

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CARDIOLOGIA E CIÊNCIAS
CARDIOVASCULARES
LINHA DE PESQUISA: EDUCAÇÃO E SAÚDE

O DISCURSO DOCENTE SOBRE O ENSINO DA CARDIOLOGIA NA
GRADUAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

Orientador Prof. Dr. MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES

PORTO ALEGRE

2010

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

**O DISCURSO DOCENTE SOBRE O ENSINO DA CARDIOLOGIA NA
GRADUAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde da Faculdade de Medicina/FAMED, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador Prof. Dr. MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES

PORTO ALEGRE

2010

B918d Buchabqui, Jorge Alberto

O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Jorge Alberto Buchabqui; Orient. Marco Antonio Rodrigues Torres – 2010.

177 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Educação de graduação em medicina 2. Aulas 3. Docentes
4. Cardiologia 5. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Faculdade de Medicina I. Torres, Marco Antonio Rodrigues II.
Título.

NLM: WG18

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

FOLHA DE APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

JORGE ALBERTO BUCHABQUI

O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Tese de Doutorado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, linha de pesquisa em Educação e Saúde da Faculdade de Medicina/FAMED, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Porto Alegre, 14 de setembro de 2010.

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Tese referida, elaborada por Jorge Alberto Buchabqui, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Saúde.

Comissão Examinadora:

Profª Drª Jadete Barbosa Lampert – FAMED/UFSM;

Profª. Drª. Cynthia Isabel Ramos Vivas Ponte – FACFAR/UFRGS;

Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi - FAMED/UFRGS;

Prof. Dr. Marco Antonio Rodrigues Torres – FAMED/UFRGS, Orientador;

CONCEITO FINAL: “A”

Dedico esta tese a minha centenária mãe,
exemplo de vida extremosa e dedicada, sempre a compartilhar comigo
- recentemente desde um plano superior -,
torcendo e vibrando na doce pacienciosidade dos justos e dos certos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Waldomiro Carlos Manfroi e aos colegas do Projeto Educação e Saúde/UFRGS, pelo apoio, estímulo à persistência e pelo carinho e solidariedade ao compartilharmos esta caminhada.

Aos professores e colegas da FAMED/UFRGS, que se dispuseram a ser sujeitos desta investigação, meu especial agradecimento por torná-la possível e propiciar a discussão sobre suas vidas acadêmicas. Conhecê-los me fez aprender a conviver com a diferença.

Ao Prof. Dr. Marco Antonio Rodrigues Torres, pela orientação, dedicação e amizade constantes.

A Maria Lúcia Nidballa dos Santos não só pelo trabalho criterioso de revisão, mas também pela acolhida carinhosa, amiga, paciente nos vários momentos de aflição.

A minha esposa Solange, aos meus filhos Pedro Henrique e Mariana, presentes de Deus a iluminar minha trajetória nessa vida terrena, pela paciência, pelas renúncias e pelos momentos que fomos privados de compartilhar nesta caminhada.

Aos colegas professores e alunos da FAMED/UFRGS, pelo tempo que dedicarem à leitura e reflexão desta tese, na tentativa de fazer da educação um compromisso como pessoas envolvidas, de uma forma ou de outra, na formação de indivíduos.

“A língua reflete a liberdade do homem.
É uma disciplina em que existem regras, mas acima delas está a
intenção expressiva de cada falante e de cada escritor.”

Evanildo Bechara
Moderna Gramática Portuguesa.
Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

RESUMO

Nesta tese, refletimos sobre o discurso docente com base nas falas e/ou escritos relativos às atividades nas disciplinas que envolvem o ensino da cardiologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). Daí emerge questões a respeito da existência de um padrão discursivo legitimado, orientado pelos ideais do que seja ser médico e pelos modelos de identificação ao realizar a prática médica no hospital geral universitário (HCPA). Tendo ferramentas de Michel Foucault como referência, observamos que diferentes discursos podem coexistir com intensidades diferentes de poder. Assim, interessa-nos conhecer o sujeito falante, no qual são identificadas características do sujeito da educação tradicional e as do sujeito da educação por si. Com isso obtivemos subsídios sobre o projeto pedagógico e debatemos os aspectos do perfil do médico a ser formado segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais. Os sucessivos movimentos sociais que promoveram a criação das Diretrizes (2001) assumem um grau de significância variado entre os docentes. Constata-se, ainda, a inexistência de um estudo sobre o tema, o que se configura como lacuna. Através de entrevistas com estes docentes abordamos como se constituíram professores, como identificam suas trajetórias e quais suas perspectivas futuras enquanto docentes e médicos (e por vezes gestores), atuantes em uma instituição que passa por adaptações fruto das necessidades sociais de seu tempo e também das Diretrizes em voga. Deste modo, apresentamos essa produção em artigos com o intuito de ampliar conhecimentos e discussões sobre o tema, com vistas a colaborar para a promoção de um ensino médico com formação pedagógica qualificada e profissionais críticos e reflexivos.

Palavras-Chave: ensino médico, docência médica, formação médica, cardiologia, discurso docente, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

ABSTRACT

In this dissertation, we make a reflection about the teacher's discourse based on oral and/or written statements referring to the activities in the courses related to teaching cardiology in the Medicine School of the Federal University of Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS). Questions emerge regarding the existence of a legitimized discursive pattern, oriented by the ideals of what being a doctor is, and by the models of identification as the medical practice is exercised in the university's general hospital (HCPA). Taking Michael Foucault's theoretical tools as reference, we observe that different discourses may coexist with different intensities of power. Thus, our interest is to understand the speaking subject, in who are identified characteristics of the traditional subject of education and of the subject of education by itself. With that, we obtained subsidies about the pedagogical Project and we debated the aspects of the profile of the doctor to be formed according to the National Curricular Guidelines. The successive social movements that promoted the creation of the Guidelines (2001) assume a varying degree of significance among the teachers. We also find the inexistence of a study about the theme, which is configured as a gap. Through interviews with these teachers we approach the ways they became teachers, how they identify their trajectories and which are their future perspectives as teachers and doctors (and many times managers), acting in an institution that goes through adaptations due to the social needs of its time and also due to the current Guidelines. This way, we present this production in the form of articles, as to widen the knowledge and discussions about the theme, and aiming at collaborating for the promotion of a medical teaching with a qualified pedagogical formation and critical and reflexive professionals.

Keywords: medical teaching, medical formation, cardiology, teaching discourse, National Curricular Guidelines (NCG).

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médicas
AP	Atenção Primária
CAEM	Comissão de Avaliação das Escolas Médicas
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil/1988
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
COMCAR/MED	Comissão de Carreira da Faculdade de Medicina
COMEX	Comissão de Extensão
COMGRAD/	Comissão de Graduação da Faculdade de Medicina
FAMED	
CES	Câmara de Ensino Superior (MEC)
CNE	Conselho Nacional de Educação (MEC)
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DMI	Departamento de Medicina Interna
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
FACED	Faculdade de Educação
FAMED	Faculdade de Medicina
GED	Gratificação de Estímulo à Docência
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
IFES	Instituições Federais de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação, 1996
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAU	Núcleo de Avaliação da Unidade
NEM	Núcleo de Ensino Médico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAIUB	Programa de Avaliação Interna das Universidades Brasileiras
PPGEDU	Programa de Pós-Graduação em Educação
PPGMED	Programa de Pós-Graduação em Medicina
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional
PSF/ESF	Programa de Saúde da Família/Equipe de Saúde da Família
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SESU/MEC	Secretaria da Educação Superior do MEC
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	25
ARTIGO DE REVISÃO	26
DELINEANDO A PESQUISA E REVISANDO O TEMA: O DISCURSO DOCENTE SOBRE O ENSINO DA CARDIOLOGIA NA FAMED/UFRGS	
RESUMO	27
<i>OUTLINING THE RESEARCH AND REVIEWING THE THEME: THE TEACHERS' DISCOURSE ABOUT CARDIOLOGY TEACHING AT FAMED/UFRGS</i>	
ABSTRACT.....	28
1 INTRODUÇÃO	29
2 REVISÃO DE LITERATURA	34
2.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO	34
2.2 NOVAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA	35
2.3 O ENSINO DA CARDIOLOGIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA	38
2.4 A FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (FAMED/UFRGS)	42
2.5 II FÓRUM DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA INTERNA - 1997	48
2.6 O ENSINO DA CARDIOLOGIA E O CURRÍCULO DO CURSO	50
2.7 A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR E O HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)	55
2.8 O REFERENCIAL TEÓRICO DA CINAEM.....	58
2.9 SOBRE O CURRÍCULO MÉDICO E O NOVO PROCESSO DE FORMAÇÃO	59
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	64
3 METODOLOGIA	69
ARTIGO 1	72
REFLEXÕES SOBRE A DOCÊNCIA MÉDICA: CONSTITUIÇÃO, VOCAÇÃO, PERFIL E CONTROLE DOCENTE	
RESUMO.....	73
<i>REFLECTIONS ON MEDICAL TEACHING: CONSTITUTION, VOCATION, PROFILE AND TEACHER CONTROL</i>	
ABSTRACT.....	74
1 O PROFESSOR DE MEDICINA	75
2 VOCAÇÃO.....	80
3 EXISTE UM PERFIL DOCENTE NA FAMED/UFRGS?	84
4 CONTROLE DOCENTE	86
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	89

ARTIGO 2	91
RACIONALIDADES NA FORMAÇÃO MÉDICA E OS MOVIMENTOS NA CARDIOLOGIA	
RESUMO	92
RATIONALITIES IN MEDICAL EDUCATION AND THE MOVEMENTS IN CARDIOLOGY	
ABSTRACT	93
1 INTRODUÇÃO	94
2 OS PROCESSOS DE UMA RACIONALIDADE MÉDICA: ENTRAVES PARA UM NOVO MODO DE FORMAÇÃO?.....	95
3 ALGUMAS DISCUSSÕES NO CAMPO – A FORMAÇÃO MÉDICA.....	98
4 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA	101
5 O ENSINO DE CARDIOLOGIA NA GRADUAÇÃO MÉDICA: UM RECORTE DA ESPECIALIZAÇÃO ...	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	112
ARTIGO 3	116
O DISCURSO DOCENTE E O PAPEL DO GESTOR NO ENSINO DA CARDIOLOGIA NA FAMED/UFRGS	
RESUMO.....	117
<i>THE DISCOURSE OF THE TEACHERS AND THE ROLE OF THE MANAGER IN CARDIOLOGY TEACHING AT FAMED/UFRGS</i>	
ABSTRACT	118
1 INTRODUÇÃO	119
2 TRANSFORMAÇÕES HISTÓRICAS NA FAMED/UFRGS.....	121
3 O DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DE 2005	126
4 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA E O DOCENTE DA FAMED/UFRGS.....	129
5 OS DESAFIOS DO (IN)DISCIPLINAMENTO DA FAMED/UFRGS.....	132
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
REFERÊNCIAS	137
4 DISCUSSÃO	140
REFERÊNCIAS	164
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
APÊNDICES	172
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	
APÊNDICE B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA, PROPESQD/UFRGS	
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	

1 INTRODUÇÃO

Esta tese tem como tema do ensino na cardiologia no curso de graduação em medicina da FAMED/UFRGS, especificamente pretendendo aprofundá-lo a partir da imersão nos discursos docentes vigentes e inseridos na Faculdade. No entanto, para isso, é preciso situar a trajetória acadêmica – e de vida – deste pesquisador, que se confunde e se integra a da própria escola médica em pauta.

Na década de 1960 - período em que cursava medicina -, a escolha da futura especialidade médica era o dilema dos doutorandos da época, como até hoje. Vivenciávamos a conclusão de um ciclo da formação médica cuja tendência era a do médico clínico geral, que fazia das consultas domiciliares uma rotina. Neste contexto nos preocupávamos em escolher qual seria nosso caminho. Em 1970, optei pela ginecologia, mais precisamente pela obstetrícia, área que desde cedo me trouxe satisfações redobradas. Como muitas das histórias de vida contadas no decorrer desta narrativa, fiz minha graduação e estas residências médicas na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), portanto sou “prata da casa”. O convívio com os personagens com os quais desfruto e compartilho conhecimentos, habilidades e atitudes, me levou também a um desempenho especializado típico, nada fora do comum.

O meu ingresso como médico contratado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), após cinco anos de formado, me vislumbrara um campo assistencial novo, não só porque a instituição também era nova, mas por existir um novo caminho e novas idéias do que um hospital universitário poderia dispor. Desta forma iniciou-se também minha carreira acadêmica. Atualmente, passados quase trinta anos do ingresso no ensino universitário, recordo-me que de início não incluía uma pretensão à docência, a não ser dar continuidade ao meu fazer médico.

Esta tese trouxe também uma oportunidade de refazer um pouco desta trajetória, como um caminho trilhado que representa o resultado do fazer imediato de quem o produziu. E, sobretudo, de tensionar a respeito do fazer médico docente e do perfil de médico que formamos e pretendemos formar na FAMED/UFRGS, para tanto me assumindo como parte deste todo.

Da área original por mim escolhida, a obstetrícia, em um convívio para a qual dediquei o tempo de maturação suficiente na busca da compreensão do que deva 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 previamente traçados.

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

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

Em 1985, realizei o Curso de Especialização em Metodologia do Ensino Superior, na Faculdade de Educação desta Universidade (FACED/UFRGS), desde quando realcei ainda mais minhas intenções neste sentido e pelo qual pude perceber 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 deste novo espaço me fez um estranho no ninho. Também observei que a penetração destes 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 esta reflexão e as instâncias resolutivas costumam ter seus espaços ocupados pela burocracia que as contamina de modo quase irreversível, até hoje.

Neste contexto, quanto mais me incluía dentre os que procuravam ter a educação médica como referência, mais parecia me distanciar de minhas origens (ginecologia e obstetrícia);

sobretudo ao somar a elas este contexto educacional, atualmente inclusive talvez sob pena de reduzir estas origens à história. Este 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 levantar questionamentos a este respeito, uma vez que, poeticamente falando, “navegar é preciso, viver não é preciso...”, no sentido da exatidão. Assim, quando é a exatidão que predomina é preciso avançar no sentido de pensar de outra forma, tornando-nos cúmplices desideologizados, ou melhor, abertos a visualização de outros caminhos, já que 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 este debate.

Estas questões passaram a me intrigar ainda mais, desde que estabeleci meu foco na figura do docente. Este que, ao se acomodar estritamente no seu fazer médico tão precioso, não tem a disponibilidade suficiente para que se situe no tempo histórico e mutável de suas vidas (conseqüentemente de seus alunos e pacientes) e como professor em toda a plenitude deste ofício, agregando-lhe valor, abrangendo questões da prática pedagógica e, portanto, social. Não quero aqui dizer que não existe um esforço por parte de meus pares para que isso ocorra; porém um dos intuitos desta tese é justamente chamar atenção de que esta reflexão atenta e consciente não encontra espaço em um fazer médico e, sobretudo docente, já tão estruturado e satisfeito consigo mesmo. Inclusive, este “dar-se conta” muitas vezes foi referido nas falas, durante as entrevistas para a realização desta tese, verbalizado contundentemente por alguns entrevistados. Até então, este fazer 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, me dava a entender que outras realidades poderiam conviver com o saber acadêmico e poderiam, inclusive, ser incorporadas ao ensino ou até mesmo à pesquisa, sem temor. Nas atividades de extensão o convívio com os alunos costumava dar-se de um modo lúdico, transformando e dando significância ao aprendizado, como que uma festa em comum cujos relatos como manifestações de um misto de choro emocionado e de alegria, demonstravam desde logo que era possível pensar diferente com algo que é real.

