo que passar por esses três... esses três cenários que são bem diferentes [mas todos dentro do hospital]. A semiologia é o início, é a apresentação do paciente pro aluno. A clínica médica já é um cenário mais de discussão de caso clínico frente ao paciente e tal, e o internato, ele já é uma coisa mais num nível bem prático assim. Na minha percepção assim, a gratificação melhor, maior, se dá no nível intermediário: a parte do aluno de clínica médica que já tem uma percepção boa da relação médico-paciente, já

passou por uma fase inicial de treinamento assim e começa a ter um vínculo maior com o paciente, começa a ter uma noção melhor das patologias, das doenças cardiológicas e é um momento que eu tenho particularmente maior gratificação. Acho que existe uma ambivalência inicial em relação à semiologia cardiológica, até porque ela perdeu muito espaço histórico, dentro da formação do médico cardiologista ou do médico em geral. (E. 11)

Em resumo, quanto às peculiaridades de cada uma, verifica-se que a semiologia adquire certa relevância em um primeiro momento. Contudo, ao se deslocar o foco para a Clínica Médica I como estágio, aí se localizam conteúdos de diferentes especialidades de forma fragmentada, entre as quais a cardiologia. O regente, em verdade, é um coordenador de atividades fragmentadas em múltiplas especialidades, o que o desafia em sua ambicionada busca de algum grau de uniformidade no ensino. Os depoimentos de professores e suas análises sobre o desempenho dos alunos e o modo com que o ensino se desenvolve em uma escola contêm peculiaridades, por exemplo:

Propiciar uma troca de ideias e experiências entre os professores, o que é algo bastante difícil porque nós temos muitos professores participantes das atividades que se desenvolvem de forma concomitante, na mesma hora, então é difícil acompanhar, de fato, o desenvolver das atividades, porque são simultâneas. (...) Por outro lado, aqui, no âmbito da cardiologia, torna-se mais fácil, porque nós estamos aqui, a área física é muito mais reduzida, nós participamos diretamente, como professores que somos e há uma maior proximidade também entre os docentes. (E. 16)

É pertinente o argumento de Campos (1992, p. 191):

Procedendo-se a uma divisão dos estágios entre dezenas de especialidades, estas pouco dialogam entre si, e os professores-especialistas procedem como se todos os alunos fossem ser especialistas naquela área. A questão sobre o que um médico geral ou de

qualquer outra especialidade necessitaria saber sobre o tema não é a lógica que preside a construção dos conteúdos dos estágios e da abordagem teórica. (...) Procede-se como se a especialização fosse toda a medicina, como se o atendimento especializado fosse toda a assistência.

Embora o aluno possa ainda dispor dessa integração, uma abordagem mais simplificada é utilizada considerando-se a amplitude que caracteriza a Clínica Médica I e a diversidade docente, considerando-se as demais áreas envolvidas na disciplina como um todo:

(...) Abordamos esses conteúdos de uma forma simplificada... (...) Então eles conseguem dominar aquilo que é elegido de uma forma bastante simplificada. Então eu acho que a disciplina é uma disciplina muito ampla, com seus objetivos educacionais, em suas cinco áreas distintas, com muitos professores e é bastante difícil a tarefa do Regente. E há a necessidade de respaldo por parte dos departamentos, das chefias, para que – digamos assim – modificações mais amplas, mais profundas, que às vezes colidem com pontos de vista opostos, elas sejam respaldadas por um departamento, através da sua chefia, do seu colegiado, para que se possa eventualmente contornar as dificuldades, atenuar as arestas, que eu acho que é mais difícil, porque aí envolve uma questão de inter-relacionamento pessoal, com outros colegas professores, enfim. Mas é algo que se faz e de um modo geral se tem conseguido. (E. 16)

Através de um trabalho do Serviço de Cardiologia que incluiu a contribuição de todos os seus docentes, foi publicada, em 2002, (Manfroi, 2002), uma proposta para o ensino na área da cardiologia na FAMED/UFRGS, voltada ao comportamento de professores e alunos que tenha sempre no paciente (e não no “doente” apenas) o centro da ação médica. O sentido ali constante apregoava o acompanhamento dos estudantes de forma sistemática, indicando que daquilo que o aluno já sabe é que ele poderá fazer a primeira leitura de qualquer novo conteúdo. Além de uma eventual divergência

em termos de concepção do que deve ser ensinado, surge, também, outra questão que envolve o método de ensino e como desenvolvê-lo.

Que haja atividade do professor com o aluno e o paciente e não só sala de aula ou *rounds* clínicos, já com participantes com outro nível de conhecimento, do internato, residentes assim... que exija que o aluno evidentemente tenha uma participação ativa, que isso não seja delegado à terceiros, por exemplo: às vezes residentes, pós-graduandos, contratados podem participar eventualmente, mas eu acho que essa é uma tarefa aí complementar. O professor precisa participar diretamente como professor que é. (E. 16)

A fala desse professor insere esse outro aspecto, o metodológico. Assim, além dos conteúdos parece haver também o surgimento de uma necessidade de mudanças no método de ensino, especialmente na relação entre os alunos em diferentes níveis de conhecimento e aprendizado e o professor. No trabalho de assistência, por exemplo, é comum ocorrer que em um grupo de alunos haja aqueles com um nível de conhecimento superior, dependendo do estágio de aprendizado em que o aluno se encontra; no entanto, é imprescindível que haja espaços específicos para os alunos nos demais níveis de compreensão, garantindo a participação ativa a todos e, com isso, também aumentando o quociente de responsabilidade de cada um em relação ao caso estudado e ao seu aprendizado.

Cabe lembrar, no entanto, que o método não é sempre o mesmo durante todo o curso. Uma passagem rápida pela relação entre ensino básico e clínico denota uma diferença quanto à metodologia de ensino:

O ciclo básico todo é mais resistente, é onde tem as aulas mais tradicionais. Na medicina, na parte clínica mesmo já há muito tempo eu não vejo uma aula monumental, assim... Eu acho que o ensino do básico tem esse viés e aí a mudança do modelo pedagógico faz toda a diferença, porque é integração. Então essa distância entre o que você dá na teoria e o que é aplicado, ela é brutal. (E. 1)

Outro desdobramento do processo pedagógico acontece no momento da avaliação do aluno, na qual há uma preocupação com a aplicabilidade do conhecimento e com a integração de conteúdos, havendo uma tentativa de contemplar a atividade prática:

No final é um processo passivo, não é, que ele apenas assiste, assiste, e estuda pro tal dia da prova final. Então procuramos fazer com que o estudo ocorra de forma contemporânea ao aprendizado, em que ele vai estudando gradativamente. E nós elegemos as situações mais prevalentes, que são essas que nós desenvolvemos com o aluno. Se existe alguma particularidade que ocorre na prática, no estudo de casos clínicos da Enfermaria, bom, então o aluno irá casualmente estudar aquele assunto. ...desenvolvemos uma prova baseada em caso clínico, que então procura avaliar a aplicação de conhecimentos, não só nível de habilidade intelectual, não é, já que a disciplina é prática, então focamos em casos clínicos e envolve elaboração de diagnóstico, conhecimentos de fisiopatologia, patogenia e conduta inclusive, ta... conduta diagnóstica e conduta terapêutica, que é outra dificuldade que talvez exista na concepção que se tem do ensino de clínica (E. 16)

Em relação à formação do médico geral e não do especialista, faz-se necessário torná-la abrangente quanto aos conteúdos essenciais, e tratando-se de docentes com formação especializada – que atuem somente em sua área – há uma tendência a formar especialistas precoces, havendo alunos que não têm pré-requisito para tanto.

Então tu percebe muitas vezes, que os conteúdos apresentados aos alunos são por demais especializados e eles não têm ainda a compreensão suficiente de todos esses fenômenos... Muitas vezes são facilmente expostos pelo professor ou pelo próprio paciente, já que nós temos um hospital terciário que reúne casos mais graves de pacientes já tratados... Tudo isso confere um maior grau de dificuldade para o aluno. Então talvez haja uma exposição muito precoce a conteúdos muito especializados, nós temos procurado evitar isso. (P 4)

...Nós precisamos ampliar nossos modelos de ensino? Sim. Qual é o problema que nós temos, o grande erro – aí a minha opinião pessoal – o grande erro, o equívoco grosseiro é achar que tu vais corrigir os nossos problemas de ensino mudando os modelos. Isso é um equívoco grosseiro, um equívoco. “Não, não, o ensino de graduação da faculdade de medicina da UFRGS vai mudar, agora nós só vamos formar médicos gerais e o doutor vai dar aula no posto de saúde...”, acabou com a nossa faculdade de medicina se fizer isso, acabou. E tem que ter um cara bom no posto de saúde e que ser um professor que tá aqui, porque se for no fim do mundo também não funciona. É uma aposta que tá sendo feita. (E. 10)

De fato, como na primeira fala, concorda-se com a ideia de que os alunos podem não estar preparados para receberem determinados conteúdos muito especializados, em relação a outros mais gerais e, talvez, instrumentalizadores para o seu conhecimento. Também não se pretende propor uma mudança radical de modelo, conforme o diz a segunda fala, até porque não é disso que tratam as DCN. As Diretrizes sugerem uma adequação do ensino e práticas às necessidades de saúde da população em consonância com o andamento de uma política de saúde desde a Constituição Federal de 1988, através das metas de criação e implantação do SUS. No entanto, ressalta-se que em uma reordenação de modelo, ou de perfil, como se prefira, é necessário que os alunos tenham a possibilidade de conhecer não apenas um cenário, que é do HCPA. O ensino deve dar conta de outros níveis de abrangência que o antecedem (níveis primário e secundário), conferindo-lhe uma apreensão geral do contexto de atuação em saúde o qual, se espera, seja parte do aprendizado em medicina.