O ensino da graduação, por sua vez, transcorria segundo um currículo de curso que nos trazia, quase de imediato, a referência a sua grade curricular, com o elenco de disciplinas, conteúdos e cargas horárias, como algo inerente à prática docente. Mas como seria esta prática sem um currículo organizado de tal forma? A resposta parece ser uma só: “nem pensar”, algo impossível e improvável. A seqüência de vivências e peregrinações por outras searas (não necessariamente acadêmicas), sempre tendo a ABEM como base, vislumbrou-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 etc. E até mesmo em outros cenários, que se contrapunham as minhas vivências na academia, cujas tentativas – devo admitir - acabavam na manutenção do que lá já existia.

Se em um primeiro momento aflorava fortemente o sentimento de necessidades pedagógicas, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF/88) – e com ela da reestruturação do sistema de saúde a partir da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) -, dá-se um chamamento às escolas médicas, visando promover uma reflexão e discussão coletivas a respeito da própria formação médica. E, ainda, sobre um modelo que se adéque às necessidades de saúde e sociais, 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), vêm desafios tais como uma 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. Propõem que o projeto pedagógico seja construído coletivamente, tendo o aluno como sujeito da aprendizagem e o professor como “facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (DCN).

Com as DCN ocorre uma normatização que, em princípio, possibilitaria a cada escola médica uma adaptação considerando suas peculiaridades regionais e locais, bem como sua história até então.

Tendo acompanhado desde 1989 as tentativas de mudança curricular, seja como membro da então Comissão de Carreira da Medicina (COMCAR/MED) – hoje COMGRAD, Comissão de Graduação - ou como coordenador da Comissão de Extensão (COMEX/MED), ou ainda como membro do Conselho da Unidade FAMED, vêm lembranças que demonstram a inexistência de uma pretensa linearidade: sempre houve mudanças o que é favorável às

discussões, mas que muitos teimam em desconhecer. A aproximação com outras vivências e outras escolas médicas me estimulava a pensar algo diferente do modelo pedagógico e de inserção social existentes, ou, pelo menos, que haveria opções diversas daquelas que hegemonicamente se mantinham e se perpetuavam apenas com pequenas variações, digamos, *toaléticas*.

Então, as raízes para a elaboração do problema (vide Capítulo 3 - Metodologia) a ser investigado encontram-se em indagações que surgiram a partir de minha prática profissional como docente desta Faculdade de Medicina, onde iniciei minhas atividades em 1980.

A história da FAMED/UFRGS não está de forma alguma em dissonância com a maioria das escolas médicas do país, estando 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 e valores, bem como 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 deste impasse, com o intuito de compreender como acontece a opção por uma determinada orientação político-pedagógica e a história de como os sucessivos currículos foram produzidos.

Como dito, a pesquisa desenvolvida para esta tese representa, ao final, também a problematização de minha própria prática docente. Surge do interesse de tentar entender como 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, na medida em que dão visibilidade a estes conflitos de interesses e de poder. Este processo, afim de que não passe de mera formulação discursiva, deve contar com a participação ampla e reflexiva dos professores. Ressente-se, contudo, com a falta de uma prática docente de formação crítica, tanto em relação ao processo em si, ao curso, ao seu significado e comprometimento, como ao modo de efetivá-las 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, vinculado concomitantemente as Faculdades de Medicina e de Educação da Universidade. Visa refletir sobre a formação de professores e as circunstâncias que os

envolvem em relação ao próprio sistema de atenção à saúde, assim como a respeito da integração teoria e prática, essência de eventuais reformulações. Com isso foi possível ingressar neste programa como aluno de doutorado e produzir esta tese, também devido ao apoio dos professores que se disponibilizaram a orientar nesta nova linha de pesquisa.

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

Em tempo esclareço que, na verdade, inicialmente o foco desta pesquisa seria a saúde pública, o sistema de saúde e como a Faculdade (uma instituição formadora de recursos humanos para a saúde) se detém, em uma relação formador-prestador de assistência, estando ela sob avaliação oficial pelo sistema público de ensino superior do qual faz parte. Haveria então uma aproximação de interesses, já que 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”¹. Este apontamento instigou-me (e instiga ainda hoje) a pensar como se dão 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 nos tornamos uma sociedade disciplinar e também uma sociedade do 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 de "si mesmo", da relação do sujeito com a "verdade".

Volto-me, então, para o lado, digamos, oposto, e opto 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 tem na história da cardiologia brasileira relatos que enaltecem seus avanços científicos, sejam diagnósticos,

¹ FOUCAULT, Michel. História da Sexualidade II. O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p.13.

sejam terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos; assim também, uma preocupação com um novo modelo de formação da graduação na qual academicamente se insere, com amplo referencial que atente para as DCN relativas ao Curso de Medicina.

Neste sentido, ao elaborar à época o projeto de tese, considerando a vasta produção científica sobre educação médica e da área da cardiologia, tornou-se necessário perambular pela formação docente, desde sua constituição, perfil e práticas pedagógicas, sem, contudo, sair do interesse maior de como tais circunstâncias se deram, em detrimento de outras.

Assim, esta investigação foi realizada com a intenção de ouvir os professores, seus discursos, procurando fazer com que seu livre pensar aflorasse. Assim, podendo incluir 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 com isso encontrar espaço para a diversidade. Se é fato a não existência de uma 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.

Para isso, foram entrevistados professores desta área específica, a cardiologia, nos três espaços de inserção acadêmica desta especialidade, no ciclo profissional do curso de medicina vinculado a uma instituição federal de ensino superior (IFES), utilizando uma metodologia qualitativa de pesquisa.

O estudo tem por base as falas dos docentes envolvidos de alguma forma, seja como professores atuantes no ensino da cardiologia, seja como gestores nos processos de reformas curriculares - regentes e coordenadores de comissão de graduação do curso -, personagens que nas suas respectivas instâncias traziam consigo um elo da instituição com seus docentes. Os detalhes específicos estão presentes no capítulo sobre a metodologia. Por ora cabe apenas esclarecer que estas falas gravadas e transcritas na sua totalidade serviram para posteriores categorizações temáticas. A pretensão era a de obter informações que trouxessem visibilidades e sentimentos que embora já existentes por longa data no pensamento de muitos destes profissionais, para outros tantos representavam um momento para o exercício de reflexão sobre seu fazer docente, já que não tinham o tempo e o espaço adequado para sua

propagação. Em cada âmbito ao qual referi, tinha noção de como circulavam as medidas ou comportamentos circundantes à execução e implementação de mudanças e adaptações no currículo, especialmente após a homologação das Diretrizes Curriculares para o curso de medicina. Com isso houve a possibilidade de verificar a posição do gestor, a exemplo de como são seus comportamentos perante os desafios e as resistências docentes. Sem esgotar o momento próprio de descrição metodológica, de pronto cabe ainda indicar algumas reflexões sobre a elaboração, por assim dizer, da pesquisa em si.

As falas são decorrentes de entrevistas abertas com os docentes, de modo que apesar de seguirem certos eixos de questionamentos davam a oportunidade para que o entrevistado se manifestasse e desse o rumo que lhe parecesse melhor para sua argumentação, mas devidamente acompanhadas pela condução cuidadosa do pesquisador conforme os eixos temáticos propostos ao entrevistado.

Em todos os casos houve um livre trânsito entre os entrevistados, com a ampla colaboração de todos, o que permitiu conhecer um pouco mais de cada um deles, como pessoas enriquecedoras, cada qual com suas vivências e experiências, maduras ou iniciantes.

Outra suposta aproximação com os ditos e escritos de Foucault (eixo referencial nesta tese) deu-se ao freqüentar as disciplinas do doutorado, quando comecei a me interessar por alguns dos questionamentos deste autor. Antes de pretender constituir um libelo a favor ou contra algo, situação, fato, circunstância etc., pôde haver um distanciamento suficiente a fim de proporcionar o estranhamento necessário de visibilidades até então consolidadas. Ao me deter em investigar, ouvir e observar como os eventos acontecem de uma determinada maneira excluindo-se outras, procurei entender e aprofundar um pouco mais sobre a incompletude do dizer, das certezas definitivas e de como estamos submetidos ou sujeitados aos fatos cotidianos, rotineiros e usuais de tal modo que, como corpos dóceis, nos fazemos cúmplices de um processo que tem no saber...

...um domínio onde “*o sujeito é necessariamente situado e dependente*” e nesse sentido, por exemplo, o saber da medicina clínica define para o sujeito do discurso médico o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão^{II}.

^{II} FOUCAULT, M. A arqueologia do saber. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 206-207, grifo do autor, p.198.

Neste sentido, concordo com Fischer, que aponta:

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^{III}.

Ao ter em Foucault uma referência para o estudo destas falas, emerge a necessidade de dizer algo a respeito de como este autor aborda a produção de discursos docentes em uma instituição de ensino historicamente situada (escolas médicas), bem como organizada e controlada mediante diretrizes. O discurso, assim concebido, não é a manifestação majestosamente desenvolvida de um sujeito que pensa, que conhece, e que diz; é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas 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^{IV}.

O funcionamento dos discursos é definido segundo exigências impostas aos indivíduos selecionados dentre aqueles que têm acesso a um determinado discurso, e determina, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam, como o que o autor refere por *os grandes procedimentos de sujeição do discurso*^V.

^{III} FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. Cadernos de Pesquisa, n° 114, Novembro/2001. Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, p. 2.

^{IV} FOUCAULT, 1995, *op. Cit.*, p. 61-2.

^V FOUCAULT, M. A ordem do discurso. Aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996, p. 44.

Neste sentido, o discurso médico, por exemplo, não pode ser dissociado da prática de *rituais da palavra*, bem como deve ser diferenciado do discurso da medicina, para o qual há uma 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 como uma *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”^{VI}.

Foucault aponta uma questão importante também para esta pesquisa:

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?^{VII}

Contextualizadas as nuances desta pesquisa, seus desdobramentos requereram a elaboração de três artigos originais que serão precedidos por um artigo de revisão, elencados a seguir.

Entre os artigos originais, o primeiro compõe 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 que fosse controlado em sua qualidade até aos que tivessem 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 o trouxeram para a Universidade e que ali se re-significam, mas, que, 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 até a uma

^{VI} FOUCAULT, 1996, *op. Cit.*, p. 30.

^{VII} Idem, p. 44-5.

eventual especialização precoce. Em contraposição é debatido 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, se reconhece que o perfil requerido para o ingressante a docente 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 controle do trabalho docente.

O artigo que segue apresenta como se qualificam as “Racionalidades na Formação Médica e os Movimentos na Cardiologia”, no qual 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, na 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 anátomoclínica como uma *objetivação limitadora* é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina e evidencia-se neste 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 sequer questionarmos se a denominada *formação médica* estaria adequada aos modos como se poderia repensar a clínica e a saúde pública, discutimos 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 teríamos que buscar.

Considerando que há um direcionamento governamental que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, questiona-se como isto é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em voga e de sua historicidade, neste espaço reservado de conhecimento. Nossa perspectiva é, ao 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 olharmos para além dos embates acadêmicos marcados nesse segundo artigo e que pretendemos trazer em outro momento desta pesquisa.

O terceiro e último artigo está focado na administração da gestão da escola médica e da área específica do ensino, considerando as circunstâncias de um possível compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, no qual se 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 um total desconhecimento por parte deles, podendo originar uma falta de responsabilidade participativa, sobretudo pelo fato das 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 esta 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 para a medicina orientações, deveriam adquirir um caráter mandatório, mas apontando para uma abertura e um estímulo a 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 sendo 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 mesmo seus objetivos não são claramente discerníveis.

Deste modo, são expressas as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS neste 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.

Após os artigos, parte-se para o capítulo de discussão, o qual retoma os pontos essenciais ao debate.

Encerrando a tese, nas considerações finais são apresentadas as possibilidades relacionadas ao tema, sintetizados os pontos dignos de estudo e alguns apontamentos sobre o saber produzido pelos professores em seu trabalho cotidiano, 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 repensar da formação e a releitura da prática docente podem levar os professores de medicina a refletir sobre a ação pedagógica. Isso porque, ao tornarem-se conscientes das crenças, dos valores e dos conhecimentos que a influenciam, passam a ter melhores condições para adequar seu comportamento profissional, levando-os a assumirem um papel ativo no seu próprio processo de formação e podendo, assim, fugir aos 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 uma determinada sociedade, uma escola médica que pode, portanto, ser mudada à medida que os períodos históricos irão se sucedendo.

O presente estudo poderá abrir a perspectiva de construção de um ensino de melhor qualidade para o curso de medicina (qualitativamente reflexiva e crítica), contribuindo com a transformação da ação docente, podendo também oferecer subsídios para encaminhamentos em relação à formação permanente dos professores da área da saúde.

As respostas a determinadas situações apontadas neste estudo são provisórias, tendo em vista que não existem verdades incontestáveis, posto que 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.

Em tempo, alguns aspectos específicos quanto à redação deste texto carecem de explicação desde logo: primeiramente assumimos certas repetições que porventura possam aparecer em relação ao artigo de revisão e aos demais três artigos, posto que aquele trata - como o nome refere - de um apanhado geral sobre o tema. Assim, na discussão mais específica travada em cada um dos artigos, houve excertos que foram novamente trazidos a escrita, por uma questão de adequação de contexto.

Quanto aos aspectos objetivos de formatação, esta tese segue a formatação da ABNT^{VIII}, utilizando o sistema Vancouver para as referências, à exceção da introdução e metodologia: já

^{VIII} Em especial segundo FLORES, Helen R. F. de; TEOFANO, Romilda A. Normas para apresentação de trabalhos acadêmicos da Faculdade de Medicina e do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 51f. Porto Alegre: FAMED/UFRGS, 2006. Esta regulamentação define que serão aplicadas também a dissertações e teses dos programas de pós-graduação da medicina, não havendo uma compilação própria de cada PPG, quanto às normas de estilo da ABNT.

que são poucas as referências nestes capítulos, estas apareceram em nota de rodapé, por concluirmos ser a melhor adequação possível a esta etapa do texto e, para que não se confundam com a numeração do sistema Vancouver, as notas virão em algarismos romanos.

Nesta introdução, por haver momentos que tratam da experiência pessoal do pesquisador, foi utilizada a forma verbal na primeira pessoa do singular; no entanto, para o restante da tese, consoante o diálogo teórico com as referências acessadas e com os orientadores, segue-se o convencional tempo verbal na primeira pessoa do plural.