Retomando-se os docentes e o perfil do curso, é curioso perceber a identificação de um sentimento de preservação em seus discursos, ao se depararem com as adversidades de um confronto.

Temos a participação ativa de todos os professores que são interessados, cada um ao seu modo... eles consideram, na experiência pessoal de um acadêmico de quinto semestre, mas certamente confrontando com o de outras áreas, a tendência... a avaliação

é satisfatória, bastante satisfatória... O que não é bom... Bom, o que ainda não está bem fica para uma segunda oportunidade [ri], vamos falar do positivo... (E. 16)

Percebe-se que o interesse do corpo docente, por mais bem intencionado que seja, ocorre, conforme já se mencionou e é reiterado nessa fala, ou seja, “cada um ao seu modo”, não havendo uma preparação ou intenção institucional no sentido de melhora da participação docente. Ademais, quanto à avaliação institucional, permanece a máxima “se está bom, para quê mudar?”, ou, ainda, com base nos aspectos positivos, postergar cada vez mais as mudanças requeridas (CF, DCN, SUS etc.), mesmo em nível das discussões a esse respeito.

Finalmente, o terceiro momento de ensino de cardiologia ocorre no Internato em Medicina Interna – MED01175 (além da Semiologia e a Introdução a Clínica); último ciclo do curso de graduação em medicina, no qual se identifica uma situação peculiar: como o número de vagas é maior do que o de alunos, nem sempre os serviços contam com a participação de doutorandos, mesmo estando disponíveis duas vagas para doutorandos integrarem o atendimento no serviço de cardiologia, dentre as trinta vagas dos estágios em serviços especializados, durante um mês (FAMED/UFRGS, 2010).

Em um debate em que se pretenda aprofundar a questão da avaliação pedagógica, desde já se tem a noção de que teoria e prática assumem papéis intercambiáveis, de forma que a atividade docente possa revelar sua razão e ser em si um diferencial no ensino, tal como aponta outro professor:

Eu pego os alunos na parte da semiologia e aí eles efetivamente estão naquela coisa de descobrir o ensino, de sair da parte mais teórica do curso pra parte mais prática do curso e aí a gente faz muita diferença. Eu acho que a gente sempre faz diferença, mas ali a gente faz muita [enfático] diferença. (E.4)

O entendimento dessa relação também encontra, aqui, a diversidade como ponto de referência, caracterizada pelas diferentes experiências individuais.

Não pode ter prática sem ter embasamento teórico... O embasamento teórico, ele não segue essa ordem obrigatória. Por exemplo: o cara chega no primeiro dia, ele recebe um paciente com infarto agudo do miocárdio pra acompanhar. Ele só vai ter aula de infarto agudo do miocárdio daqui a uma semana. No outro dia eu já tô cobrando o que tava escrito no livro, desse cara. Significa que eu tô estimulando esse cara a fazer o que a gente faz a vida inteira, buscar o conhecimento. Depois, quando ele chega no seminário, ele já viu o paciente e isso é muito bom. Então eu acho que não há... Acho que nós temos que ver – como a gente faz aqui – nós temos que ter um conteúdo teórico programático mínimo, tem que ser dado, no caso, nós garantimos... Porque acontece, por exemplo... o meu aluno pode passar o mês inteiro e não ver nenhum paciente... (E. 10)

As duas coisas caminham juntas, mas veja bem: um indivíduo que não tem uma... um... que não entende o exame do doente, ele pode saber todo o livro Harrison de cor, ele não sabe medicina. O indivíduo que entende como é que se posiciona dentro do doente, no exame do doente, ele pode assim saber alguma coisa do livro e ser um grande médico. Porque veja bem: aquilo que... ele tendo um método, ele não entende uma determinada coisa, ele vai pesquisar especificamente aquilo e acaba tendo uma... um conceito integral do caso que é extremamente importante e daí é que surge a solução do problema, e ao médico cabe resolver o problema. A resolutividade é a função do médico... [função] última do médico. Todo o resto são ferramentas que se usa *pra* chegar nesse... nesse ponto. (E. 15)

Eu acho que depende da área. Eu, por exemplo, ensino Introdução à Clínica Médica sem eles ter clínica nenhuma. Eu parto da prática depois eles vão pra teoria. Mas tem algumas horas que eles realmente se embatucam. Eu acho que as duas têm que correr meio juntas. O problema é fazer isso acontecer. Eu tenho... nós temos professores que não querem ver pacientes. Não gostam de pacientes. E quanto mais pesquisadores eles são, mais longe do leito eles estão. Eles estão na bancada de pesquisa e não querem... (E. 6)

A prática é fundamental no ensino médico. A teoria, ela não é fundamental, porque a teoria o aluno pode buscar de outra maneira ou pode complementar através da prática. Agora sem a prática não se forma um bom médico... O chão da maior parte dos professores talvez seja a teoria, seja a aula teórica, ou seja, a produção de pesquisa, talvez... Na nossa área... [ela] é essencialmente prática. Agora em outras áreas, principalmente áreas clínicas, eu acho que existe um certo distanciamento do professor com a parte assistencial. A experiência dele é mais de leitura, mais acadêmica. (...) Eu acho que algumas coisas hoje em dia podem ser simuladas. Eu acho que a gente tem hoje... tem modelo, tem manequins, tem tudo... Então eu acho que a gente tem que ter a responsabilidade de cumprir etapas. A primeira etapa foi lá no laboratório, com manequim. A segunda etapa tem condições, vai entrar junto com um orientador, com um professor mais experimentado pra ver como é que se faz num paciente. E numa terceira etapa tu que vai fazer,.. [o aluno realizará por si] (E. 13)

Identifica-se, neste ínterim, a necessidade de compartilhamento dos espaços, pois há uma integração dos alunos de diferentes níveis em um tempo posterior, associado ao módulo das equipes.

É, aqui na cárdio, a gente integra os alunos nos módulos das equipes, no dia a dia do *round*, com os residentes. Antes de começar o *round*, eu fico uma hora com eles, em separado assim, pra discutir coisas num padrão mais acadêmico. E depois, na segunda hora, a gente vai pro *round* juntos onde eu faço com que eles, na medida em que vão se sentindo mais confortáveis, eles possam se integrar e falar do caso que eles viram de manhã cedo, comigo. Têm várias diferenças: o doutorando que “se acha” porque é um doutorando, porque tem um crachá azul; o acadêmico superintimidado; o residente às vezes de “saco cheio” porque tem aquela gurizada ali na volta. Então a gente tem que ter muita... muita presença de espírito, ao mesmo tempo muito pulso, porque todo mundo já foi acadêmico. Mas é complicado, às vezes tem pouco paciente, não é? A gente, às vezes tem referenciais baixos de pacientes internados. E eu acho que

ensinar medicina sem estar discutindo casos, é muito complicado, eu acho... aí vai pra casa ler. (...) Eu acho boa esta associação, só que as aulas teóricas têm que ficar ao mínimo possível. Eu acho que tem que ser à beira do leito, acho que tem que ser seminário, ferramentas assim que eu mais uso... Embora o aluno adore uma aulinha teórica, adoram ficar ali copiando – impressionante! –, eu acho melhor um seminário interativo, acho melhor discutir caso. Então essa interação teórico-prática, na minha ótica e quando eu tô na equipe, ela é todo dia. (E. 9)

Mais uma vez percebe-se, nessa fala, que teoria e prática são intercambiáveis e, mais do que isso, ambas relacionam-se paralelamente no ensino, isto é, vêm juntas: a prática pede uma busca de conhecimento teórico maior a todo o momento e a teoria, por sua vez, só tem sentido dentro do estudo de caso, de um acompanhamento no campo prático.

Entretanto, isto vem sempre acompanhado de outro aspecto, o da influência de que se reveste o ensino, especialmente na área médica, ao ter que acompanhar o conhecimento científico. Nesse sentido, para esse docente, constitui mais um desafio:

É, eu acho que a gente tá muito desafiado por uma velocidade muito grande de evolução do conhecimento e *internet* todos os dias nos ensinando uma coisa nova. O que a gente achava que era há uns meses atrás, já não é mais. Vai pro *Google*, no dia seguinte me vem com um monte de coisa. Então é um desafio pra eles e pra mim, faz parte... Acho que tem que ter perna pra tudo. Assim como eu tenho que ter perna, eles têm que ter também. (E. 9)

Assim, a teoria não apenas não prescinde da prática e vice-versa, mas serve de base para implemento do próprio conhecimento científico, à medida que os meios tecnológicos de mídia e informação hoje disponíveis exigem mais de professores e alunos e são, para eles, um instrumental do qual não se pode prescindir.