Por fim, ainda quanto à redação deste trabalho, optou-se por não contemplar as mudanças propostas no recente Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, particularmente por dois motivos relevantes: há ainda uma falta de unificação entre os autores sobre as regras de interpretação e padronização das normas regulamentares do Acordo; e pelos *softwares* de editores de texto ainda não estarem conforme a nova formatação, o que dificultaria a uniformidade de escrita durante o texto.

2 OBJETIVOS

Tem-se por objetivo geral desta tese, levantar e estudar dados e informações com a finalidade de debater a respeito do fazer docente no ensino da Cardiologia na FAMED/UFRGS.

Quanto aos objetivos específicos, temos:

- 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; e, por fim,
- Apresentar o discurso docente e, com base nele, tensionar sobre o papel do gestor no ensino da cardiologia nesta Faculdade.

ARTIGO DE REVISÃO

Delineando a pesquisa e revisando o tema: O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na FAMED/UFRGS

Resumo

Este artigo tem o objetivo de realizar, de forma sistemática, o levantamento em termos de revisão bibliográfica de algumas premissas a respeito do fazer médico, especialmente quanto à docência médica e ao ensino da cardiologia, particularmente na FAMED/UFRGS, que serviram de embasamento para esta pesquisa e como instrumento para fundamentação teórica desta tese. Em tempo, refletimos sobre a preponderância da atividade docente em relação às necessidades de mudanças e/ou adequações explicitadas pelas DCN e Diretrizes específicas para a graduação em medicina. Buscamos demonstrar que o currículo é parte fundamental deste processo, extrapolando significativamente simples noção de grade curricular e de disciplinas, pois deve refletir em si a identidade do curso e do perfil do profissional médico que a escola de medicina pretende formar.

Palavras-Chave: discurso docente, ensino, cardiologia.

Outlining the research and reviewing the theme: the teachers' discourse about cardiology teaching at FAMED/UFRGS

Abstract

This article has the objective of accomplishing, in a systematic way, the bibliographic revision regarding some premises related to the medical activity, especially referring to medical teaching and cardiology teaching, particularly at the FAMED/UFRGS, which have served as a basis for this research and as an instrument for the theoretical foundation of this dissertation. In time, we reflect about the preponderance of the teaching activity in relation to the needs of changes and/or adjustments made explicit by the National Curricular Guidelines and the specific guidelines for the graduation in Medicine. We try to demonstrate that the curriculum is a fundamental part in this process, significantly extrapolating the simple notion of curricular framework and courses, since it has to show in itself the identity of the course and the profile of the medical professional that the medicine school intends to form.

Keywords: teacher discourse, teaching, cardiology.

1 Introdução

O tema da pesquisa realizada e conseqüentemente desta tese trata dos discursos que permeiam o ensino na FAMED/UFRGS, na área da cardiologia, compreendendo 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.

A especificidade do tema (recorte) relaciona-se com a problematização da pesquisa, que gira em torno da questão de qual é o discurso dominante no ensino da cardiologia, e que implica na base que fomenta um padrão discursivo legitimado na FAMED/UFRGS.

A justificativa e relevância do tema envolvem a compreensão da atuação docente no aprendizado da cardiologia; este, orientado pelos ideais do que seja ser médico e pelos modelos de identificação ao realizar a prática médica no hospital geral universitário. Para isso, buscou-se verificar, a partir de uma seleção de idéias expostas por Michel Foucault, quais seriam as características do sujeito da educação tradicional, hospitalocêntrica, e do sujeito da educação por si.

Como diferentes discursos podem coexistir em uma instituição de ensino, embora com mais ou menos poder, ocupando uma posição central ou marginal, interessa à análise conhecer o sujeito falante, o emissor do discurso, incluindo o mundo subjacente; e também os saberes e seus reconhecimentos.

Se no âmbito da medicina – e da cardiologia, em particular – a ênfase do processo avaliativo centra-se nas competências, indo, portanto, além dos conhecimentos, a capacidade de solucionar situações-problema (ao invés da simples verificação da retenção de informações) situa-se certamente mais próxima à avaliação à qual é submetido o médico no seu cotidiano profissional. Ao estender ao corpo docente e ao próprio curso em si, a possibilidade de expressar seu *modus vivendi* no ensino, foi possível obter subsídios sobre o projeto pedagógico, chegando inclusive à reconstrução de aspectos do próprio perfil do médico a ser formado.

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 medicina¹ e pelos vários encontros promovidos por entidades representativas do ensino médico), constitui ainda uma incógnita nos diversos níveis das instituições. Nelas

cada uma destas referências é utilizada de acordo com o seu perfil e com a atenção que julgam merecer.

No caso da FAMED/UFRGS, constata-se, ainda, a inexistência de um estudo sobre o tema desde a constituição da última reforma de ensino em 1989 e ao longo de sua implantação até a presente data, o que se configura como uma lacuna.

*A Normatização do Ensino de Cardiologia no Curso de Graduação em Medicina*², editada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em 2003, trouxe orientações e propostas que mesmo não sendo devidamente discutidas e/ou desconstruídas pelas escolas médicas, fazem com que se constitua em si um discurso que tende a funcionar como verdade, passando a assumir tal caráter e a deter poderes específicos.

Dialogando com Philippe Daudi³, pensamos se desconstruir e desmistificar discursos poderia ser apenas uma forma de reprodução de novos discursos, ou seja, estar-se-ia a construir discursos sobre discursos. Então a busca pelo discurso pode demonstrar que aquilo que é lido não é a realidade, mas um relato, um excerto da realidade propositadamente construído de um determinado modo, por um 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 aponta em *O Nascimento da Clínica*⁴ 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*⁵, realizado em abril de 1999, em Caen (França), foram tratados diversos aspectos das relações entre as obras de Foucault e a Medicina. Em diversas de suas obras, este autor enfatizou que o saber está sempre articulado ao poder disciplinador, chamando atenção 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.

Como referiremos no decorrer desta tese, tendo por base 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 preciso ter em conta, como lembra o autor, que não é adequado descrever efeitos do poder sempre em termos negativos, mas entendê-lo como produtor real, que produz os domínios de objetos e os rituais de *verdade*. É justamente para compreender essa idéia 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. Assim como a noção de valores (bem e mal, verdadeiro e falso, certo e errado etc.), na história da medicina foram e são consagrados historicamente binômios (tal como o sadio e o doente, por exemplo). E o foram em função de interesses relativos ao poder dentro da sociedade, ou seja, das instâncias nas quais o poder encontra-se, 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 desta forma, a idéia 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 esta referência fundamental adquire uma tecnologia de poder centrado 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, sendo que uma de suas formas mais eficientes para normatizá-la se dá por meio de discursos e práticas científicas, aparentemente neutras e racionais.

A constituição da racionalidade anátomo-clínica, 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 Foucault⁶, esta racionalidade que possibilita um conhecimento científico sobre o indivíduo doente, constitui

uma *objetivação limitadora* que produz uma rarefação do discurso médico, que não diz tudo de verdadeiro nem sequer sobre a doença.

Ainda em diálogo com este autor, lembramos que as sociedades modernas apresentam esta 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 pelos vários âmbitos da vida social. O poder se fragmentou em micropoderes e com isso se tornou muito mais eficaz, pois são exercidos por uma 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 sim 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, como o autor refere e no sentido do que este trabalho demonstrará, ocorre no meio médico desde o ensino na graduação e a FAMED/UFRGS não é exceção quanto a este aspecto. Portanto, consiste em um desafio ao corpo docente (com o apoio de alunos, funcionários e instituição como um todo) ter isto presente, tensionando sobre a qualidade de sua atuação no ensino.

Maia⁷, ao comentar os desafios atuais do ensino de cardiologia na graduação médica, salienta ainda a necessidade de aproximação real do cotidiano profissional pela capacidade de solucionar situações-problema, que inclua um programa de avaliação adequado que se estenda do aluno ao corpo docente e ao próprio curso. Desta forma, a avaliação permite obter subsídios para o aprimoramento de todo o projeto pedagógico, chegando inclusive à reconstrução de aspectos do próprio perfil do médico a ser formado.

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; outro refere à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação, com processos de desenvolvimento da docência e é preciso "promover e desenvolver excelência no ensino", bem como "desenvolver e implementar métodos e recursos inovadores de ensino" (Gregoratos⁸); e, por fim, o terceiro grande desafio citado por Maia, diz respeito à inserção da especialidade na formação geral do médico, onde as DCN específicas para o curso médico serviriam como um instrumento orientador e fomentador de discussões.

Merhy⁹ 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 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, há as tensões definidas nos processos propriamente da saúde, nos quais a formação deste profissional ocorre.

Nesta tese, antes de julgar sobre a conveniência de um modelo organizacional, pretende-se verificar como ocorre esta definição por uma determinada tipologia de ensino de graduação de medicina e não outra. Considerando que há um direcionamento estatal que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, questionamos como isso é entendido, tratando-se da escola médica em voga e sua historicidade, por seus docentes neste espaço reservado do conhecimento.

Para Ribeiro¹⁰, 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 etc. Assim sendo, se há um modelo em crise, esta se estende à formação de super especialistas, e isso tem relação direta com a sociedade disciplinar que lhe dá origem.

Antes de levantarmos a questão sobre se a formação médica estaria adequada ou se necessitaria reformá-la com vistas à clínica e à saúde pública, seria oportuno questionar se uma reforma do ensino dependeria da reforma dos saberes e práticas que as orientam. Assim como conhecer o modelo vigente e o modo como este modelo se mantém a custo de estratégias cuja visibilidade tivemos que buscar nas falas dos docentes entrevistados.

Assim, tomamos 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, identificamos 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 que são relacionados entre si e proporcionam uma visão da diversidade existente que poderá ser estudada, evidenciada e compreendida a partir destes discursos.

2 Revisão da Literatura

2.1 Breve Contexto Histórico

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 (idem, *op. cit.*). O impacto da revolução científico-tecnológica trouxe grandes mudanças no modo de exercer a profissão, na qual, diante do desenvolvimento de uma racionalidade científica - a positivista - que recorta os objetos tornando-os bastante delimitados e aprofunda seus conhecimentos sobre eles, a ciência captura a racionalidade médica e a transfere 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, uma 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.

Facchini¹¹ 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 concordamos, a nova concepção de humanização virá da redefinição do objeto da prática médica, que será a necessidade das pessoas e comunidades. Ao se adotar este novo objeto, deverá ser mantida a crescente capacidade de intervenção sobre os problemas biológicos e se criarão novas áreas de competência.

Ainda Facchini, quanto ao debate sobre a escola médica e o médico a ser formado, refere que é preciso passar necessariamente pela reflexão sobre as variáveis envolvidas e suas relações. Assim, elenca três atores incluídos neste cenário, especificando suas necessidades em relação às demandas de saúde: os cidadãos, a comunidade e os docentes. Esta tese, como reafirmaremos, privilegia os últimos, os docentes, suas características e necessidades como educadores e profissionais médicos, com seu passado, suas expectativas e todas necessidades e potencialidades que carregam consigo. Têm como cenário de atividade diária o campo de ensino e serviços, cujo relacionamento tem 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 e colaboração em relação ao perfil de curso e de estudante que pretendem as escolas médicas. Pois, mesmo que se busque um aluno mais autônomo no seu aprendizado, esta 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. Este argumento reforça também nossa escolha focalizada unicamente nos professores, inclusive porque, não haveria “fôlego”, no espaço de uma tese, para abarcar uma pesquisa tão ampla, o que se insere, entretanto, nos anseios futuros que se relacionam a continuidade desta pesquisa, especialmente por meio de futuras publicações.

2.2 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, deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, com a finalidade de permitir os ajustes que se fizerem 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. Neste sentido, 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 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 permita ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, trabalho recente de Abdala¹², corrobora este contexto situacional, para tanto 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 como os atores envolvidos com o curso de graduação percebem e situam a escola na sociedade ao estabelecerem sua missão política e pedagógica. Ao referir a tipologia de Lampert sobre um grupo de 28 escolas médicas (detalhes a seguir), tensiona os vetores do perfil Biomédico e Epidemiológico-Social do profissional que pretende formar, e quanto a aplicação da tecnologia. Ainda quanto aos vetores da produção de conhecimentos, demonstra existir dificuldade em produzir e ampliar as linhas de pesquisa para além das áreas biomédicas. Também mostram não ter facilidade para articular os cursos de graduação, pós-graduação e a educação permanente com vista às necessidades de saúde da população.

No que tange as Diretrizes, elas são o resultado histórico de algumas correntes, a iniciar pela própria Constituição Federal do Brasil (CF/88)¹³, que estabelece que ao SUS compete, dentre outras atribuições "ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde" (artigo 200, II), explicitada com mais detalhes no Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde¹⁴. Esta necessidade de formar profissionais voltados para o contexto social é também expressa em documentos internacionais¹⁵. Como conseqüência, as demandas da sociedade junto aos profissionais de saúde são repassadas diretamente às instituições formadoras e aos educadores. Esta é, em nosso meio, uma discussão de grande importância e atualidade.

Outra corrente trata da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)¹⁶, de 1996, no que refere a União e aos Estados (artigos 9º, IV e 10º, III) e que consoante o princípio da autonomia das universidades, confere a elas 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 com os 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 UNESCO¹⁷ e da REDE UNIDA¹⁸.

Assim, no âmbito de uma extensa e fecunda discussão nacional entre as escolas médicas brasileiras, conduzida pela ABEM, nos anos de 1999 e 2000, foi elaborado um documento que se constituiu nas bases do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais. Documento posteriormente elaborado por uma comissão de especialistas e promulgado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e pela Câmara de Ensino Superior (CES), ambos do Ministério da Educação (ainda MEC).

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

Lampert¹⁹ ²⁰, ao avaliar as tendências de mudanças em 28 escolas médicas brasileiras, elaborou uma tipologia abrangente dos tipos de escolas médicas que identificou. Afirma que mesmo uma escola de tipo avançado, que dispõe de um projeto político pedagógico já condizente com as DCN e DCN para o Curso de Medicina (e vistas à consolidação do SUS) apresenta dificuldades, pois a transformação que se busca não se dá apenas no âmbito acadêmico; deve acontecer também no sentido de atender ao contexto (mais amplo) no qual cada escola médica esteja inserida.

Em tempo, este estudo de Lampert 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 (CAEM) da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). As escolas responderam ao instrumento de pesquisa oferecido para sua auto-avaliação segundo a metodologia proposta, com resultados que mostram 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 Docente²¹.

Este projeto de avaliação de tendências de mudanças no curso de graduação nas escolas médicas brasileiras da CAEM/ABEM 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 o projeto, que se baseou no trabalho de tese da autora que adota cinco eixos conceituais relevantes na formação médica - mundo do trabalho, projeto pedagógico, abordagem pedagógica, cenários da prática e desenvolvimento docente.

O projeto propõe um trabalho para ser executado com as escolas em três momentos: 1) aplicação do instrumento de auto-avaliação 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). Este artigo mostra os detalhes do projeto e como resultado a adesão das escolas por conta do seu lançamento, em 2006²².