Importantes nesse debate são os cenários de aprendizado, em que a teoria e a prática se encontrem sem contestações, dando visibilidade ou

divisibilidade de conteúdos de forma concreta para muitos e abstrata para alguns, e que tem, no hospital, um espaço hegemônico, como é o caso da organização hospitalar que dá suporte à instituição em foco.

Surge a lembrança de Abraham Flexner (1968) que há um século revolucionou o ensino da medicina ao situar o hospital como cenário indispensável à formação médica, o que até hoje gera polêmica no sentido de esse espaço ter assumido o caráter quase hegemônico enquanto local de aprendizado do ensino médico. De fato, há um reconhecimento geral na área de que é o hospital o espaço de aprendizado privilegiado pela escola médica.

É de consenso geral que há uma lógica presidindo a organização hospitalar e sua responsabilidade assistencial. Esta, por sua vez, se deve ao compromisso com o ápice da pirâmide de um sistema hierarquizado, constituindo o nível terciário e quaternário da atenção à saúde. Na pesquisa de Campos (1992), todos os dezesseis hospitais universitários estudados (vinculados a universidades federais ou estaduais) declaram essa missão em seus estatutos, regimentos ou atas de fundação, e ressalta que a lógica que os estrutura é a da especialização, trazendo consigo os efeitos dela decorrentes. Esses hospitais costumam estar divididos por serviços conforme as especialidades médicas existentes, o que dificulta a integração do ensino clínico. Os serviços valorizam uma clínica centrada em “procedimentos tecnológicos” em detrimento do que o autor denomina “clínica trabalho-humano concentrada”. A fala a seguir ilustra e cria modelos de atuação:

(...) Eu acho que na Faculdade tem vários cenários diferentes... Mas boa parte dos locais aqui são muito específicos... O cara é da nefro e é só nefro, o cara que tá na cárdio é praticamente só cárdio... E cada vez assim: nós temos o especialista no ombro direito, a ortopedia só um cara faz só aquela articulação e isso aí a gente nota. Cada vez mais os médicos trabalham dessa maneira. Então nós temos dois mundos: um mundo do médico generalista, que nós – eu acho – da [suprimida a especialidade em vista de manter o anonimato do entrevistado] estamos muito incluídos nisso, e tem um mundo de superespecialistas... (E.3)

É nessa estrutura que, ao se priorizar o trabalhar em certa fase do processo saúde-doença, tende-se a assumir casos de difícil diagnóstico ou tratamento (alta complexidade), o que obriga a operar com alta e veloz incorporação de tecnologia e com um grau elevado de fragmentação do trabalho médico disperso entre dezenas de especialidades.

É, eu acho que o hospital tem esse viés de seleção de pacientes mais complexos. É um ensino “hospitalocêntrico” por definição, e dentro dessa ótica, pacientes de média e alta [complexidade]. Então isso tem uma lacuna a meu ver, no ensino, mas que eu entendo tem sido suprida com a exposição dos alunos aos postos da comunidade... Porque o hospital não vai mudar muito o seu perfil, o que acontece aqui dentro vai continuar assim, até porque existe uma demanda grande do Ministério da Saúde – e em parte do Ministério da Educação – que o hospital cumpra a assistência no nível A, um nível alto de complexidade, de excelência. Então essa meta assistencial pro gestor, ela precisa ser cumprida, pelo lado gerencial da coisa. O lado docente fica um pouco limitado... (E. 9)

No entanto, há ainda os que acreditam ser o hospital o melhor referencial possível para o ensino médico:

Nós estamos oportunizando uma experiência naquilo que nós temos de melhor, que é o nosso hospital universitário, nós somos privilegiados. [...] o importante é o seguinte: a nossa vocação é essa. (E. 10)

Em relação à fala anterior ressalta-se apenas que, de fato, um hospital como o investigado, aqui, oferece uma série de vantagens em relação ao ensino, no entanto, ainda assim a diversidade de cenários de prática, além de ser uma diretriz das DCN, amplia em muito o foco de apreensão nos mais diversos âmbitos, para os alunos.

Nós vamos sempre ter uma forte... um forte ensino hospitalar, porque nós temos um hospital muito forte e não dá também pra

dizer que é ruim isso né, tem que usar ele de maneira adequada, só isso e ampliar as outras áreas... Não podemos também bloquear o hospital, temos que ampliar as áreas extracurriculares. Eu vejo no futuro, a médio e longo prazo, que nós temos a necessidade de um campus avançado. (E. 3)

A gente está num ambiente no qual prevalece a alta competitividade. O Hospital de Clínicas, ele tem que cumprir a sua função dentro do sistema de saúde, mas ao mesmo tempo ele é um órgão formador de recursos humanos, na área médica, inclusive na cardiologia. Trabalhando precipuamente e fundamentalmente com a alta complexidade, a baixa complexidade – as coisas mais comuns – estariam incluídas com toda a certeza. (E. 15)

Essa última fala apresenta um contraponto que merece atenção mais específica. Esse docente, e possivelmente outros, acredita que, atendendo a casos mais complexos, que necessitam de alta complexidade (recursos, tecnologia...), automaticamente os alunos teriam contato com a baixa complexidade, pois esta estaria contida naquela. O principal argumento é que no histórico de um caso que envolva alta complexidade estaria subentendido uma vivência pelo aluno do processo pelo qual a evolução do caso chega até ela, teoricamente sem a necessidade de uma prática em atenção primária e secundária.

Outros, por sua vez, pensam que isso seria pular etapas de aprendizado e de apropriação de conteúdos e práticas. Com isso o ensino tem a possibilidade de ser integrado a outras áreas/especialidades afins, mas em um processo gradual e progressivo de conhecimento e acompanhamento do histórico de determinada patologia. Dessa maneira, o aluno precisa ter noções práticas e vivenciadas do que é a atenção primária e secundária, a fim de desenvolver o discernimento necessário para solucionar problemas que podem vir a culminar em atenção de maior complexidade, mas inserido desde a base do sistema.

Procurando-se entender o que o viés hospitalocêntrico representa, hoje, no fazer médico, observa-se que no início do século XIX, e a partir

dele, a medicina se apresentou como científica, criticando seu passado para justificar sua originalidade. Então, como caracterizar essa transformação fundamental na organização do conhecimento médico e de sua prática? É importante ressaltar que também para Michel Foucault essa ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, o que fica claro em seus estudos, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos.

O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Parte de um projeto de crítica histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que presidem a racionalidade do mundo contemporâneo e descobre, assim, ao nível da medicina, uma trajetória importantíssima para dar conta da constituição das ciências humanas e sociais e da instauração do tipo de poder característico das sociedades capitalistas (FOUCAULT, 1994).

No estudo de Foucault, *O Nascimento do Hospital* (FOUCAULT, 1979), há a busca da compreensão da genealogia do poder, na qual constatou que outras instituições faziam uso do mesmo mecanismo para o exercício do controle e do poder, partindo do caso particular das instituições carcerárias, nas quais foi identificado um tipo particular de técnica de controle (FOUCAULT, 1977), denominando-a *poder disciplinar*.

Sintetizando a construção foucaultiana, partindo-se das obras citadas, pode-se dizer que o hospital nasce justamente quando a sociedade necessita de corpos valorizados para a tecnologia da guerra, pois homens treinados e mais investidos deveriam sobreviver para prosseguir no embate. Surge, daí, uma modificação importante no hospital, que deixa de ser o lugar de morrer para ser o lugar no qual os pacientes receberiam tratamento médico. A partir de então se organizam os registros dos dados, instaurando-se o ensino e a pesquisa pelo saber médico. E novamente é reforçado o poder disciplinador do hospital. Semelhante a tantas outras instituições sociais, o hospital também tem a função de produzir – através de seu poder disciplinar – pessoas sujeitas ao controle.

Os médicos, nesse sentido, lideram essas instituições e mesmo que tivessem plena consciência e refletissem sobre o que estão fazendo, permanecem presos e submetidos a uma vigilância compartilhada por outras instituições e mecanismos de controle e isso não fica claro de forma contundente para esses profissionais em seu exercício docente. Embora, atualmente, o hospital não seja o carro-chefe da assistência à saúde, ela é, de fato, assunto de controle social e segurança pública. As políticas públicas relacionadas à saúde tentam apelar os problemas complexos e têm, nos médicos, a linha de frente a favor do exercício do controle social. O saber, através da alta tecnologia disponível, condiciona e controla os corpos, pois ninguém pensa em dispensar os recursos existentes e, para isso, todos tendem a acatar docilmente as condições de controle a fim de obter acesso aos recursos. Portanto, pode-se questionar se, mesmo hoje, os profissionais da saúde não continuam aprendendo, em sua formação, em última instância, apenas a divisão do normal e do anormal. Canguilhem (1982), em *O Normal e o Patológico*, constrói esses dois conceitos como normas significadas socialmente. O autor não quer dizer que não exista a doença orgânica, com ou sem as manifestações clínicas, mas que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém e que lhe possibilita aferir a redução da sua normatividade.