2.3 O Ensino de Cardiologia na Graduação Médica

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) em 2003 se interessa e se detém 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 como o acesso às informações²³. Koifman refere que nelas há uma crítica contundente ao paradigma da modernidade, expresso na fragmentação do conhecimento e no individualismo na formação e na prática profissional²⁴.

Esta 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, a interdisciplinaridade e a construção ativa e permanente do conhecimento pelo estudante. Em relação às necessidades de saúde da população, identifica como principais limitações: falta de

co-relação entre o conteúdo ministrado e doenças prevalentes encontradas na comunidade e ausência de um perfil do profissional médico que seja voltado para o 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 do 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 curriculares²⁵.

De acordo com as discussões feitas nos congressos anuais da Associação Brasileira de Educação Médica (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 cargas horárias elevadas para atividades teóricas. Além disso, por 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.

Estas mudanças mais profundas, entretanto, demandam múltiplos e complexos elementos determinantes²⁶, geralmente processos institucionais mais amplos e de implantação em prazos dilatados. Aponta Feuerwerker²⁷ que considerando 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 em curto prazo no âmbito das disciplinas curriculares, a acompanhar as novas tendências de formação médica.

Nas escolas médicas com currículos tradicionais, é comum observar que a cardiologia constitui uma disciplina individualizada ou integra um módulo mais amplo. Geralmente a carga horária da especialidade é expressiva nas grades curriculares. Contudo, não podemos perder de vista 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 considerando 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 com 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"²⁸.

A grande abrangência da área da cardiologia possibilita incluir todo o espectro de objetivos educacionais, relacionados com as 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 avaliação da SBC, o planejamento de um curso de cardiologia em uma instituição reflete legitimamente suas peculiaridades e especificidades, com 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 a 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 em nosso meio, com vistas 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, como: 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 e apoiado no professor como 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. Neste contexto, as metodologias problematizadoras (não são nosso foco, apenas para contextualizar) utilizam de 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 médica²⁹.

A *Abordagem Pedagógica* enfatiza, ainda, a necessidade de integração das disciplinas das áreas básicas relacionadas com a cardiologia (anatomia, histologia, embriologia, bioquímica, biofísica, fisiologia, patologia, farmacologia, medicina preventiva), bem como a integração com demais profissionais da área da saúde (psicologia, enfermagem, nutrição, fisioterapia) e a introdução a 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, no nível primário e secundário, no âmbito do SUS.

Para isso, deve acontecer a promoção da qualificação dos docentes em cardiologia, para reflexão sobre o ensino desta área nos cursos de graduação, através de eventos científicos, fornecimento de material didático, disponibilidade de conteúdos na *Internet*, cursos periódicos, havendo sugerido inclusive (a referida *abordagem pedagógica* da SBC) a disponibilização de espaço nas publicações da própria entidade, a fim de propiciar avaliações e pesquisas sobre o estado atual do ensino de cardiologia no Brasil.

Este desafio de planejar o ensino na cardiologia é mérito e deve-se também à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação. O professor deve reavaliar sua prática pedagógica se intentar obter sucesso em sua prática de ensino³⁰. A 30ª Conferência de Bethesda³¹ apontou explicitamente a necessidade de promover e desenvolver excelência, bem como desenvolver e implementar métodos e recursos inovadores de ensino. Nesse sentido, torna-se relevante envolver docentes e discentes em projetos de pesquisa que tomem 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 e as DCN para o curso de medicina.

Em tempo, dentro deste 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 o recorte definido para esta pesquisa/tese, no que for possível, acrescentamos ainda: não será este também o maior desafio desta pesquisa? Acontecem estas reflexões/reformulações no ensino da cardiologia na FAMED/UFRGS? Atende às peculiaridades da escola médica em que se inclui ou do docente nela? Existem outras formas possíveis? Não pretendemos responder ou planejar a totalidade destes pontos, no entanto são tensionamentos os quais é necessário ter em conta no processo de mudanças como um todo.

2.4 A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS)

Desde a sua fundação, em 25 de julho de 1898, a história da Faculdade de Medicina compõe a história gaúcha e 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 curriculares³².

Conforme o relato histórico presente no Projeto Pedagógico da FAMED de 2007, verifica-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 (já que 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, perdendo 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 teve uma inclinação no sentido de se organizar, a partir dos serviços do próprio hospital e a prestação de serviço predominou sobre a ação pedagógica. Apenas um século depois é inaugurado o novo prédio, então sede da Faculdade de Medicina, em 27 de julho de 1998.

Dentro deste contexto, foi altamente significativa a inauguração, em 02 de setembro de 1970, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), empresa pública de direito privado e integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação – MEC (maiores detalhes no ponto 2.7 a seguir), mas vinculado academicamente à UFRGS. Gradualmente, os serviços do hospital foram sendo colocados em funcionamento, a partir da inauguração dos ambulatórios e da internação, bem como 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 vão sendo ampliadas e consolidadas, assim como a implantação da pesquisa vai sendo centrada sobre os 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. Na realidade, se contarmos a iniciada em 2005, descrita adiante, 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 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 (Projeto Pedagógico/FAMED).

A reforma curricular da década de 80 incorpora disciplinas de conteúdo humanístico, mas, na prática, o que se verificou foi a criação de novas disciplinas, um aumento da carga horária, uma baixa incorporação dos conteúdos humanísticos nas atitudes dos médicos recém-formados e uma 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 termos como “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 a terminalidade 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 uma integração entre ciclo básico e profissionalizante, um 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 e com um melhor aproveitamento do tempo escolar. Propôs a transformação em estágio de todas as disciplinas clínicas onde o ensino de ambulatório corresponde a 50% da carga horária, com a prática pedagógica em pequenos grupos nos ambulatórios e na internação, permitindo a avaliação formativa e somativa tanto do conhecimento, quanto das habilidades e do comportamento de cada aluno.

Esta reforma teve seus resultados 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, fruto em grande parte 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 tinha 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 às Diretrizes para o curso de medicina, Resolução CNE 04/01, foi implantado outro currículo para a medicina, que segue em paralelo ao currículo 242.00, com modificações curriculares semestre a semestre, com previsão de extinção para 2008/2 (Projeto Pedagógico/FAMED).

Estamos vivenciando, então, a sexta reforma que, como as anteriores, visa 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 que se originem conflitos graves entre a formação e a prática profissional³³.

Neste contexto de mudanças, há relevantes questões, por exemplo: como está sendo entendido e planejado, na graduação, o ensino da cardiologia, considerando a prevalência e letalidade elevada das doenças do aparelho circulatório; e como pode ser relacionado com o perfil do médico, quando se torna especialmente relevante a sua formação no contexto dos recursos diagnósticos e terapêuticos inerentes à cardiologia na prática médica geral³⁴.

Nas avaliações anteriores, foi identificado que os docentes da área profissionalizante estavam muito envolvidos na assistência, poucos tinham regime de quarenta horas ou dedicação exclusiva (D.E.), 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 apontou-se 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.

As recomendações do MEC, em 1999, para melhorar o ensino médico na FAMED/UFRGS foram no seguinte sentido: 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 um maior envolvimento docente com a graduação, investir em infra-estrutura 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 privilegiam 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, existem embriões de integração de disciplinas do ensino básico com disciplinas do ensino clínico, o que, de fato, devemos reconhecer ao menos como uma tentativa de aproximação. O ensino na área clínica se faz predominantemente na atuação direta do aluno e do professor junto ao paciente, no contexto hospitalar, em grupos médios de oito alunos, baseando-se a solução de problemas clínicos, e havendo avaliação interativa e provas cognitivas.

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

Em 2001 a FAMED foi aquinhada como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED)^{35 36}, projeto do Ministério de Saúde (MS) com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que destaca a produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS, a criação de uma linha de pesquisa em Educação Médica (na qual vincula-se esta tese de doutoramento), a constituição de um núcleo de apoio

pedagógico às reformas curriculares e um núcleo de discussão das reformas, o que é 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, identificou-se que a avaliação formal do professor é realizada apenas pelo discente (regimental) e é utilizada basicamente para processos administrativos de baixa repercussão e sem retorno para o professor. Esta avaliação formal não provoca 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). Neste mesmo ano o internato foi expandido de doze para dezoito meses.

Quanto aos departamentos, a Avaliação concluiu que não há esclarecimento aos docentes dos objetivos das disciplinas e que não têm poder para atuar junto a professores com dificuldades de ensino, além de não existir programas regulares de capacitação pedagógica para os professores (se existem, são de caráter voluntário). Já o aluno não tem compromisso com a avaliação porque a ele não é esclarecida a importância de seu papel como avaliador, que de maneira geral avalia seus professores pelo afeto e não como alguém que cumprira a função de auxiliar o aluno a aprender, a partir dos objetivos da disciplina. Assim, não vê retorno de suas manifestações, inclusive tendo certo receio de retaliações.

No entanto, no que tange a “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 (sendo 102 concluintes identificados pelo código “C” e 120 ingressandos, código “I”), as médias gerais obtidas foram superiores em comparação com as médias do Brasil.

Como fruto deste 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.

2.5 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 nesta tese, realizou seu II Fórum de Ensino de Graduação, no qual fez uma análise crítica que teve como base 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.

Neste evento, Menna Barreto, professor da FAMED/UFRGS, para quem o Simpósio foi sensibilizador, revela 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. Ressalta um 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, concentrada a FAMED agora na realidade do Hospital de Clínicas, questiona: “têm sido conciliadas as duas tarefas?” Sugere ainda que façamos “os ajustes necessários para permitir um maior envolvimento do aluno em sua formação”, bem como “quebrar a uniformidade, rejeitando de forma prudente e atualizada o viés conceitual da especialização precoce”³⁷.

Martins (FAMED/USP) salienta o ensino também de habilidade e atitudes, e a definição do tipo de médico que se deseja formar, não 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 prevalecer³⁸.

No relatório do GT *Ensino da Semiologia - Princípios e Operacionalização* foi enfatizado que o ensino desta disciplina se assemelhava a um castigo, 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 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 se tratando de 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 re-enfatiza 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”³⁹.

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”. 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 graduação⁴⁰.

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 mesmo 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 alunos⁴¹.

2.6 O Ensino da Cardiologia e o Currículo do Curso

Quando nos detemos no currículo do curso, é possível perceber que abrange uma seqüência 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, estando atualmente extinto. Ou melhor, está-se em fase de transição para o currículo médico em voga, chamado o “Currículo MEDICINA”⁴², tendo 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 prosseguimento do 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. Lembramos que em 2007, o Conselho da Unidade aprovou a mudança do internato para vinte e quatro meses.

O ensino de cardiologia está sobre 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. Vejamos suas peculiaridades.

I – (MED01001) Introdução à Clínica Médica - Estágio

Compreende o ensino da Semiologia no 4º 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.). Neste mesmo semestre, temos um conjunto de outras especialidades fragmentadas, na maioria, isoladas das demais.

II - (MED01115) Clínica Médica I - Estágio

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), bem como a elaboração da avaliação clínica: anamnese, exame físico, lista de problemas e diagnóstico diferencial das síndromes e doenças mais prevalentes. Desenvolve-se no 5º semestre, ao longo de vinte semanas, ocupando todo 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/semana, 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.

Com isso, seu regente, na verdade, é um coordenador e sendo professor de uma das seis áreas envolvidas seu conhecimento e vinculação se dá mais diretamente com a sua especialidade. Tratando-se de atividades paralelas, todas estão em um mesmo semestre, com participação de

muitos professores. Assim, contanto as seis áreas citadas há aproximadamente cinquenta docentes que participam de seu ensino.

Em relação à cardiologia, em torno de dez a doze professores atuam em regime de rodízio, daí ser esta 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 aspectos comportamentais, cognitivos e de habilidades. Os alunos avaliarão dos docentes e a atividade de ensino, em separado de suas avaliações e provas. Esta 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 Manfrói⁴³, em 2002 se efetiva uma proposta de mudança para o ensino de cardiologia na FAMED/UFRGS, especificamente para os alunos do quinto semestre, visando um 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. 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, objetiva propiciar habilidades e atitudes, tais como: 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; propõe-se a estabelecer 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, bem como entender os principais mecanismos patogênicos; elaborar uma lista de problemas e os diagnósticos diferenciais; indicar e interpretar exames laboratoriais; e elaborar um plano terapêutico. Pretende-se 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 das doenças mais prevalentes na área da cardiologia. Há uma preocupação quanto ao conteúdo programático a 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 demasiadamente 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, assim como 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.

Ao professor cabe a elucidação das dúvidas e auxílio na aquisição do conhecimento necessário à compreensão, de modo a complementar o trabalho elaborado pelo aluno. Esta atividade é acrescida pelo estudo dos conteúdos programáticos, utilizando técnicas de pequeno grupo (seminários), visando 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, levando em conta 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 nesta 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

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 doutorandos integrarem no 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 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.

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

Neste ponto, referimos o cenário praticamente exclusivo do ensino médico: o hospital. Realizamos 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, contextualizamos o HCPA.

O ensino da medicina é marcadamente hospitalocêntrico, como dissemos. Apesar de haver 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, constatou-se que a lógica que os estrutura é a da especialização, com todas as conseqüências daí decorrentes⁴⁴. 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 um 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^{45 46 47}. 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 Foucault⁴⁸ esta 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 no surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Este autor parte de um projeto de crítica histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que presidem a racionalidade do mundo contemporâneo, descobrindo, 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.

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 verifica que outras instituições utilizavam-se do mesmo mecanismo para o exercício do controle e do poder. Parte do caso particular das instituições carcerárias, nas quais foi identificado um tipo particular de técnica de controle, a qual chamou de *poder disciplinar*.

O hospital nasce quando a sociedade necessita dos corpos mais valorizados pela tecnologia da guerra, pois homens treinados e bem investidos deveriam sobreviver para seguir lutando. Com isso surge uma modificação importante no hospital que deixa de ser o lugar de morrer, para ser o lugar no qual os pacientes receberiam tratamento médico. Organizam-se os registros dos dados e instala-se o ensino e a pesquisa pelo saber médico e com isso é 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, na 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 estão presos e submetidos a uma vigilância compartilhada por outras instituições e mecanismos de controle. 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 (embora permaneça como cenário prioritário), a saúde é assunto de controle social e de segurança pública. As políticas públicas relacionadas a esta 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, não problematizando-as, de modo a ter acesso aos recursos.

Azeredo⁴⁹ questiona se ainda hoje os profissionais de saúde aprendem, em sua formação, apenas a divisão do normal e do anormal (ou patológico).

Médici⁵⁰, 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. Também aos desafios impostos pelas mudanças profundas em curso no sistema de saúde da maioria deles.

Para Foucault⁴¹, 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 um 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, refere que o século XVIII é visto e questionado no contexto do século do conhecimento (século XXI), e é nesta 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), grandes “invenções” do século XVIII⁵².

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 etc.

Ponte⁵³ 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 transmissão de saber. Desta forma, 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, poderíamos fazer os mesmos questionamentos que fizemos em relação a outros cenários de aprendizagem?

Campos⁵⁴ 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. Estes hospitais estão estruturados segundo a lógica de hospitais especializados voltados para a atenção de problemas de maior complexidade, embora

praticuem uma variedade mais ampla de procedimentos. Este autor, em outra publicação, indica que os cursos de medicina devem capacitar os médicos para resolver problemas de saúde, o que implica em adquirir competência para realizar o que se denominou de *clínica ampliada* (saber e prática que envolveria aspectos biológicos, subjetivos e sociais), concluindo pela inadequação dos atuais modelos de treinamento clínico. Em linhas gerais, recomenda que as escolas médicas devam integrar-se ao Sistema Único de Saúde, realizando contratos de co-gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistência⁵⁵.

Além das informações que já colacionamos sobre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), cabe ainda dizer que não foge, de modo geral, a constituição de modelo tal como referimos criticamente até aqui. O HCPA, ao contrário da maioria dos hospitais universitários do país – estes vinculados às universidades federais e estaduais a que 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 destas universidades. Na FAMED/UFRGS, o aluno aprende em um hospital terciário, portanto deve se acostumar com esta realidade e se adaptar a isso, mesmo a fim de realizar as mudanças pretendidas pela faculdade, de acordo com as DCN e DCN para o curso de medicina.

2.8 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 Comissão⁵².

Uma leitura da realidade das escolas médicas brasileiras 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 como estão as faculdades de medicina e como os conteúdos são ministrados por estas escolas, leva a 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 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 esta razão, aponta o relatório, 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 esta 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, serão reveladas outras necessidades, que por sua vez exigirão planejamento e gestão diferenciados para esta realidade.

2.9 Sobre o Currículo Médico e o Novo Processo de Formação

O currículo não fornece receitas prontas 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 DCN⁵⁶.

Batista e Silva⁵⁷, em um estudo sobre as teorias do currículo escolar que se sucederam no século XX, efetuando uma síntese relevante das discussões, 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 na sua produção.

Este autor em outra obra⁵⁸ 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 surgem as teorias críticas que questionam o *status quo*, visto como responsável pelas injustiças sociais e que procuram construir uma análise que permita 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, salienta que a preocupação desta 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, 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 pósmodernidade 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, desinteressado⁵⁹.

Silva ainda enfatiza: visto que a discussão sobre currículo escolar vai além de uma seleção de conhecimento, envolvendo muitas outras questões (até mesmo a de poder, como referido), 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 articulação de conteúdos da clínica médica e esta 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 como 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 Merhy⁶⁰, o objeto dos serviços de saúde é justamente a necessidade das pessoas. Esta definição é de certa maneira corroborada por Georges Canguilhem. Este autor, em *O Normal e o Patológico*⁶¹, define estes conceitos como sendo uma norma significada socialmente, não pretendendo dizer com isso 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, assim o possibilitando 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 Merhy⁶² 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. Este 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.

Nesta parte final do texto, fazemos ampla referência à obra *Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil*, de Merhy (*op. cit.*), por julgarmos de extrema importância suas considerações e construções a respeito do tema.

Refere o autor que o processo de trabalho médico organizado por procedimentos em conformidade com os anseios mercadológicos trazem 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. Este modo de fazer da medicina é assumido e reproduzido na forma como se estrutura a graduação em medicina.

Embora tenhamos 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 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, assim como 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 desta visão de excelência do que seria, em linhas gerais, o novo direcionamento do curso de medicina são decorrentes do diagnóstico realizado ainda na II Fase do Projeto CINAEM. Esta 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 infra-estrutura e no modelo de gestão hegemônico nas escolas médicas.

Antecedendo a proposta de transformação da escola médica em sua totalidade, é identificada com muita clareza a necessidade de uma fase de experimentação, na qual os elementos inovadores possam ser testados. Também 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 infra-estrutura e gestão, para acolher um novo e adequado processo de formação.

3 Considerações Finais

Neste artigo de revisão pretendemos 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, buscamos demonstrar que o currículo é parte fundamental deste 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 o perfil do profissional médico que a escola de medicina pretende formar.

Tudo o que foi levantado nos itens precedentes serve como um eixo para os momentos seguintes desta pesquisa e como instrumento de base para a sua realização. Em momento algum pretendemos dar ou passar uma falsa idéia de que é possível assinalar para uma fórmula pronta e acabada para as mudanças necessárias, mas que há necessidade de adequações e com esse intuito apontamos reflexões a lastrear este fim.

Cabe lembrar que um dos objetivos implícitos desta tese e que alinhava a pesquisa que a precedeu é o de buscar preencher uma lacuna existente sobre a constituição curricular. E também apresentar essa produção sob a forma de artigos que futuramente levados ao conhecimento e discussão da SBC, possam colaborar para a promoção de uma formação mais qualificada e reflexiva dos profissionais.

REFERÊNCIAS

1. 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
2. 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.
3. DAUDI, P. *Power in the organisation: the discourse of power in managerial praxis*. Oxford: Brasil Blackwell, 1986.
4. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 4ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
5. 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*.
6. FOUCAULT, M. A História da Sexualidade: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1985.
7. 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. *E-mail*: jmaia@cardiol.br.
8. 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).
9. MERHY, EE.. Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico Brasil. Mimeo. Campinas: Agosto de 1997.
10. RIBEIRO, ECO. Ensino/aprendizagem na escola médica. In MARCONDES, E.; GONÇARVES, EL. Educação Médica. São Paulo: Editora Sarvier, 1998.
11. FACCHINI, LA; PICCINI, RX, SANTOS, RC. Aspectos Históricos e Conceituais em Educação Medica. Campinas: CINAEM, 1999.
12. ABDALLA, IG et al. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2009, vol.33, supl.1, pp. 44-52.
13. 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.

14. 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 29.01.2008.
15. 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.
16. SAVIANI, D. A Nova Lei da Educação. LDB. Trajetória, Limites e Perspectivas. 4ª ed. Campinas: Autores Associados, 1998.
17. DELORS, J. Educação. Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. 2ª. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: MEC, UNESCO, 1999.
18. REDE UNIDA. Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares nos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Revista Olho Mágico, Londrina, 1998, 16:11-28.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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]. 2009, vol.33, supl.1, p. 5-18.
23. MAIA, JA. Método clínico e paradigma das ciências. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Londrina, 2000; 6: 177-9.
24. KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciência e Saúde, Manguinhos, 2001, 8: 49-69.
25. 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).
26. FEUERWERKER, L. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica. Processos e Resultados. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: REDE UNIDA, Associação Brasileira de Educação Médica; 2002.
27. Idem.

28. EPSTEIN, RM; HUNDERT, EM. *Defining and assessing professional competence*. JAMA 1999; 287: 226-35.
29. 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.
30. MANFROI, WC. (et. al.) Necessidade de Referências Pedagógicas para o Ensino de Cardiologia, no Curso de Graduação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002, 78(3):271-5.
31. GREGORATOS (at. al.), 1999, *op. cit.*
32. Disponível em:
http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último acesso em 12.11.2009.
33. MAUDSLEY, RF. *Content in context: medical education and society's needs*. Acad Med 1999; 74: 143-5 (Medline).
34. *Op. Cit.*, idem referências 8 e 27.
35. 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.
36. 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.
37. ROSA, AAA; BILOLO, 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, p. 68.
38. Idem, p. 69.
39. Idem, p. 75.
40. Idem, p. 77.
41. Idem, p. 79.
42. COMGRAD/FAMED/UFRGS. Disponível em <http://www.famed.ufrgs.br/graduacao-em-medicina.php>. Acesso em 25.01.2007.

43. MANFROI, WC, MACHADO, CLB. (et. al.) Necessidade de Referências Pedagógicas para o Ensino de Cardiologia, no Curso de Graduação. 'uivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, vol. 78 (nº 3), 271-5, 2002.
44. 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.
45. CAMARGO Jr., KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva, 1992, 2:203-228.
46. CAMPOS, GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992.
47. SCHRAIBER, LB. O Médico e o seu Trabalho. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
48. FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 99-139.
49. AZEREDO, N. **Comentários críticos; texto de atividade em disciplina da Pós-Graduação. Mimeo. Faculdade de Educação - FACED/UFRGS, Set/2005.
50. MÉDICI, AC. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. Revista da Associação Médica Brasileira. São Paulo, v.47, n.2, Abr/Jun, 2001.
51. FOUCAULT, M. A ordem do discurso. Aula inaugural no *Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.
52. Idem.
53. 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 - FACED/UFRGS, Set/2005.
54. 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.
55. 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.
56. 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.
57. BATISTA, NA; SILVA, SHS. O Professor de Medicina. Conhecimento, Experiência e Formação. 2ª. Ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

58. SILVA, TT. Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
59. CEREZER, OM. Documentos de Identidade. Dossiê: Foucault. Revista Aulas, UNICAMP, Campinas, n. 3, Dez/2006-Março/2007, p.5-6.
60. 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.
61. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 2ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
62. MERHY, EE. Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Mimeo. Campinas, Ago/1997.

3 METODOLOGIA

A pesquisa para esta tese teve por base a análise qualitativa, realizando-se em estudo de caráter exploratório e de natureza descritiva, com o acompanhamento de atividades relativas ao ensino da cardiologia, relacionando-se o processo de ensino e aprendizado com os 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, portanto 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, seja como gestores em vários níveis, como regentes de disciplina, como chefia de departamento à qual a atividade esteja vinculada, ou ainda, como 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 isso, os entrevistados serão referidos sempre no masculino e identificados no texto pelo código “E” seguido do número atribuído respectivamente a cada um, conforme tabela de conversão elaborada pelo pesquisador (ex. “E.16”). Este número será a identificação fixa do docente por toda a tese.

As entrevistas, enquanto processo de comunicação verbal, visam recolher informações através de eixos temáticos, com questões abertas e liberdade de resposta, mas com controle do pesquisador, de modo que questões incidentais trazidas no diálogo pudessem ser melhor exploradas mas mantendo o foco na pesquisa e nos eixos elaborados para o roteiro de pesquisa (vide Apêndice C). As questões, de maneira geral abordaram temas sobre como 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 deste material é utilizada primordialmente a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana^{IX}. Após uma sucinta explicação, foi solicitado que se manifestassem livremente sobre a sua inserção no ensino. As falas foram gravadas em mídias e transcritas.

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

Foram utilizados também levantamentos, registros e análise de variadas fontes de dados a descrever, compreender e explicar uma realidade temporal.

Dissemos que a amostra é por conveniência e não aleatória, escolha justificada pela característica da pesquisa empreendida, posto que não se pretende definir generalizações numéricas, de quantidade, quanto ao universo estudado. Na abordagem e análise qualitativa busca-se um aprofundamento e alcance compreensivo sobre uma dada temática; desta forma pode-se estabelecer generalizações, porém não matematicamente, mas de tipo analítico, possíveis por esta amostra de conveniência^X. Se a generalização não é a de resultados quantitativamente obtidos, torna-se possível a partir dos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos, através da exploração do material e nas novas leituras realizadas, nas quais as idéias-chave e os núcleos de sentido são ordenados pelas respostas.

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, nos quais o sentido de uma asserção se faz na diferença que a articula com outras asserções, reais e possíveis, simultâneas ou temporalmente opostas.

A seguir é apresentada uma lista geral de atividades metodológicas desenvolvidas no contexto de produção desta pesquisa e tese:

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, bem como dos anais dos sucessivos encontros promovidos por entidades representativas do ensino médico, a exemplo 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;

^X VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde Uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

4. Análise da documentação de apoio, constituída pelo Regimento Interno da Faculdade de Medicina, pelo Relatório de Gestão, pelos Catálogos do Curso de Graduação em Medicina e pelas 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, na medida em que comporta em si a maior gama de especialidades médicas inseridas no currículo, procurando, naturalmente, enfatizar entre estas a cardiologia;

6. Realização de entrevistas com professores da FAMED/UFRGS, que ocupam ou ocuparam cargos de chefia nas diversas instâncias departamentais, bem como 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; todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Informado (vide Apêndice A);

7. 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;

8. 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 como uma unidade, pois são resultado de diferentes maneiras de referenciar alguns aspectos desse conjunto de saberes e de práticas a que se chama *medicina*. A consideração da perspectiva foucaultiana para a análise dos saberes e das práticas médicas é importante para que se possa fazer um esforço para decifrar as implicações entre as formações de saber, os exercícios de poder e as diferentes formas de produção da subjetividade no presente.

A presente pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Universidade (vide Apêndice B).

ARTIGO 1

Reflexões sobre a docência médica: constituição, vocação, perfil e controle docente

Resumo

Este artigo faz parte da produção fruto da pesquisa de doutorado que compõe uma discussão atual a respeito da educação e formação médica. Com base nas falas docentes da área da cardiologia da FAMED/UFRGS, traz-se um debate específico quanto à docência médica: constituição, vocação, perfil e controle docente. De um ensino que fosse controlado em sua qualidade até aos que tivessem 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 o trouxeram para a Universidade e que ali se re-significam, mas, que, contudo, evidenciaram as dificuldades de trabalhar sem um referencial teórico-pedagógico definido e estudado para a medicina. A par de classificações tipológicas, não se tem claro um perfil hegemônico. No entanto, para ingressar como docente na Universidade tende-se a sobrevalorizar a pesquisa, distanciando professores de um maior empenho reflexivo em relação ao ensino. Evidencia-se uma associação a um fazer vocacionado, numa prática normalizada e destituída de romantismo, embora em nível de discurso ele apareça com força preponderante. Neste sentido, as ferramentas foucaultianas de interpretação do poder são úteis para que se possa compreender o disciplinamento e controle do trabalho docente. Conferindo visibilidade ao docente de medicina é possível observá-lo como um sujeito perpassado por múltiplas práticas e nuances discursivas, midiáticas e de senso comum, tensionado em controles que vão desde uma tradição docente a imposições de instâncias não estritamente educacionais como as agências de fomento (portanto também de pesquisa). Consideramos também os efeitos de políticas públicas sobre a saúde: não assumindo efetivamente a docência como potência mobilizadora do sistema educacional, tão somente como instrumento de sua manutenção, diluem-se as possíveis formas de produção do *novum* na formação médica inicial.

Palavras-chave: ensino médico na cardiologia, docência médica, vocação, perfil docente, controle docente.