Médici (2001), ao discutir a evolução dos hospitais universitários e seu papel no ensino e pesquisa médicos, baseando-se nas informações e conclusões de um seminário organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os hospitais universitários de vinte e dois países, avalia que essas instituições estão crescentemente inadaptadas à realidade do setor saúde em que se inserem. Estão inadaptadas ainda aos desafios impostos pelas mudanças profundas atualmente em curso no sistema de saúde da maioria dos países.

Em relação à sobreposição das escalas de atendimento na relação direta com o ensino médico, pensa-se que deveria ser observada – ao menos em um mínimo necessário – a hierarquização do atendimento. E quanto a isso, retorna-se à questão do ensino pela alta complexidade. As opiniões, embora não se oponham necessariamente, tendem a variar:

Acho que há uma preocupação nesse sentido, mas talvez pelo fato de o ensino se desenvolver num hospital de atendimento terciário, com serviços especializados e professores especialistas, talvez seja uma tarefa árdua que exige um direcionamento, não é, que todos tenham essa concepção. Se não têm, bom, trataremos de... de aprimorar... Mas há uma preocupação nesse sentido, mas acho que representa uma dificuldade. Se nós estivéssemos num hospital com as características ou ainda fora do hospital porque na verdade o aluno inicia aqui numa situação de um doente crônico, de um doente crítico, quando se deveria iniciar no doente de baixo risco, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui... (E. 16)

Eu acho que isso é um argumento aceitável: se nós ensinamos alta complexidade, a baixa ou as coisas mais comuns estão embutidas. A sociedade valoriza, toda ela... o discurso valoriza a alta complexidade, as pessoas mais competentes estão na alta complexidade. E na baixa complexidade, como não tem apoio, não se desenvolve e aí as coisas não andam. Tá, o que que tem que fazer? Tem que priorizar, por exemplo, saúde da família. (E. 10)

Acho que nós podemos ter muito mais ambulatórios, acho. Mas só que o atendimento é baixo. Acho que o atendimento ambulatorial é muito baixo. (...) Um residente nosso – e eu vou te falar da clínica – formado aqui dentro do Hospital, mesmo que ele tenha pouquíssimo ambulatório, ele tem um desempenho “n” vezes maior num ambulatório lá fora - e eu tenho visto esse exemplo - do que aqueles que vêm das faculdades que usam e abusam da medicina ambulatorial. O grande problema é ensinar na baixa complexidade, eles não têm condições de reconhecer a alta. Eu acho que a formação acadêmica tem que ser lá em cima, depois tu níveis pra baixo. Agora, formar aqui pra tentar subir, não sobe a rampa. (E. 6)

Aproveita-se esse último excerto de fala para lembrar que em momento algum se está prescindindo da alta complexidade. Não há uma disputa entre o que seria potencialmente melhor ou não. Salienta-se, mais uma vez,

que se trata de dimensionar adequadamente esses âmbitos, no sentido de melhor ensinar, integrando-os. É importante haver um hospital de ensino que disponha de alta complexidade. Contudo, é igualmente essencial que esteja integrado ao sistema de saúde para que os alunos tenham seu ensino disponível tanto na alta quanto na baixa complexidade, posto que ambas contêm diferentes referenciais em relação às possibilidades de aprendizagem e, de fato, estão relacionadas à solução de um problema médico.

Julga-se bem representativa a fala a seguir, na qual se percebe certa bipolaridade:

O modelo tá fechado. A melhora agora passaria por uma mudança do modelo... Não consigo, não consigo vislumbrar. E a gente não para pra pensar essas coisas, não pára... E por isso eu acho que o outro passo seria a pós-graduação. Eu acho que isso não para e eu acho que esse modelo funciona muito bem. A gente acredita que mesmo sendo superespecialista a gente consegue dar a visão geral da coisa, mas eu acho que tem o acúmulo do atendimento básico que a cardiologia talvez não tenha criado, ela tem que atuar muito em outros cenários, em outros cenários, no... no prédio de atenção básica, aqui do lado, que é um local que a cardiologia talvez pudesse levar os alunos, ocupar junto em algum outro cenário de atendimento, de aprendizado que eles pudessem trabalhar a cardiologia. (E. 11)

Percebe-se que esse docente declara, de pronto, que o modelo de ensino está “fechado” e que qualquer alteração demandaria uma mudança do modelo em si; no entanto, logo a seguir demonstra uma espécie de abertura para a problematização de seu próprio pensamento, admitindo que “não se para pra pensar nessas coisas”, e, logo adiante, reconhecer a necessidade de criação de diversos outros cenários para a atuação do ensino em cardiologia. Considera-se importante esse ponto na fala por ser algo que ocorreu com outros entrevistados: é a partir de uma reflexão contínua e crescente sobre o tema – e que muitas vezes ocorre a partir de uma reflexão, mesmo que sucinta e verbalizada como esta – e, acima

de tudo, na expressão de ideias e de conversas com seus pares, que o ser humano apreende e elabora a sua percepção sobre as coisas e da realidade. Assim, foi possível identificar, em variados momentos com os entrevistados, a referência a não haver espaço e tempo para que se reflita sobre essas questões, tão essenciais ao ensino e às mudanças que nele estão em curso.

Insiste-se nesse excerto de entrevista pela ampla representatividade que tem também no contexto mais amplo do tema aqui abordado. Acredita-se que se tenha tomado o cuidado necessário para que não houvesse uma espécie de “psicologização” do pensamento ou uma interpretação para além do que o entrevistado pretendeu dizer. No entanto, percebe-se, no trecho selecionado, algo que está presente e é reiterado no discurso docente: a primeira parte da fala de E.11 reflete uma racionalidade que necessariamente insere-se em um campo de sujeitamento (a normas, regras, contextos, etc., que conformam uma forma disciplinar, seja ela qual for, e acaba por se refletir em sua prática médico-docente), neste caso, ao discurso e perfil vigente na FAMED/UFRGS. Na segunda parte, por sua vez, após se permitir a reflexão, mesmo que *an passant*, percebe-se, por outro lado, uma flutuação que traz em si uma subjetividade, o que abre a visibilidade para *falar por si*. Sem receio de exageros, ao abordar o referencial teórico de Foucault, mostra-se que algo a se buscar em todo esse contexto de mudanças é justamente o sujeito *por si*, i.e., sujeito da educação por si, da fala por si para além das formas disciplinares a que esteja exposto. Portanto, demonstra-se, aqui, que para atender ao modelo integral proposto pelas DCN, os alunos, o curso, o currículo e os professores também deverão passar por um processo de subjetivação nessa busca do perfil desejado para o curso e os alunos a serem formados.

Reitera-se que para Foucault (1996) não existe saber que não seja a expressão de uma vontade de poder; e não existe poder que não utilize o saber, sobretudo um saber que se expressa como conhecimento das pessoas submetidas ao poder. Foucault argumenta, ainda, que é também o poder que está na origem do processo pelo qual o indivíduo se torna sujeito de determinado tipo. Assim, os sujeitos recebem sua identidade a partir dos aparatos discursivos e institucionais que os definem como tal.

Sobre o disciplinamento, antes de fazer um julgamento a favor ou contra, verifica-se o modo pelo qual é visualizado, e o exemplo de como se expressa aparece na fala de E4:

Eu acho que disciplina é importante. Não acho que, aquela coisa, eu nunca fui muito a favor daquelas escolas puramente construtivistas, que dá liberdade pra todo mundo, não precisa prova nenhuma... Eu não acho que funciona assim; eu acho que tem que ter uma disciplina, tem que ter uma hierarquia. Mas essa disciplina, essa hierarquia tem que ser baseada na autoridade conquistada. A pessoa ganhou o espaço que ela merece, ela vai ganhar respeito porque ela merece e ela tem que ter a noção de que ela não pode obrigar as pessoas a fazer coisas. Então eu acho que a disciplina, por exemplo, militar, ela não é boa. Eu tô falando o termo militar em um termo genérico, assim, da ideia de que ela é restritiva. Talvez hoje em dia efetivamente já haja abertura e tudo indica, mas aquela coisa de ser... se tu pisar errado tu tem que catar graminha no chão, aquela coisa toda... eu não acho que esse é o melhor caminho. Acho que tu tem que ter uma liberdade, um esquema *Microsoft, Google*, aquele pessoal que diz assim, "ó, tu tem dez, vinte por cento do teu tempo é ócio criativo, tu tem que criar alguma coisa, te dou um espaço..." e tudo. Agora, isso não muda o fato de que ele tá recebendo isso, é o chefe dele que tá dando isso pra ele e se ele não usar bem esse tempo, ele vai ser chamado a sua responsabilidade. Eu acho que o aluno é a mesma coisa. Ele tem que ter uma margem de funcionamento porque ele é uma pessoa diferente do seu vizinho. Agora, tem que ter um alinhamento desse funcionamento, sim. Eu acho que a disciplina tem que existir, tem que ter um limite. Eu só acho que a gente tem que dar um limite, não é uma linha obrigatória que todos devem seguir. (E. 4)

A formação de uma medicina hospitalar, diz Ponte (2005), deve-se à disciplinarização do espaço do hospital e também a uma mudança do saber e da prática médica. A mudança da formação do médico dá lugar à clínica, entendida como a organização do hospital que, por sua vez, cede

lugar à formação e à transmissão de saber. Assim, o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica, permitindo (por ter vários indivíduos no hospital) constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população.