Reflections on medical teaching: constitution, vocation, profile and teacher control

Absctract

This article is part of the production originated in the doctorate research that composes a current discussion regarding education and medical formation. Based in the statements of teachers from the area of cardiology of FAMED/UFRGS, we bring a specific debate regarding medical teaching: constitution, vocation, profile, and teacher control. From a quality-controlled teaching to the ones with the indispensable prepare for the profession, medical teaching has always had its “own didactics”, rational, due to the fact of being intentional. To become a teacher is strongly associated to the forms of power-knowledge that brought this person to the university and that are re-signified there, but which, however, make evident the difficulties of working without a theoretical-pedagogical referential that is defined and studied for medicine. Regarding typological classifications, a hegemonic profile is not clear. However, to enter the university as a teacher, the experience on research tends to be more valued, distancing the teachers from a higher reflexive effort in relation to teaching. An association to a practice related to a vocation is made evident, in a normalized practice, destitute of romanticism, even though in the level of discourse this shows with preponderant strength. In the sense, the foucaultian tools of interpretation of power are useful to understand the possible disciplining and control of the teacher’s work. Granting visibility to the medicine teacher, it is possible to observe him as a subject permeated by multiple practices and discursive, media and common sense nuances, tensioned in controls that go from a teaching tradition to the imposition of instances not strictly educational such as the funding agencies (and therefore also of research). We also consider the effects of health public policies: if teaching is not effectively taken as a mobilizing potency of the educational system, and only as an instrument of its maintenance, the possible forms of production of the *new* are diluted in the initial medical formation.

Keywords: cardiology medical teaching, medical teaching, vocation, teacher’s profile, teacher’s control.

1 O Professor de Medicina

Diferentes delimitações de saber produzem novos conhecimentos, assim como novos conhecedores, autorizados a agir como atores nos respectivos campos criados. Nesse sentido é interessante observar os movimentos da medicina e a formação de pares, em relação à competência e delimitação do que poderia ou não ser chamado de *processos médicos*. Foucault¹, ao situar o nascimento da clínica (em obra homônima), nos oferece elementos para compreender 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 teve sempre uma “didática própria”².

Didática esta constituída por 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’...”³.

Ao tentarmos entender como se constitui um professor de medicina e de qual forma as práticas curriculares e sociais constituem docentes e discentes, observamos que esta constituição e formas são múltiplas e nem tão variadas, no sentido de que atendem ao modelo de universidade que constitui aqueles indivíduos enquanto 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 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 ilustrativa a seguinte fala: “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).

Neste 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 podemos ver 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. Deleuze⁴, dialogando com os conceitos de *capital simbólico* e de *capital econômico* de Pierre Bourdieu, afirma que ainda que não única, a relação possível entre estes 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 que existem outros lugares de poder:

(...) Ao mesmo tempo locais, instáveis e difusos, 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 presença⁵.

Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que o trouxeram para a universidade e que ali se re-significam. Algumas delas são tecidas pelo acaso, isentando o professor da responsabilidade do saber docente, isto é, promovendo para ele uma supremacia da prática sobre as teorias da docência e seus objetos.

As falas a seguir são exemplificativas de nosso argumento:

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... (Idem)

(...) 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, “áh, 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 idéia 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 na sala de aula. O docente de medicina encara com muita tranqüilidade sua ação e formação, mas sem uma referência teórica específica para educação médica. Possivelmente por isso 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: “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”⁶.

Desta 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 na sua experiência em pesquisa, certo de que é suficiente saber atuar como médico e como professor-médico diante de seus alunos, os quais futuramente tendem igualmente a reproduzir modelos institucionalizados.

Segundo Batista, 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”⁷. Várias referências apontam que não havendo um conhecimento pedagógico, os critérios de ingresso na passagem de médicos a professores e pesquisadores, são definidos através de seu desempenho na área técnica^{8 9 10}.

De maneira concomitante, verifica-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, ambos (pesquisa e ensino) “não são atividades incompatíveis, mas competem no tempo disponível do docente/pesquisador”¹¹, em especial se considerarmos que muitos dividem boa parte do seu tempo, ainda, com atividades relacionadas à pós-graduação.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional¹² (LDB), 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 o 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 uma efetiva preparação ao exercício adequado da docência.

É possível destacar alguns efeitos da formação incipiente nas falas, como a idéia de que aprendizagem é um processo de pesquisa orientado e de auto-aprendizagem. Em geral, os docentes entrevistados viveram essa forma de aprendizagem do ser professor, i.e., centrada na prática e experimentação em sala de aula, aprendizagem que em 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 desta mesma forma que ensinarão aos seus alunos; ou melhor, 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 apontou de forma pertinente Kincheloe (*op. cit.*). 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. Sobre isso se discutirá em outro momento.

Dialogando com Foucault, poderíamos 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 Lyotard¹³, 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 centrada na prática, como um contínuo aprender do professor, dado que a prática é uma interação com seres sócio-históricos potencialmente motivadores. Os professores, ao abrirem espaço às vozes discentes

em sala de aula, por vezes conseguem re-significar sua própria prática *na prática*, como podemos perceber no relato que segue.

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 pára 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 1997¹⁴, 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.

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

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.¹⁵

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 seguinte 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 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, esta 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. Este argumento é corroborado pelos dados contidos nas falas de diferentes professores:

(...) A vocação é talento... Mas a vocação... a vocação é o talento, né, 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 né... 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 os efeitos do valor de verdade de uma simples prática médica e nem de um discurso teórico, por mais rigoroso que seja, 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 daquilo que chama de “crítica/autocrítica” da gestão da escola médica. A primeira delas trata justamente a auto-suficiência docente e de maneira bastante pertinente argumenta:

A respeito da auto-suficiência 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 auto-suficiência 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?"¹⁶.

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. Desta 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 analisamos possui marcas discursivas que definem não apenas a entrada do docente-médico, como também sua função de continuidade preponderantemente na área da pesquisa de excelência. Pode-se falar de uma marca, uma grife, um estatuto de saber/poder

sob a rubrica “Cardiologia/FAMED”, manifesta nas falas 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. Se nos detivéssemos apenas no professor, o binômio que o constitui em relação ao seu aluno teria uma lacuna a qual 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 pelas falas dos docentes entrevistados, a maioria delas definindo-os como de alta excelência:

É... É, eu acho que os alunos da Universidade... sem dúvida nenhuma os alunos da UFRGS são os alunos mais bem preparados, né, 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, né. E eu acho que o treinamento deles é muito bom, no contexto cardiológico. (P11)

...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 uma 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. (Idem)

Mantida a idéia de existência de uma grife, observa-se que ela também traz a influência do professor em relação aos estudantes e se faz sentir desde o início do curso. E esta referência, modula inclusive a definição quanto à opção do alunado por uma eventual especialização precoce, também relacionada às situações a ele oportunizadas:

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, este reconhecimento pode, entretanto, não se sustentar, pois o aluno em termos do conhecimento médico, não importando sua origem ou vivência, é considerado *tábula rasa*. Podemos perceber na fala acima 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 mesmos nada tivessem a acrescentar em 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 um 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, né, eles são... 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 este 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. Porque 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 cardio são pouquíssimos dias, são módulos de quatro semanas e às vezes tem feriado e tal. Na verdade são vinte dias úteis... (E.9)

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. Observemos 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)

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 né, 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, né, os primeiros lugares são super especialistas, 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, nas falas este perfil aparece claramente 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 a o ensino de graduação. Em tempo:

(...) 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)

4 Controle Docente

As ferramentas foucaultianas de interpretação do poder são úteis para que se possa compreender o disciplinamento e 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 estes 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 que, como aponta Foucault, 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, a segunda trata da dicotomia acadêmica e administrativa na gestão das escolas de medicina. A esse respeito afirma que:

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 co-responsabilizar por sua gestão¹⁷.

É ilustrativa a fala a seguir:

(...) O professor que não tá envolvido com isso [a regência, o disciplinamento e o controle], às vezes não se dá conta de tudo que tem por trás, né, porque a gente tem que cuidar do ponto de vista organizacional, também, é uma 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... Áh, eu acho que é um mal necessário, acho que tem que ter. (E.9)

À medida que os mecanismos de controle acontecem, verifica-se que se dão através de processos que não utilizam da 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, dado 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)

Este 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, né, os professores recebem... Dói um pouco a crítica mas modificam, pelo menos provisoriamente a sua atitude, né. 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)

5 Considerações Finais

É necessário fazer recortes nas pesquisas e embora muito ainda possa ser dito sobre os docentes de medicina, enfatizamos aqui alguns dos aspectos que nos parecem constituir um quadro suficientemente múltiplo para entender algumas formas de produção do saber médico em uma instituição específica.

A medicina e sua didática, como vimos, 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 tido por suficiente para legitimar a docência. Vê-se, entretanto, que essa relação não parece ser tranqüila 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 a compartilhamento de ensino-aprendizagem que, segundo os próprios docentes, se produz na prática em sala de aula, o que mantém o ensino como uma mera 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 anátomo-clínica 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 como 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, este trabalho é racional pelo fato de ser intencional¹⁸.

Neste sentido, como destaca Costa¹⁹, 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 vista apenas como 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 sócio-histórico-cultural da prática universitária.

A visibilidade conferida ao docente de medicina (especialmente neste artigo) permite observá-lo como um sujeito perpassado por múltiplas práticas discursivas, tensionado em controles que vão desde uma 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.

REFERÊNCIAS

1. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 4ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
2. BATISTA, NA; SOUZA DA SILVA, SH. O Professor de Medicina: Conhecimento, Experiência e Formação. São Paulo: Loyola, 1998, p.19.
3. FOUCAULT, 1994, *op. cit.*, p. 79.
4. DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 1985.
5. Idem, p. 81.
6. KINCHELOE, J. A formação do professor como compromisso político: mapeando o pós-moderno. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.24.
7. 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.
8. CINAEM. Relatório Geral da 2ª fase do Projeto CINAEM, 1997.
9. LAMPERT, JB. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

10. FEUERWERKER, L. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica. Processos e Resultados. São Paulo: Editora Hucitec, REDE UNIDA, Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, 2002.
11. LAMPERT, 2002, *op. cit.* (2002), p. 154-55.
12. BRASIL Lei 9.394 de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, 1996.
13. LYOTARD, J-F. A condição pós-moderna. São Paulo: José Olympio, 2002.
14. CINAEM, 1997, *op. cit.*, p. 50.
15. SILVERIA, 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.
16. 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 *online*).
17. Idem, p. 5 (do artigo *online*).
18. MIZUKAMI, MGN. Teoria, prática e reflexão na formação do profissional em educação. Goiânia: Interação, 1997, 21: 39-60, p. 43.
19. 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.

ARTIGO 2

Racionalidades na formação médica e os movimentos na cardiologia

Resumo

Neste artigo debatemos a respeito das racionalidades na formação médica e os movimentos na cardiologia. Para tanto, retomamos algumas reflexões de Michel Foucault construídas em suas pesquisas na 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. Ao buscar o discurso docente, é evidenciada a vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição de ensino médico. A constituição da racionalidade anátomo-clínica como uma *objetivação limitadora* é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina e evidencia-se o 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 questionarmos se a denominada *formação médica* estaria adequada aos modos como se poderia repensar a clínica e a saúde pública, discutimos se uma reforma do ensino dependeria também de uma reforma dos saberes e práticas que reorientam a clínica e a saúde pública, e ainda de conhecer o modelo vigente. Considerando que há um direcionamento governamental para formação de médicos com responsabilidade clínica integral e com relevância social, tensiona-se como isto é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em pauta e de sua historicidade, neste espaço reservado de conhecimento. Nossa perspectiva é, ao entender esse processo de racionalidades em embate, visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia, o que só se torna possível ao olhamos para além dos embates acadêmicos marcados nesse artigo.

Palavras-Chave: **constituição docente**, educação médica, cardiologia, ensino médico, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Rationalities in medical instruction and the movements in cardiology

Abstract

In this article we debate about the rationalities in the medical formation and the movements in cardiology. For that, we resume some ideas of Michel Foucault, built in his research, searching for a legitimized discursive pattern, oriented by the ideals of what being a doctor and a teacher is, and by the models of identification with the hospital and of the subject of medical education. As we search for the teacher's discourses, a vast network of meanings that are formed in the context of the institution of medical teaching is made evident. The constitution of an anatomic-clinic rationality as a *limiting objectification* is little debated in the discursive arenas of medicine and the struggle is made evident between different rationalities: scientific positivism and educational subjectivism. If, on the one hand, the force of the organization of the specialties in the market has to do with the articulation of the contents of the medical clinic, on the other hand, there are the NCG dispositions that propose for a model of integrality in health care. Before we question if the so-called *medical formation* would be adequate to the ways through which the clinic and the public health could be rethought, we discuss if a reform in teaching would also depend on a reform of the knowledge and practices that re-orient the clinic and the public health, and also, of knowing the current model. Considering that there is a governmental guidance for the formation of doctors with full clinical responsibility and social relevance, we question how this is understood by the teachers at this specific medical school, with its history, in this reserved space of knowledge. Our perspective is, as we understand this process of rationalities in struggle, to make visible the movements of rupture and/or continuities in the specialty of cardiology, which is only possible if we focus beyond the academic struggles pointed in this article.

Keywords: medical education, cardiology, medical teaching, National Curricular Guidelines (NCG).

1 Introdução

A questão de fundo desta pesquisa, retomamos, trata de identificar o discurso dominante que constrói um padrão discursivo legitimado no ensino da cardiologia. A fim de compreender a atuação docente no aprendizado nesta 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 em amplitude na sua obra.

No *Colóquio Internacional Michel Foucault e a Medicina*², realizado em abril de 1999 na França, foi enfatizado o aspecto de que *saber e poder* estão sempre articulados entre si. Este autor refere 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 ele 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 na dicotomia bem/mal, ela se manifesta nos domínios de objetos e nos rituais de verdade.

A partir desta 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 deste sujeito em relação à *educação por si*, de que trata o autor, no sentido de que tanto alunos como 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. Ressaltamos que trataremos apenas do sujeito-professor; as referências quanto aos alunos se restringem àquelas trazidas pelos docentes em suas falas, já que não foi objetivo desta pesquisa – pois não haveria meios suficientes para tanto - entrevistar discentes, o que não está descartado para pesquisas futuras.

Diferentes discursos carregados de mais ou menos poder, podem coexistir em uma instituição de ensino, ocupando uma posição central ou marginal. Assim, interessa a essa análise conhecer o sujeito falante, o ator do discurso. Entende-se que desconstruir ou re-atualizar discursos é uma forma de reprodução de novos discursos. No entanto, como destaca Foucault, uma linha de fuga poderia ser o *acontecimento* (i.e., acontecimento que representa um

significativo número de discursos no mesmo sentido enquanto possibilidade de constituição de nós mesmos, como sujeitos autônomos; a respeito, vide ponto 4 e considerações finais deste artigo): não 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 seguimentos funcionais formando, pouco a pouco, um sistema³.

Nesse sentido, esse artigo aponta para algumas discussões sobre as novas DCN específicas para o curso de medicina e sua vinculação com o que chamaremos de “crise de uma visão prometéica da ciência” e em particular, da ciência médica, pois as Diretrizes são tomadas como acontecimentos de um discurso tematizado em documentos legais. Isto é, são escritos oriundos de *atos discursivos sérios* que se transformam em *reformas e mudanças*⁴. É, portanto, um recorte da pesquisa de doutorado, que busca evidenciar os questionamentos explicitados e tratar da educação e formação médica sob uma perspectiva genealógica (referente à genealogia do poder referida em Foucault).