E quanto ao hospital (considerado por Foucault o local de mudança do saber e da prática médica), podem ser feitos os mesmos questionamentos que se fez em relação a outros cenários de aprendizagem? No dizer de Campos (1995, p. 1),

86% do treinamento prático de alunos de medicina ocorre principalmente em Hospitais Universitários, sendo 46% em uma das quatro grandes áreas e 40% em unidades especializadas. Apenas pequena parte da formação (14%) ocorre em centros de saúde, hospital-dia ou programas de saúde pública. Estes Hospitais estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para a atenção de problemas de maior complexidade, embora pratiquem variedade mais ampla de procedimentos. Conforme, os cursos de medicina devem capacitar os médicos para resolver problemas de saúde, o que implica em adquirirem competência para realizarem o que se denominou de clínica ampliada (saber e prática que envolveria aspectos biológicos, subjetivos e sociais), concluindo-se pela inadequação dos atuais modelos de treinamento clínico. Em linhas gerais, recomenda-se que as Escolas devem integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial.

Em relação à última parte deste excerto de Gastão Wagner Souza Campos, cabe esclarecer que não se confunde com a figura dos gestores de que se tratou ao analisar o assunto gestores dentro do ensino. Não é o intuito, aqui, o de abordar a questão das possibilidades para a realização dos contratos de cogestão assinalados pelo autor, embora seja de fato uma iniciativa plausível. No entanto, envolvem questões e ações políticas, tema amplo demais e que foge ao espectro desta obra e até mesmo das entrevistas realizadas.

Entretanto, em conformidade com o início da citação de Campos, constata-se – mais uma vez – que a prática no ensino ocorre, preponderantemente,

em ambiente hospitalar, restando apenas cerca de menos de 1/6 do aprendizado a ser realizado em outros cenários. Há, nesse contexto, argumentos no sentido de constatar como ocorre o modelo vigente:

É um cenário certamente enviesado, para situações de alta complexidade, porque a gente lida aqui muito com pacientes de alta complexidade. E a gente assume que é uma coisa que talvez não seja correta, uma vez que ele esteja “treinado”, entre aspas, pra lidar com paciente de alta complexidade, ele vai saber lidar com as situações de mais baixa complexidade... Eu acredito que dentro do treinamento e da formação do nosso médico, ele tem uma série de outros ambientes em que ele vai estar exposto à atenção primária, e eu acho que de fato está. Ele tem um estágio de atenção primária na vila que ele vai estar exposto a uma ampla gama aí de situações clínicas em que ele também vai se expor ao paciente que se apresenta com hipertensão, ao paciente que se apresenta com falta de ar, com edema, com dor no peito, na sua forma mais simples e que precisa de uma triagem maior, mas dentro do treinamento dele aqui isso não é contemplado, não é contemplado da forma mais completa. Dentro desse sentido é um cenário restrito... é um cenário restrito [repete]... Eu acho que certamente, na minha percepção, existe uma perda, existe uma perda porque a gente tá num cenário restrito de alta pra altíssima complexidade. (E. 11.)

Mas deve-se admitir que existe a tentativa de inclusão da atenção básica por ocasião das discussões de casos, embora mantido o cenário de alta complexidade:

Quando tu vai discutir um caso de infarto com choque cardiogênico, que a gente tá discutindo uma atenção de alta complexidade, quando a gente faz a discussão com o aluno, a gente busca a discussão da atenção primária, a gente faz essa discussão, mas o cenário é um cenário de alta complexidade. Então a gente tenta suprir isso e eu acho que a gente parcialmente consegue contornar esse cenário. Mas é o cenário ideal? Eu acho que não. (E. 11)

Quando os salientados cenários de prática entram em foco, em relação à alta complexidade – considerando-se o aprendizado básico – adquirem relevância. Contudo, se o que se pretende é formar um médico generalista, isso não deixa de ser uma preocupação. A seguir, transcrevem-se fragmentos de falas a esse respeito:

Eu acho que o modelo – é pelo menos o que a gente procura ali no ambulatório –, é dar uma experiência que vai ser a realidade da maioria dos médicos, que é consultório, ambulatório de postos de atendimento, a gente é cada vez mais pro serviço público. Eu acho que ele... Eu posso tá enganado, acho até que por ignorância... Eu acho que a gente continua formando muito mais uma pessoa voltada pra área hospitalar e de alta complexidade, cada vez mais. Eu acho que não mudou tanto assim, pelo menos nas nossas atividades. Claro que tu tenta criar outros mecanismos, a cardiologia que a gente ensina, na clínica, tirando os ambulatórios de assistência médica, que o paciente que chega na emergência, que vem pro cateterismo, que vai pra UTI, que volta... (E. 5)

A gente tem muito poucos alunos da cardio fazendo atividades de ambulatório, e a realidade do cardiologista de fora é receber um paciente não tão doente, com pressão alta, é prevenir doenças cardíacas, é oitenta por cento do consultório. (E. 5)

Na formação da graduação, eu acho que a graduação tem que dar os dois perfis pros alunos. Eu acho muito ruim uma escola ter só um tipo de perfil e o aluno sai estaque com aquele tipo de ensino, né... e... tanto pra um lado quanto pro outro. Eu acho que a escola tem que estar preparada pra dar a abertura da visão de todos os cenários pra depois o aluno escolher qual é o que ele vai querer como ênfase. (E. 3)

Eu acho que há uma preocupação nesse sentido, mas talvez pelo fato de o ensino se desenvolver num hospital de atendimento terciário, né, com serviços especializados e professores especialistas, talvez seja uma tarefa árdua que exige um direcionamento, não é,

que todos tenham essa concepção. Se não têm, bom, trataremos de... de aprimorar... Mas há uma preocupação nesse sentido, mas acho que representa uma dificuldade. Se nós estivéssemos num hospital com as características ou ainda fora do hospital né, porque na verdade o aluno inicia aqui numa situação de um doente crônico, de um doente crítico, quando se deveria iniciar no doente de baixo risco né, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui... Nessa disciplina, todos reconhecidos, alguns mais outros menos, são especialistas quando não são sub-especialistas. Mas eu acho que isso é contornável. (E. 16)

Eu acho que nós, dentro das limitações maiores, que é essa que eu te disse da gente não oferecer atividade ambulatorial, nós temos um equilíbrio muito bom. Porque eles têm a oportunidade de ver, de ter prática, eles examinam pacientes, eles fazem... todo o dia eles escrevem na pasta... (E. 10)

As falas acima demonstram que, embora as opiniões não sejam radicalmente idênticas, salientam a necessidade de uma diversidade de cenários, especialmente no sentido de que se tenha um ensino que contemple tanto a baixa quanto a alta complexidade, no intuito de uma formação – e perfil – mais integral. Ainda assim percebe-se que há uma forte tendência a resistências quanto a mudanças de modelo de ensino. Note-se, por exemplo, que na última fala elencada o docente admite limitações, que não há atividade ambulatorial e insiste, ainda assim, que há um equilíbrio e este seria caracterizado pelo fato, por exemplo, de os alunos escreverem na pasta dos pacientes, examiná-los, etc.

Em relação às questões discutidas, parece esclarecedor lembrar o argumento de Foucault quando questiona:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa forma, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar [os

conceitos] diferentemente do que se pensa, e perceber [as coisas] diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (FOUCAULT, 1984, p. 13).

EPÍLOGO

Transformar uma investigação de natureza científica em algo palatável ao leigo tornou-se um desafio do qual não se abriu mão, sentindo-se que seria lamentável, se acaso se deixasse o texto entregue somente ao seu desiderato natural: as prateleiras de uma biblioteca acadêmica, desaguadouro de tantas teses e dissertações – reconhecimento possível, talvez único.

Para que não ficasse restrito a essa situação hegemônica optou-se pela sua socialização e procurando-se enveredar por outros canais, não somente puramente acadêmicos, mas que são a razão de ser dessas instituições de produção do saber e sua multiplicação.

E, nesse momento em que se dá um término momentâneo ao texto, repetir situações disponibilizadas pelas falas docentes torna-se um reforço factível e uma reverberação de tantas reflexões que, mesmo implícitas nestas análises, adquirem significância e permitem a visibilidade ampliada tão desejada.

Assim sendo, ao se encerrar essa breve abordagem salienta-se a inclusão do mundo subjacente do ensino – os saberes e seu reconhecimento –, e, para tanto, parte-se de algumas determinações obtidas de excertos da obra de Michel Foucault. A busca de um padrão discursivo legitimado orientou-se pelos ideais do que seja ser médico/professor e pelos modelos de identificação com o hospital e do sujeito da educação por si.

Ao conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, evidenciou-se a vasta rede de significações que se formou no contexto da instituição médica de ensino. Deduz-se, portanto, que a constituição da racionalidade anatomoclínica como uma *objetivação limitadora* (parafraseando Foucault), é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina. Daí, evidencia-se – como se apontou – o embate entre racionalidades diversas, expressas no positivismo científico e no subjetivismo educacional.