2 Os Processos de uma Racionalidade Médica: Entraves para um Novo Modo de Formação?

É para entender a idéia de um modelo de normalidade, que a divisão entre o *normal* e o *anormal* (pela qual se estruturou o pensamento médico) torna-se uma referência fundamental. Assim como a noção de valores (o bem e o mal, o verdadeiro e o falso, o certo e o errado etc.), na formação médica foram e 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, nesse sentido 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 idéia 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 esta referência fundamental adquire uma tecnologia de poder centrado na vida: o biopoder.

Neste estudo, as entrevistas com os docentes da cardiologia, sujeitos desta pesquisa, nos permitiram evidenciar interpretações sobre seus entendimentos a respeito da questão da *verdade*:

Eu acho que é... assim, as pessoas têm a sua formação e essa formação tá acima do que elas vão fazer na profissão. Então assim: tu é o... e 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*, ela... 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 de que o que eu chamo de verdade não é necessariamente “a” verdade, é a minha interpretação da verdade. Por que eu to 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 como 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 tão 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)

Observamos que para este 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 e mesmo os resultados desta pesquisa demonstram, embora isso 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 estão pautados pelo modelo flexneriano, de viés positivista⁵. Para Facchini⁶, esta 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 trouxe grandes mudanças no modo de exercer a profissão, o qual, diante do desenvolvimento de uma racionalidade científica – igualmente positivista - recorta os objetos tornando-os bem delimitados e aprofunda seus conhecimentos sobre eles: a ciência captura a racionalidade médica e a transfere para os equipamentos e tecnologia.

Segundo Sibília, ainda no século XX surge uma crise na ciência prometética, advinda dos abalos nas idéias da racionalidade positivista. A ciência que estava associada ao progresso esbarra na possibilidade de sua inexistência (no sentido da não linearidade das coisas, em Foucault). Esta autora refere que por volta da década de 1930 o filósofo alemão Spengler chega a enunciar que a crença no progresso é desmitificada enquanto o “grande lema do século passado”. A tecnociência promete outra epistemologia, qual seja, a fáustica, na qual a vida deixa sua organicidade e passa a ser tratada como processos 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”⁷. E aponta ainda:

É em oposição à tradição prometética, 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 morte⁸.

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 foram evidenciadas também nos trabalhos de Michel Foucault, especialmente em *O Nascimento da Clínica*. Para

este autor, na medicina clássica a doença era objeto de análise, considerada como a essência abstrata com caráter anímico, isto é, com ânimo, praticamente com vida própria. É no início do século XIX que se define o objeto da medicina, passando-se a encarar o indivíduo (paciente) como corpo doente⁹.

Na atualidade, ao analisar as potencialidades tecnológicas, Sibília 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 tem na obra deste autor ferramentas teóricas), o nascimento da medicina social (ou de saúde pública), passa a encarar a doença em sua dupla natureza: como problema clínico e também como problema sócio-político. Desde então, o médico tornou-se uma autoridade administrativa, fundada na competência de um saber normatizado (formação) e regulamentado (profissão)¹⁰.

É justamente esta formação/regulamentação que aqui é objeto, 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 pretendemos mostrar em nossa análise.

3 Algumas Discussões no Campo – A Formação Médica

Retomando nosso argumento, a constituição da racionalidade anátomo-clínica 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 uma rarefação do discurso médico, que não diz tudo de verdadeiro, nem mesmo sobre a doença¹¹.

Dentre os autores em medicina que discutem a relação educação-saúde-doença, Pereira trata da formação médica segundo uma *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 moderna¹².

Para a autora, esta formação se limita, predominantemente, às funções de mera reprodução de conteúdos de natureza anátomofisiológicos 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.

Fonseca¹³, 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 Silveira¹⁴, 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 em uma enorme diversidade de abordagens na utilização de 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 Maia¹⁵. 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 ainda a inclusão de um programa

de avaliação que, além do aluno, estenda-se ao corpo docente e mesmo ao próprio curso (e provavelmente à instituição de ensino). Desta forma, a avaliação permitiria obter subsídios para o aprimoramento de todo o projeto pedagógico, chegando inclusive (e principalmente, em relação às DCN) à reconstrução de aspectos do próprio perfil dos futuros médicos.

Este 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 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 até alguns anos pouco conhecidas (p. ex. a biologia molecular), referindo Koifman¹⁶ para quem esta 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.

Esta alta velocidade da obsolescência do conhecimento possibilitou a Cruz¹⁷ pressupor que essa idéia de agilidade das transformações curriculares produz uma necessidade constante de atualização dos currículos e dos profissionais em saúde (remetendo, assim, ao primeiro desafio referido). Saliente-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 CINAEM¹⁸.

O segundo desafio nos leva a pensar que ainda estamos problematizando a educação médica na perspectiva do controle do trabalho docente e, embora relevantes as informações que advêm da avaliação, é preciso dar-se conta que aceitá-las implica em 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 Ribeiro¹⁹, 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. Esta estaria paradoxalmente somada à outra crise denominada pela autora de *custos crescentes*, i.e., para obter os mesmos resultados é gasto cada vez mais dinheiro, consultas,

exames etc. Assim, há um modelo em crise, qual seja o de formação de especialistas; este, por sua vez, se aproxima de outro igualmente em crise: o da sociedade disciplinar que lhe dá origem.

Em tempo, é importante perceber, como faz Merhy²⁰, 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.

Neste estudo, antes de julgar sobre a conveniência de um modelo organizacional, pretende-se verificar como ocorre esta definição por uma determinada tipologia de ensino de graduação de medicina. Considerando que há um direcionamento estatal que propugna pela formação de médicos com capacidade e responsabilidade clínica integral e com relevância social, questiona-se como isto é entendido por seus docentes neste espaço reservado do conhecimento, tratando-se da escola médica em voga e sua historicidade. É disso que trataremos adiante.

4 As Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina

As DCN para o curso de medicina (2001) constituem uma série de indicações através das 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 nos serve como *acontecimento* (no sentido atribuído por Foucault, como sugerido), 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 evidenciadas nesse recorte são comuns a diversos textos que analisam as Diretrizes e, em nossa perspectiva teórica, é possível inferi-las desde os discursos dominantes, como antes havíamos salientado. No discurso médico é perceptível a inclusão da medicina social (evidenciada no trabalho 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 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 estamos falando de 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 destas 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 Brasil²¹, 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 Saúde²². Esta necessidade de formar profissionais voltados para o contexto social é também expressa em documentos internacionais²³. Como consequência, as demandas da sociedade junto aos profissionais de saúde são repassadas diretamente às instituições formadoras e aos educadores. Esta é, em nosso meio, uma discussão de grande importância e atualidade.

Retomamos dados referidos por nós em momento anterior, para lembrar que uma segunda vertente diz respeito à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1996²⁴, 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 conferem-lhes 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 substitui o caráter disciplinar e relativamente rígido da legislação anterior (LDB/1996).

Uma 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 UNESCO²⁵ e da REDE UNIDA²⁶.

Assim, no âmbito de uma extensa e fecunda discussão nacional entre escolas médicas brasileiras, conduzida pela ABEM entre os anos de 1999 e 2000, foi elaborado em 2001 um documento que se constituiu nas bases do texto das futuras Diretrizes para o curso de medicina, posteriormente elaborado 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 observamos o argumento de Grisotto, no qual nota-se 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, renúncia²⁷.

Nos outros artigos componentes desta tese, evidenciamos/remos com mais detalhes as Diretrizes para o curso de medicina. Por ora estes dois autores mostram as diferentes formas de interpretá-las e sua constituição/entendimento/validação, o que nos evidencia as questões no campo, oriundas de relações discursivas e os diferentes matizes da racionalidade médica que dele emergem.

Nosso foco, no entanto, é a cardiologia, lugar de evidente destaque e relevância no cenário nacional e que faz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) arena de formação discursiva.

5 O 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 para elaborar a normatização do ensino de cardiologia para a graduação médica²⁸. Considerando a evolução científica das últimas décadas do século XX, a entidade propôs modificações tanto no conteúdo curricular quanto sugeriu 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, como dito, os referenciais expressos pelas DCN, o presente artigo aponta 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 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 observar que a cardiologia constitui uma disciplina individualizada ou integra um módulo mais amplo. Geralmente a carga horária desta especialidade é bastante expressiva, como 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 se dá 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 5º 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. Nesta disciplina o regente é na verdade 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 uma busca por algum grau de uniformidade no ensino, no que diz respeito à forma como o conteúdo programático é constituído. Embora seja uma tarefa árdua, esta avaliação é obtida através do depoimento de professores - na 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 este processo:

...propiciar uma troca de idéias 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, né, 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)

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

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 por 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 determinantes²⁹ - geralmente processos institucionais mais amplos e de implantação em prazos dilatados -, um conjunto destas mudanças pode e deve estar sendo implementado a curto prazo no âmbito das disciplinas curriculares, de modo a acompanhar as novas tendências para a formação médica. Isto já está ocorrendo no Brasil de maneira gradual, como indicado por Koifman na obra já citada.

Dentro deste contexto:

Os conteúdos essenciais do programa em cardiologia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, proporcionando assim a integralidade das ações de cuidados com os pacientes... ao invés de uma ênfase no simples acúmulo de conteúdos pelos estudantes³⁰.

Este autor sugere que na seleção de conteúdos devem ser valorizados aqueles relativos às moléstias cardiovasculares mais prevalentes em nosso meio, 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 elegidos 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, podemos evidenciar que há uma sistemática inclusão de conteúdos curriculares atendendo às demandas sociais e legais; no entanto, há uma 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.

Além disso, pode-se perceber na fala seguinte que há uma decisão de não assumir este papel (o que vai de encontro ao discurso oficial) ao mesmo tempo em que, para não negar o discurso legitimado e dominante, não se detêm quanto a 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. Então:

O espaço que existe dentro da formação da cardio 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, né. 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 assim mantê-lo 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.

Segundo Starfield, especialista em atenção primária em saúde, em sua conferência de abertura no 2º Seminário da Atenção Básica do SUS (Belo Horizonte, 2007), apontou que “há poucas pesquisas que mostram a contribuição dos especialistas para a saúde dos sistemas de saúde”. Afirmar ainda 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”³¹. 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 [idem].

Torna-se pertinente, dentro deste contexto, o que Campos³² 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, observamos no caso desta investigação, que existe uma clara contradição com os discursos das Diretrizes para o curso de medicina e da própria análise da SBC, como vimos anteriormente.

Como observamos em falas anteriores, 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 deste 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 tá na cardio é praticamente só cardio... 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* que referimos no precedente “Artigo de Revisão” (p. 18:), 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. Indica ainda 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 refere 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 destacamos, o hospital geralmente é o espaço hegemônico e é privilegiado pelas escolas médicas para o aprendizado, mesmo quando existe uma pluralidade de cenários existentes.

São ilustrativas as falas:

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 cardio fazendo atividades de ambulatório, *né*, 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)

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)

Tentamos explicitar até aqui as relações presentes na cardiologia da FAMED/UFRGS e nos diferentes discursos presentes, bem como sua matriz paradigmática. Dessa leitura podemos 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 e debater criticamente sobre as proposições de ensino (e pesquisa) futuros, paradoxo interessante, dado que na medicina a valorização dos novos conhecimentos especializados é imediata e incontestável.

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

Algumas entrevistas nos indicam que há uma preocupação no sentido da “formação do formador”, i.e., do docente em medicina. Podemos perceber neste campo algumas das evidências já expressas por Foucault com 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, 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, *né*, em atendimento primário. Mas aí nós temos que ter talvez um corpo docente com outras características, pelo menos aqui... (E.16)

Como corolário do que até aqui foi exposto, é que este desafio de planejar o ensino na cardiologia deve-se à evolução dos conceitos e das práticas no campo da educação. A este respeito, dialogando com Manfró³³, concordamos que o professor precisa revisar sua prática pedagógica, se desejar sucesso pedagógico em sua prática de ensino.

6 Considerações Finais

Nesse excerto evidenciamos 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. Nesse sentido, destacamos 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, bem como 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, como buscamos demonstrar, é legitimada pela SBC e a partir das falas dos docentes têm-se a impressão de confluir com os 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 estas discussões. Resistência essa expressa, por exemplo, nos textos de Grisotto, aqui tomado como acontecimento discursivo, já que sua escrita representa um significativo número de discursos na mesma linha. Resistência expressa também pelos atores na cardiologia desta Universidade, com um caráter diferenciado, pois 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 pudemos 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 onde a velocidade dos conhecimentos produzidos é uma constante e a atualização do professor-médico um desafio.

Aqui, procuramos evidenciar o embate entre racionalidades diferentes, quais sejam o positivismo científico e o subjetivismo educacional na prática de uma construção curricular. Consideramos que, mais que uma reforma curricular, há uma demanda por uma mudança na própria formação do médico especialista. Destacamos que 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.

Reafirmamos que nossa perspectiva ao buscar compreender este processo das racionalidades em embate, é visibilizar os movimentos de ruptura e/ou continuidades na especialidade da cardiologia, que só se tornará possível quando olharmos para além dos embates acadêmicos ou quando emergirem os discursos dos formadores em ação, que trazemos em outro movimento desta pesquisa.

Por ora nos propomos a conhecer o histórico de uma existência e as dificuldades dos docentes de interpretarem e aceitarem ou negarem o texto legal.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 07.11.2001. Disponível em <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>. Último acesso em 25.10.2009.

2. 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*.
3. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. XIV.
4. POPKEWITZ, T. Reforma educacional: uma política sociológica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
5. 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.
6. FACCHINI, LA , PICCINI, RX, SANTOS, RC. Aspectos Históricos e Conceituais em Educação Médica. Campinas: CINAEM, 1999.
7. SIBILIA, P. O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002, p. 49-50.
8. Idem, p. 13.
9. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006, p. 212.
10. FACCHINI, *op. cit.*
11. FOUCAULT, M. História da Sexualidade: A Vontade de Saber. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
12. PEREIRA, OP; ALMEIDA, TMC. A formação médica segundo uma pedagogia de resistência. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100006 ACESSO 27.06.09 Recebido para publicação em 10/10/03. Aprovado para publicação em 10.09.2004.
13. FONSECA, MA. Michel Foucault e a Constituição do Sujeito. São Paulo: EDUC, 1995.
14. ALCADIPANI DA SILVEIRA, R. Michel Foucault: Poder e Análise das Organizações. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
15. MAIA, JA. O ensino de cardiologia na graduação médica, desafios atuais. Centro de Desenvolvimento do Ensino em Saúde da UNIFESP, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.82, n.3, Rio de Janeiro, Mar/2004; *E-mail*: jmaia@cardiol.br.
16. KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciência e Saúde, Manginhos, 2001, 8: 49-69.