A força da organização das especialidades no mercado, articulada aos conteúdos da clínica médica tem, de outro lado, Diretrizes (DCN)

que propugnam pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e de maior relevância social e imbuídos de maior reflexão. Antes de questionar se a formação médica estaria adequada aos modos de reformular a clínica e a saúde pública e se a reforma do ensino dependeria da reforma dos saberes e práticas que as orientam, buscou-se conhecer o modelo vigente. Para tanto, constatou-se que este se mantém a custa de estratégias que acabam por privilegiar a formação médica por especialidades, de alta tecnologia, alto custo, etc.

O dualismo, tanto nas discussões quanto nas práticas acadêmicas, pode resultar em outro modelo de formação médica; no entanto, viu-se, também, que pode se estagnar em práticas isoladas e estanques. A perspectiva desta análise partiu do processo de embate entre aquelas racionalidades a fim de visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia.

Nessa obra evidencia-se a necessária relação entre a nova forma de entender e agir sobre o corpo e as demandas de uma sociedade que busca uma biopolítica eficiente e voltada, acima de tudo, à prevenção epidemiológica e promoção da saúde, observando, além das DCN, a própria CF/88. Nesse sentido, destacam-se alguns eventos e discursos docentes que revelam como pode ocorrer a construção de um novo perfil médico (ou possível reformulação do existente), considerando-se, igualmente, as dificuldades nesse contexto.

A reforma curricular presente nas DCN, como se buscou demonstrar, é legitimada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), porém, nas falas dos professores entrevistados, há a indicação de que tende a confluir para os discursos educacionais dominantes. No entanto, também persiste forte resistência dentro da medicina – e mesmo na educação médica – para que se alcancem espaços para essas discussões. Resistência presente na amostra de professores da cardiologia da Universidade entrevistados, que apresentam um caráter diferenciado ao prescindirem de análises teóricas em relação à prática e à preparação pedagógica para o ensino de medicina, sendo sua atuação docente pautada, em geral, na vivência e na aprendizagem histórica como professores, tendo seus mestres por modelo. Há fortes dicotomias envolvendo

o fazer docente, tensionadas pelo que diz respeito ao discurso e à prática, à pesquisa e ao ensino, entre alta e baixa complexidade, especialmente.

Já, em um debate mais específico quanto à docência médica, discutiu-se a constituição, vocação, perfil e controle docente. Algumas falas explicitaram que tanto a forma quanto o perfil requerido para o ingressante a docente na FAMED/UFRGS se aproxima mais do pesquisador-especialista do que do professor. Nesse sentido, é possível tratar de um perfil docente que continua tendo na anatomoclínica sua perspectiva médica e na tradição sua pedagogia, pois não há uma teorização e crítica reflexiva sobre o ato de ensinar, sobretudo em medicina. Há, sim, uma sistemática crítica aos controles e gestões que, paradoxalmente, os professores evidenciam como “um mal necessário”.

Historicamente, constituir-se professor na medicina associa-se a formas de poder-saber também relativas ao ingresso do docente na FAMED/UFRGS, e ali tendem a ser reforçadas, pelo que se apontou, como a “didática própria” e racional do ensino médico, presente desde seus primórdios, fruto do controle por excelência que foi (e é) fator positivo, mas, se exacerbado, requer adequações.

Quanto ao perfil docente, a par de classificações tipológicas, não se tem claro um perfil hegemônico. E há outro ponto relevante: o fato de que a extrema valorização da pesquisa, paradoxalmente, tem levado professores a se afastarem das atividades de ensino. Isso evidencia, por um lado, a dissociação de ensino-pesquisa-extensão como atividades correlatas e, por outro, uma associação a um fazer vocacionado, isto é, tornar-se professor acaba sendo resultado da vocação de ser médico, não havendo uma preocupação em buscar preparação específica para o ensino em medicina.

Nesse ponto, as ferramentas foucaultianas de interpretação do poder foram bastante úteis para que se pudesse compreender o disciplinamento e o controle no trabalho docente: há uma identidade docente marcada pela instituição, o que se reflete no aluno da UFRGS, capacitado a aprender seja qual for a dinâmica docente acessada, levando-o até a eventual especialização precoce. Ou, de outro lado, aparece o aluno com a dita “síndrome do aluno da UFRGS”, aquele que vive eternamente as honras de ter sido

aprovado na rígida seleção para um curso extremamente concorrido de uma universidade de excelência.

Conclui-se que o elo de relação entre esses dois comportamentos discentes identificados faz parte de uma mesma sistemática, refletida no perfil do graduando: a falta de estímulo a um senso mais crítico, mais reflexivo em relação à construção do conhecimento, algo que traz em si um tanto de responsabilidade do próprio estudante.

A medicina e sua didática possui uma dinâmica com característica de tensionamento entre um saber socialmente válido e reconhecido por tradição, e outro, também tradicional, mas de menor *status* social. Essa tensão faz com que se produza *a priori* uma noção no professor-médico, na qual saber medicina é suficiente para legitimar a docência. Vê-se, entretanto, que essa relação não parece ser tranquila para os professores entrevistados, pois tanto docentes quanto gestores, em seus discursos, evidenciaram as dificuldades de trabalhar sem um referencial pedagógico teórico definido e estudado. E, ainda, pouco é percebido no que se refere ao compartilhamento de ensino-aprendizagem que, segundo os próprios docentes, se produz na prática em sala de aula, o que mantém o ensino como simples reprodução de uma tradição, apenas com pálidos retoques de técnicas e materialidades pedagógicas atualizadas.

Nesse sentido, e também conforme se destaca na bibliografia acessada, há uma limitação na discussão e na reflexão sobre essa mesma prática que a restringe ou não permite a reflexão e o esclarecimento sobre as práticas executadas e sobre a possibilidade de enriquecimento teórico e ampliação da visão de mundo do docente. Isso acaba implicando em uma transferência de responsabilidade em sua atuação que pode, então, ser focalizada: no aluno (o perfil imaginado pelos docentes sobre o aluno e a “grife UFRGS”), nos seus colegas professores (quando os entrevistados expressam sua indignação com as formas de ingresso docente), no sistema (os atropelos gerados por reformas e pela avalanche de novos conhecimentos nos campos específicos da medicina) e se manifesta na resistência às críticas, reformas e mudanças curriculares.

Mas é essencial referir que essa resistência não pode ser vista apenas como negativa, pois também é ela que, ao se opor aos poderes instituídos, sinaliza para a intensificação do trabalho docente e para os controles, quase sempre externos ao contexto sócio-histórico-cultural da prática universitária.

Viu-se que a visibilidade conferida ao docente de medicina permite observá-lo como um sujeito perpassado por múltiplas práticas discursivas. Um sujeito tensionado por controles que vão desde a tradição docente – passando por diversas nuances discursivas, midiáticas e de senso comum, incluindo imposições de instâncias não educacionais, como agências de fomento (portanto, também de pesquisa) – até os efeitos de políticas públicas sobre a saúde. Essas políticas, no entanto, não assumem efetivamente a docência como potência mobilizadora do sistema educacional, mas somente como instrumento de sua manutenção, o que dilui as possíveis formas de produção do *novo* na formação médica inicial.

Abordou-se a administração da gestão na escola médica e na área específica de ensino e as circunstâncias de um compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, em cujo contexto torna-se essencial a figura dos gestores no ensino. Entretanto, destaca-se que, apesar da importância contida no papel que os gestores devem desempenhar em relação a esse compromisso, existe uma perda de eficácia à medida que a aproximação docente acontece sem grande convicção e sem a devida valorização, senão por um total desconhecimento a respeito das DCN. Tem-se, portanto, que as discussões sobre esse tema e afins, não sendo suficientemente trabalhadas dentro da instituição, tendem a manter-se sempre como algo exterior, emanando de instâncias superiores, em um ciclo que auxilia a manutenção das formas como estão.

Entendendo-se as Diretrizes para a medicina como orientações de caráter mandatório – embora elas próprias admitam adaptações a cada contexto –, as instituições de ensino médico, premidas pela obrigatoriedade de se adaptarem às determinações legais, correm o risco de encurtar ou prescindir de um processo necessário no campo do enfrentamento ético-político. Processo que, coletivamente, seja instituinte de outra concepção de educação, de formação, de currículo médico, mas também podendo

servir para gerar propostas de transformações que não saiam do papel ou mesmo que sejam simples adaptações.

As falas evidenciaram que esse processo internamente não percorreu os mesmos caminhos, problema que pode estar ligado à fragmentação dos departamentos da própria instituição FAMED/UFRGS ou à forma como foi conduzido, gerando dúvidas e mais resistências. A relação de forças transparesce na afirmação relatada nas entrevistas de que “quem grita mais é ouvido”, em uma franca desvinculação teoria/prática daqueles que participam das instâncias institucionais decisórias, no atrelamento aos interesses de grupos.

Retomando o Diagnóstico Institucional de 2005 – amplamente citado nesta obra – tende-se a acreditar que há uma tentativa de repensar o fazer no ensino dessa Faculdade e especificamente da cardiologia ao dar ciência à comunidade acadêmica dos pontos relevantes e das medidas sugeridas. Dentre elas, a de sensibilização docente e a instituição de programas de pós-graduação que constituam novos formadores a refletir e discutir o ensino médico em sua plenitude, contextualizando-o de acordo com a época e com as necessidades sociais.

Deve-se considerar que o currículo precisa ser entendido como uma construção social e um somatório das intenções vivenciadas no processo de ensino-aprendizagem para então deixar de ser apenas uma grade de disciplinas e atividades. Desta forma, concorda-se amplamente com a assertiva já citada, de que é essencial a capacitação docente e/para a transformação da prática educacional, visando à qualificação das questões voltadas ao psicossocial, quando comparadas àquelas estritamente voltadas à dimensão biológica.

Nesse contexto mostraram-se necessárias adaptações em relação ao modelo atual, de ensino preponderantemente tradicional, centrado no professor (que oferece prontos os conteúdos para o aluno), de enfoque biomédico e disciplinar, que se soma à fragmentação dicotômica entre ciclos básico/clínico, teoria/prática e trabalho/estudo. Nesse modelo cabe ao estudante a difícil tarefa de integrar os diferentes saberes (ou simplesmente deixar de fazê-lo), a fim de superar uma das características mais salientes que a educação médica contemporânea imprimiu a sua formação: uma atitude

pouco reflexiva e questionadora, a assimilação do conhecimento produzido pelos especialistas das disciplinas básicas e das especialidades clínicas.

Ao expressar as nuances que permeiam a instituição estudada, nesse constante e dinâmico processo de apropriação e ressignificação das tendências curriculares, hoje e sempre existentes, acredita-se ter colaborado, com as ponderações aqui feitas, para a discussão a respeito da implantação adaptativa das Diretrizes necessárias ao curso médico, servindo, igualmente, para dar visibilidade à diversidade do pensamento de seus atores. No entanto, embora o momento seja propício para essas adequações, admite-se que existe o risco de uma tendência à manutenção de uma linearidade, no sentido de que as alterações se percam no caminho da história futura, sobretudo por parte daqueles que desejam e estimulam as permanências. Porém, o principal objetivo desta obra foi justamente compreender a amplitude do pensamento docente e não o de se filiar necessariamente a um ou outro aspecto das Diretrizes ou do todo em que se constituiu a medicina e o ensino médico historicamente, pois o intuito maior é o de reforçar o campo para esse debate.

Por esse motivo, ressalta-se: em momento algum se pretendeu transformar essas observações institucionais em uma crítica simplista ao trabalho realizado pelos docentes em foco, até mesmo por me incluir nesse contexto. Mas construir uma crítica reflexiva e trazer à visibilidade os meandros, as mudanças e resistências – do processo como um todo – que, muitas vezes, sequer são conscientes no fazer médico e acadêmico da medicina (ou para as quais pode não ter havido até aqui tempo e/ou espaço apropriados), justamente com a finalidade de contribuir para futuras adequações.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, IG et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2009, vol.33, supl.1, p. 44-52.
- AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique et al. **Abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas.** *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2009, vol.33, supl.1, pp. 53-62. ISSN 0100-5502. doi: 10.1590/S0100-55022009000500006.
- ALMEIDA, MJ. **Gestão da escola médica:** crítica e autocrítica. Revista Brasileira de Educação Médica - RBEM, Rio de Janeiro, v.32, n.2, abr./jun. 2008, p. 4 (do artigo *on-line*).
- ARRUDA, M. O Ensino da Semiologia no Curso de Medicina. In: ROSA, AAA; BIOLO A. II Fórum de Ensino de Graduação em Medicina Interna. 17 a 19 de julho de 1997. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Revista do HCPA 2000:20(1).
- AZEREDO, N. **Comentários críticos;** texto de atividade em disciplina da Pós-Graduação. Mimeo. Faculdade de Educação - FACED/UFRGS, Set/2005.
- BATISTA, NA; SOUZA DA SILVA, SH. **O Professor de Medicina:** conhecimento, experiência e formação. São Paulo: Loyola, 1998.
- BATISTA, NA; SILVA, SHS. O Professor de Medicina. Conhecimento, Experiência e Formação. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2001.
- BATISTA, NA; BATISTA, SHSS. A função docente em medicina e a educação permanente do professor. **Revista Brasileira de Educação Médica** – RBEM. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2/3, P. 31-36, 1998, p. 34.
- BRASIL Lei 9.394 de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, 1996.
- BRASIL – Ministério da Educação / Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologa em 03/10/2001, Parecer CES 1.33/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 7/11/2001. Resolução online disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>. Último acesso em 25.10.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Incentivos a Mudanças Curriculares em Medicina (PROMED); 2002. Disponível em URL: http://portalweb02.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=2853. Último acesso em 28.01.2007.
- BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em URL: <http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/const88.htm>. Último acesso em 27.01.2009.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF; 2001. Disponível em URL: http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.htm. Último acesso em 29.01.2010.
- CAMARGO Jr., KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. **PHYSIS Revista de Saúde Coletiva**, 1992, 2:203-228.
- CAMPOS, GWS. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997, 13:141-144.
- CAMPOS, GWS. **Reforma da Reforma**: Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, GWS. **Características do ensino médico em serviço**: aspectos da integração docente-assistencial. Relatório de Pesquisa. Laboratório de Planejamento do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1995.
- CAMPOS, GWS. Educação Médica, Hospitais Universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Fiocruz, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-193, 1999.
- CAMPOS, GWS. Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde - Documento Preliminar. Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM - Abril de 2005.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CEREZER, OM. Documentos de Identidade. Dossiê: Foucault. **Revista Aulas**, UNICAMP, Campinas, n. 3, dez/2006-março/2007, p.5-6.
- CINAEM. **Relatório Geral** da 2.ª fase do Projeto CINAEM, 1997.
- CINAEM. Preparando a transformação da educação médica brasileira: Projeto CINAEM III Fase: **Relatório 1999-2000**. Organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho dos Santos. Pelotas: UFPel, Ago/2000.
- CINAEM. Relatório Geral 1991-1997. Avaliação do Ensino Médico do Brasil da Brasília, 1997, mimeo. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997 (Brasília), 1997.
- CIRINO, EG. **Contribuições ao desenvolvimento curricular da Faculdade de Medicina de Botucatu**: descrição e análise dos casos dos cursos de Pediatria e Saúde Coletiva como iniciativas de mudança pedagógica no terceiro ano médico. Tese (Doutorado) - UNIFESP. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2002.
- COLÓQUIO INTERNACIONAL Michel Foucault e a Medicina. Análises e discussões de obras de Foucault. CAEN (FR): 1999, organizado pelo IMEC (*Institut Mémoires de l'Édition Contemporaine*) e pela *Fondation* para o *Centre Michel Foucault*.
- COMGRAD/FAMED/UFRGS. Disponível em <http://www.famed.ufrgs.br/graduacao-em-medicina.php>. Acesso em 25.01.2007.

-
- CONTRERAS, J. **A autonomia de professores**. São Paulo: Cortez, 2002.
- CORDIOLI, A. V. O currículo na Faculdade de Medicina da UFRGS. **Revista AMRIGS**, v. 35, n. 1, p. 49-55, 1991.
- COSTA, NMS. **A Formação e as Práticas Educativas de Professores de Medicina: Uma Abordagem Etnográfica**. Tese (Doutorado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Educação: Currículo. SÃO PAULO, 2005, p. 66.
- CRUZ, KT. **A Formação Médica no Discurso da CINAEM** - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas/SP: [s/n], 2004, p. 265.
- DAUDI, P. **Power in the organisation: the discourse of power in managerial praxis**. Oxford: Brasil Blackwell, 1986.
4. DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasilense, 1985.
- DELORS, J. Educação. **Um tesouro a descobrir**. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC, UNESCO, 1999.
- EDLER, FC. Um lugar para a história no currículo médico. **Cadernos da ABEM**, Rio de Janeiro, v. 4, out/2008, p.7.
- EPSTEIN, RM; HUNDERT, EM. *Defining and assessing professional competence*. JAMA 1999; 287: 226-35.
- FACCHINI, LA; PICCINI, RX, SANTOS, RC. **Aspectos Históricos e Conceituais em Educação Médica**. Campinas: CINAEM, 1999.
- FAMED/UFRGS. Disponível em:
http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc.
Último acesso em 12.11.2009.
- FAMED/UFRGS. Relatório da Direção da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, período de 25.04.2001-24.04.2005, relativo a atividades desenvolvidas entre 18-29.08.2003, com a presença de consultor internacional, Prof. José Venturelli, *McMaster University*, Canadá. Mimeo, p. 88-115.
- FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica**. Processos e Resultados. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: REDE UNIDA, Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
- FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, nº 114, Novembro/2001. Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 2.
- FLEXNER, A. **Universities** - American, English German, Oxford University Press, 1930 (replicado em 1968 com prefácio de Clark Kerr).
-

- FONSECA, MA. **Michel Foucault e a Constituição do Sujeito**. São Paulo: EDUC, 1995.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade – V. II**. O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT, M. A História da Sexualidade: a vontade de saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 206-207.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 6. ed. São Paulo: Editora Loyola, 2000.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
- GREGORATOS, G; MILLER AB. Task Force 3: Teaching. In: BAUGHMAN, KL, Crawford MH. 30th Bethesda Conference. **J Am Coll Cardiol** 1999; 33: 1120-7 (Medline).
- GRISOTTO, A. **Parâmetros Curriculares Nacionais: uma abordagem epistemológica das questões éticas**. Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. Campinas, 2002, pp. 2-3.
- GUIMARÃES, JI. Normatização do ensino de cardiologia no curso de graduação em medicina. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, ago, 2003, v. 81, n2, p. 217-218. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n2/p12v81n2.pdf>. Último acesso em 11.12.2009.
- KATHLEEN, TC. **A formação médica no discurso da CINAEM**. Dissertação (Mestrado), Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.
- KERN, DE; THOMAS, PA; HOWARD, DM; BASS, EB. **Curriculum Development for Medical Education. A Six-step Approach**. Baltimore, London: The Johns Hopkins University Press, 1998.
- KINCHELOE, J. **A formação do professor como compromisso político: mapeando o pós-moderno**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciência e Saúde**, Manguinhos, 2001, 8: 49-69.
- KOMATSU, RS; LIMA, VV; PADILHA, RQ. Desafios ao desenvolvimento de um currículo inovador: a experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v7, n12, p.175-84, fev/2003.

LAMPERT, JB. As Diretrizes Curriculares e a tendência de mudanças no curso de graduação: as escolas médicas do estado do Rio Grande do Sul. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS: **Anais ... Vitória COBEM**, 2004.

LAMPERT, JB. Avaliação do processo de mudança na formação médica. In: MARINS, JJ; REGO, S; LAMPERT, JB; ARAÚJO, JGC. (org.). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABEM, 2004.

LAMPERT, JB. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, ABEM, 2002.

LAMPERT, JB et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009, vol.33, supl.1, pp. 19-34.

LAMPERT, J. B., et al. Projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009a, vol.33, supl.1, p. 5-18.

LAMPERT, Jadete Barbosa et al. Mundo do trabalho no contexto da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. 2009b, v.33, supl.1, p. 35-43.

LYOTARD, J.F. **A condição pós-moderna**. São Paulo: José Olympio, 2002.

MAIA, JA. **O ensino de cardiologia na graduação médica, desafios atuais**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Centro de Desenvolvimento do Ensino em Saúde da UNIFESP, v.82 n.3, Rio de Janeiro, Mar/2004.

MAIA, JA. Método clínico e paradigma das ciências. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Londrina, 2000; 6: 177-9.

MANFROI, WC, MACHADO, CLB. (et. al.) Necessidade de Referências Pedagógicas para o Ensino de Cardiologia, no Curso de Graduação. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, vl. 78 (nº 3), 271-5, 2002.

MAUDSLEY, RF. Content in context: medical education and society's needs. **Acad Med** 1999; 74: 143-5 (Medline).

MÉDICI, AC. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n.2, abr/jun, 2001.

MERHY, EE.. **Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico Brasil**. Mimeo. Campinas: Agosto de 1997.

MERHY, EE. Temas abordados em aulas proferidas pelo professor Emerson Elias Merhy, no Curso de Gestão Hospitalar ofertado pelo DMPS/FCM/Unicamp, 1994/1-1995/2. In: **Projeto CINAEM**. Quatro linhas de ação transformadora - Novo Processo de Formação, Parte 9.

MINAYO e SANCHES, 1993. **Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade?** **Cadernos de Saúde Pública** (online), 1993, vol.9, n.3, pp. 237-248, p. 245.

- MIZUKAMI, MGN. Teoria, prática e reflexão na formação do profissional em educação. Goiânia: **Interação**, 1997, 21: 39-60.
- PAPA, FJ; HARASYM, PH. Medical curriculum reform in North América, 1765 to the present: a cognitive science perspective. **Acad Med** 1999; 74: 154-64 (medline).
- PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. Medical education according to a resistance pedagogy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.69-79, set.2004/fev.2005.
- PERIM, Gianna Lepre et al. Desenvolvimento docente e a formação de médicos. **Rev. bras. educ. med.** [online]. 2009, v.33, suppl.1, p. 70-82.
- PICCINI, RX. **Projeto de Transformação das Escolas Médicas do Brasil: Terceira Fase do Projeto CINAEM, Trabalhos de Pesquisa.** 1998.
- PONTE, CRV. **O século XVIII questionado no contexto do século do conhecimento (século XXI).** Comentário crítico; texto de atividade na Disciplina de Seminário Avançado Corpo, Saúde e Educação: Olhares desde os Estudos de Gênero e Culturais, da Pós-Graduação. Mimeo. Faculdade de Educação - FAGED/UFRGS, Set/2005.
- POPKEWITZ, T. **Reforma educacional: uma política sociológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- PROMED. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina** pela Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde e Secretaria da Educação Superior (SES) – Ministério da Educação e Cultura – MEC, Dezembro de 2001.
- REDE UNIDA. Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares nos Cursos de Graduação da Área da Saúde. **Revista Olho Mágico**, Londrina, 1998, 16:11-28.
- RELATÓRIO DE GESTÃO DA DIREÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Período: 25.04.2001-24.04.2005. FAMED/UFRGS. Porto Alegre: Mimeo, p. s/n
- RIBEIRO, ECO. Ensino/aprendizagem na escola médica. In MARCONDES, E.; GONÇALVES, EL. **Educação Médica.** São Paulo: Sarvier, 1998.
- RIBEIRO, ECO. **V Seminário de Ensino Médico da Faculdade de Medicina - III Ciclo de Oficinas de Capacitação Docente, Pós-Graduação, Pesquisa e Capacitação Docente,** Faculdade de Medicina – FAMED/UFRGS, 05 e 06 de novembro de 2003.
- ROSA, AAA; BIOLO, A. II Fórum de Ensino de Graduação em Medicina Interna. 17 a 19 de julho de 1997. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista HCPA**, 2000:20(1), p. 65-84.
- SAVIANI, D. **A Nova Lei da Educação. LDB.** Trajetória, Limites e Perspectivas. 4. ed. Campinas: Autores Associados, 1998.
- SCHRAIBER, LB. **O Médico e o seu Trabalho.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

SCHWARTZMAN, S. **A qualidade no espaço universitário**: conceitos, modelos e situação atual. Trabalho apresentado no I Congresso Internacional “Qualidade e Excelência na Educação”, Rio de Janeiro, Universidade Gama Filho, 25 a 29 de outubro 1993. Disponível em: <http://www.schwartzman.org.br/simon/gamaf.htm>. Último acesso em 29.10.2009.

SIBILIA, P. **O homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

SILVEIRA, ALCADIPANI DA R. **Michel Foucault**: Poder e Análise das Organizações. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

SILVEIRA, RMH. **Reflexões sobre representações de professoras e professores em coletâneas de crônicas e contos**. PPGEDU/ULBRA e PPGEDU/UFRGS. Este trabalho integra o Projeto de Pesquisa denominado “Retratos da docência em contos e outras narrativas breves”, desenvolvido pela autora na Universidade Luterana do Brasil. Disponível em: http://www.ufrgs.br/neccso/downloads_pesquisadores.htm. Último acesso em 29.10.2009.

SILVA, TT. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

SILVA, MN. **O trabalho acadêmico do professor do curso de medicina**: contradições num contexto de mudanças na FAMED/UFRGS. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, FAGED/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Normatização do Ensino de Cardiologia no Curso de Graduação em Medicina**, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v81n2/p12v81n2.pdf>. Último acesso em 19.01.10.

SOUZA, AN. Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica. Tese (Doutorado). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Doutorado em Medicina (Psiquiatria), UFRJ, IPUB, 1998.

STARFIELD, B. **Conferência de abertura sobre Atenção Primária em Saúde. 2º Seminário da Atenção Básica do SUS-BH**, 29 de março de 2007. Disponível em <http://www.pbh.gov.br/smsa/seminarioatbasica/>. Último acesso em 11.12.2009.

VENTURELLI, J. PROMED: **Reforma Curricular**; Diseño curricular e innovación en las profesiones de la salud. FAMED/UFRGS. Relatório de Gestão da Direção da Faculdade de Medicina/UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Período: 25.04.2001-24.04.2005, relativo a atividades desenvolvidas entre 18 a 29.08.2003, com a presença de consultor internacional, Prof. José Venturelli, *Mcmaster University*, Canadá. FAMED/UFRGS. Porto Alegre: Mimeo, p. 88-115.

V FÓRUM NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica**, Porto Alegre, 1995.

Nesta obra foi utilizada a fonte Minion Pro.
Capa em papel supremo 250g com acabamento plastificado fosco.
Páginas internas em papel offset 75g.



Editoração e impressão:

Rua Ramiro Barcelos, 2500
Porto Alegre/RS
(51) 3308 5083
grafica@ufrgs.br
www.ufrgs.br/graficaufrgs

2015 - Realização: Núcleo de Criação, Editoração,
Revisão e Web da Gráfica da UFRGS