17. KATHLEEN, TC. A formação médica no discurso da CINAEM. Dissertação (Mestrado), Unicamp, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2004.
18. 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.
19. RIBEIRO, ECO. Ensino/Aprendizagem na Escola Médica. In: MARCONDES, E; GONÇALVES, EL. Educação Médica. São Paulo: Editora Sarvier, 1998.
20. MERHY, EE.. Crise no modo de se produzir saúde: uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico Brasil. Mimeo. Campinas: Agosto de 1997.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. SAVIANI, D. A Nova Lei da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB. Trajetória, Limites e Perspectivas. 4ª Ed. Campinas: Autores Associados, 1998.
25. DELORS, J. Educação. Um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. 2ª Ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: MEC, UNESCO, 1999.
26. REDE UNIDA. Contribuição para as Novas Diretrizes Curriculares nos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Revista Olho Mágico, Londrina, 1998; 16: 11-28.
27. 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.
28. 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.
29. FEUERWERKER, L. Além do Discurso de Mudança na Educação Médica. Processos e Resultados. São Paulo: Editora Hucitec, REDE UNIDA, Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.
30. REDE UNIDA, 1998, *op. cit.*, p.217.

31. 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.
32. CAMPOS, GWS. Diretrizes para o Ensino Médico na Rede Básica de Saúde - Documento Preliminar. Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM - Abril de 2005.
33. MANFROI, WC. (*et. al.*), Necessidade de Referências Pedagógicas Rio de Janeiro, vol. 78, n.3, 271-5, 2002.

O discurso docente e o papel do gestor no ensino da cardiologia na FAMED/UFRGS

Resumo

Abordamos a administração da gestão da escola médica e seu ensino, considerando as circunstâncias de um compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, no qual se sobressai a figura dos gestores. Em contraposição ao apregoado pelas DCN, parece inexistir uma convicção ou conhecimento quanto à necessidade de aproximação docente, podendo originar falta de responsabilidade participativa, agravados pelas Diretrizes emanarem de instância superior. Conhecer, ao menos em parte, a história da instituição via Diagnóstico Institucional permitiu compreender esses meandros, e pudemos abordar a representação existente no discurso docente perante um novo quadro, que tem na própria sensibilização um fator a ser considerado. Tomando como referência esta construção, salienta-se o que entendemos por *desafios*, *desdobramentos* e *resistências*, revelados pelos docentes terem um maior envolvimento em assistência do que com o ensino, no HCPA. Verifica-se uma integração dos serviços do hospital com as diferentes unidades de ensino sendo ampliada e consolidada e a implantação da pesquisa centrada nos atendimentos realizados no hospital. Isso atende ao perfil da instituição hospitalar, mas não ao ensino em seus níveis de complexidade. Soma-se a isso a existência de fatores externos, como a profunda desestruturação dos serviços da rede pública desde a década de 1980. As DCN (e DCN para a medicina) deveriam adquirir um caráter mandatório, mas apontando para abertura e estímulo a transformações ou adaptações, saindo do campo eminentemente teórico. Concluímos que a fragmentação dos departamentos da Instituição e a forma como o processo foi conduzido acabou gerando dúvidas e mais resistências, podendo ser minimizadas através de um melhor conhecimento da proposta educacional. Em tempo, expressamos as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, neste constante e dinâmico processo de identificação com as tendências curriculares a dar visibilidade ao quão diversificado é o pensamento de seus atores, em nada similar a uma linearidade.

Palavras-chave: ensino médico, discurso docente, gestor, Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

*The discourse of the teachers and the role of the manager in cardiology teaching at
FAMED/UFRGS*

Abstract

In this article we approach the management administration of the medical school and its teaching, considering the circumstances of an institutional commitment with the National Curricular Guidelines, in which the managers have an important role. In contraposition to what is proclaimed by the NCG, a conviction of knowledge regarding the need of approximation of the teachers doesn't seem to exist, which may originate a lack of participative responsibility, aggravated by the fact that the Guidelines emerge from a higher instance. Knowing, at least in part, the history of the institution through an Institutional Diagnosis allowed us to understand these meanders, and we could approach the representation existent in the teacher's discourse before a new picture, which has in the awareness itself a factor to be considered. Taking this construction as reference, we highlight what we understand as *challenges, developments* and *resistances*, revealed by the fact that the teachers have a higher involvement in assisting patients than teaching, at the HCPQ. An integration of the hospital services with the different teaching units is verified, being enlarged and consolidated, and also the implantation of research centered in the attendances performed at the hospital. This meets the profile of the medical institution, but it doesn't serve teaching in its levels of complexity. This is added to the existence of external factors, such as the deep destructuring of the public health services since the 1980's. The NCG (and the Medicine NCG) should acquire a mandatory character, but pointing towards the opening and stimulus to transformations or adaptations, leaving an eminently theoretical field. We conclude that the fragmentation of the departments of the Institution and the form how this process was conducted, ended up generating doubts and resistances, which could be minimized through a better understanding of the educational proposal. In time, we express the nuances that permeate an institution such as the FAMED/UFRGS, in this constant and dynamic process of identification with the curricular tendencies that makes visible the great diversity of its actor's thoughts, which are nothing similar to a linearity.

Keywords: medical teaching, teaching discourse, manager, National Curricular Guidelines (NCG).

1 Introdução

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. Almeida¹ 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 temos a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), a REDE UNIDA, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). As escolas médicas e seus gestores são os focos destas propostas e cada uma destas referências é utilizada de acordo com cada perfil e com a atenção que julgam merecer.

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 conhecimento².

A esse respeito, Cruz argumenta que “com esse repertório, é introduzida no discurso a idéia 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]”³. Refere a autora, que este efeito pode ser percebido na síntese elaborada pelos relatores dos grupos de discussão, ao reunirem por escrito a visão 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 existentes⁴.

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”⁵, refere “...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”⁶. Tomando em conta uma oficina realizada pela CINAEM, que abordara o processo de formação, Cruz comenta a matriz teórica fomentadora do debate, em que fora utilizada uma ferramenta denominada *fluxograma analisador* com o 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”⁷. Segue argumentando que novos formatos estéticos produzem novos sentidos, na medida em que se constrói uma releitura da realidade, incluindo nos discursos as falas daqueles participantes. Por meio delas, é possível a identificação com aquilo que está escrito, percebendo a presença de suas próprias falas, como protagonistas do que aconteceu.

Conforme Batista⁸, a CINAEM enfatiza também 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 não tematiza nem mesmo 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, sugerindo programas de capacitação dos próprios gestores, uma definição democrática dos papéis e poderes de instâncias institucionais, bem como 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 MEC⁹ 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 eficácia¹⁰.

Em relação às Diretrizes propostas para o curso de medicina e quanto 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, diríamos, apenas referente a uma intencionalidade formal, senão um total desconhecimento para discutilas.

Silva, ao colher informações de docentes que se manifestaram quanto ao processo de construção das DCN para o curso de medicina, aponta:

(...) 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 superior¹¹.

Então, conhecendo agora uma parte significativa da história da instituição FAMED/UFRGS, tem-se o subsídio de informações que futuramente iremos correlacionar a estes e outros fatos.

2 Transformações Históricas na FAMED/UFRGS

Desde sua fundação, em 25 de julho de 1898, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem feito parte ativamente da história gaúcha e brasileira. Foi a terceira faculdade de medicina criada no país, nascendo sob a ideologia positivista. No entanto, com o passar do tempo, este viés ideológico passou por críticas e mudanças.

Para a época, a estrutura curricular adotada foi uma das mais evoluídas, se comparada com a de outras faculdades de medicina do país. A partir do currículo inicial, a história curricular demonstra uma sucessão de longos períodos de consolidação e vários momentos de adaptações curriculares¹².

Houve 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 e a ampliação das especialidades, bem como, disputas por validação de espaço no currículo. Ainda na década de 1960, teve-se 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 departamentos¹³.

Sobre o período, Cordioli faz uma síntese deste processo ao referir que:

Na década de [19]60 (...) 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, conseqüência 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 especialidades¹⁴.

Podemos 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 reconhecimento de órgãos afetados por patologias e por pretender algo que era praticamente uma “taxonomia de afecções”, sobre o que concordamos com a já citada obra de Silva¹⁵.

Em 1968, altera-se de modo significativo o modelo vigente 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 a que referimos, foi modificado também o sistema de créditos e de pré-requisitos, sendo a avaliação por conceitos e a coordenação didática do curso feita 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, já referido).

Neste contexto, um fato altamente significativo foi a inauguração, em 02 de setembro de 1970, 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 Venturelli¹⁶, neste 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, bem como a implantação da pesquisa centrada sobre os 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 neste contexto de mudanças, como foi sendo entendido e planejado o ensino da cardiologia na graduação, considerando 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 que propusemos 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 nessa pesquisa, se manifestava de forma similar na década de 70, pois se percebe que a COMCAR tentou recuperar certa proximidade que pôde tender a parecer ora um retrocesso, ora uma valorização da inter-relação entre os ensinamentos básico e clínico. Para Silva¹⁷, 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 para o saber fossilizado nas disciplinas básicas.

Retomando Cordioli¹⁸, este 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 propugnam a volta do médico prático ou generalista, inicia 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 (socio-antropologia), 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, desta forma 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 incorpora disciplinas de conteúdo humanístico. Contudo, na prática, o que se verificou foi a criação de novas disciplinas, o aumento da carga horária, uma

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 onde termos como “médico geral”, “médico de família”, “médico de comunidade” e “prático geral” foram tidos 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. Ainda 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.

Ainda na mesma obra, afirma Cordioli que havia a sensação de que a reforma de 1980 não fora suficientemente discutida com os departamentos e que, na verdade, havia sido imposta pela COMCAR. Assim, determinava a necessidade de uma 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. Problemas tais que 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 específicos¹⁹.

No entanto, como o próprio autor indica, “fatores externos caracterizavam a década de 1980, como a própria e profunda desestruturação dos serviços da rede pública”²⁰.

Algumas experiências indicaram falhas internas na administração deste processo pelos diferentes departamentos, como aquele responsável pela então Disciplina de Medicina Ambulatorial de Adultos, com a qual alguns docentes da cardiologia estavam envolvidos, tal como 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. Que que fizeram com a disciplina? Fecharam. Então aqui de novo, é incompetência do professor, o professor não se deu conta que aquilo 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 aquelas que se relacionam com essa pesquisa, 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.

Os dados a seguir dão relevância a outros pontos salientados pelas contínuas avaliações institucionais oficiais e ao processo em si.

3 O Diagnóstico Institucional de 2005

O diagnóstico institucional realizado por Manfroi no *Relatório da Direção da Faculdade de Medicina da UFRGS*²¹ constata que, embora esta 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, fruto em grande parte 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.

Como sustentamos, o ensino na área clínica exercido preponderantemente em um contexto hospitalar enfatiza a doença e, portanto, está em desacordo com as políticas e estudos sobre saúde que incentivam sua promoção, como ocorre nos postos de saúde com grande resolutividade. Com isso, a instituição daria uma nova direção a 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 ambulatorios e rede básica de saúde e de criar meios para um maior envolvimento do corpo docente com a graduação.

Atente-se para o fato de que já em 1997 chamava-se atenção para estas 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 alunos²².

Com a conquista que significou o PROMED-SESU/MEC²³ (Secretaria da Educação Superior, do MEC), em janeiro de 2003 é assinada a primeira *Carta Acordo*. Este documento tem por foco a sensibilização dos professores, dos alunos e dos servidores, visando a 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. Enfatizou termos usados nas mudanças – a exemplo de “gradual” - salientando a importância de haver um programa continuado de formação docente²⁴.

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, deliberou-se que as discussões deveriam ser ampliadas partindo-se de um cronograma definido, com o debate incluindo o maior número possível de docentes. Esta mesma orientação é repetida por Venturelli, para quem “não adianta fazer pequenos grupos para discutir as mudanças, a convocatória deve ser maior”²⁵, como também é preciso evitar “ter muitos especialistas nos comitês de desenho curricular, afim de que não se perca o enfoque das competências para atenção primária”²⁶.

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 estas disposições. No relatório institucional citado, Manfroi refere, quanto à pós-graduação,

...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 25/02/2002²⁷.

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.”²⁸.

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, deste modo, ser difícil obter evidências científicas que possam avaliar objetivamente tanto os diferentes métodos educativos utilizados, como 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.

Desta forma, concordamos que a proposição essencial é o objeto central ser o estudo de como vem sendo efetivada, tanto teoricamente como na prática, as experiências *de* e *em* educação e saúde prioritariamente no Brasil e também no mundo. Isso, com vistas ao processo de formação permanente dos educadores que atuam na área da saúde, a superar o mito de que “bons médicos ensinam bem”, criando então condições para uma formação qualificada capaz de oferecer aos profissionais alternativas e inovações pedagógicas avaliadas cientificamente.

4 As 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 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)

...eu acho que 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)

Esta mobilização propiciou reflexões sobre o fazer docente e discente, tomando como referência esta construção, bem como os desafios, desdobramentos e resistências.

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

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

É, não, pois é.. (...) 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 ó, 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 ta na moda, *pra*. Eu acho que ela tem que ter uma idéia 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... 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 ai, “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 um desconhecimento para aquilo que estrategicamente deveria ser uma decisão da instituição de modo coletivo e feito 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)

5 Os 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)

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 *ta* errado, *ta*, 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 necessita 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 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 ó: 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”, “áh, isso não temos”. “Olha aqui ó, 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)

Também podemos enfocar 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...”, esclarece-ela], 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 nos 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)

6 Considerações Finais

Entendendo as circunstâncias que envolvem um eventual compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares, no qual se sobressai a figura dos gestores, concordamos com Arruda²⁹, 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, esta disposição encontra em Silva³⁰ algumas 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.

Neste sentido, esta autora considera que as instituições de ensino superior sendo obrigadas a uma adaptação a essas determinações legais, tendem a oferecer o risco de solapar um processo

necessário no campo dos enfrentamentos ético e políticos instituidores de uma concepção de educação, de formação e de currículo. Concordamos 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 grupos³¹.

Para Komatsu³², 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 sempre será 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, destacado anteriormente), correspondendo a uma imposição por parte da COMCAR, determinaram uma nova discussão e reforma curricular a partir de 1986, como dito, tendo uma parcela significativa da comunidade imaginado um retorno ao currículo de 1960, tido como 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. Também em relação às políticas de distribuição e acesso aos serviços de saúde e ao fato da clínica estar excessivamente centrada nos aspectos biológicos do contexto.

Avaliando, 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, bem como 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 Komatsu³³ é essencial a capacitação docente e transformação da prática educacional, visando a qualificação das questões voltadas ao psicossocial, justamente quando comparadas àquelas voltadas à dimensão biológica.

Em um contexto em que o ensino tradicional está focado no professor, que determina e cede os conteúdos prontos que o aluno deve estudar, este 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 amplas das próprias Diretrizes.

No que tange as resistências, estas podem ser minimizadas através de um 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 tem a pretensa linearidade que se idealiza e sequer seus objetivos foram claramente discerníveis. Ressalta Edler que “atualmente, é incontestável a percepção de tendências positivas em meio a questionamentos e denúncias sobre o papel das instituições e práticas médicas”³⁴.

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 pólo oposto a uma das características mais salientes da própria educação médica contemporânea. Esta 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.

Deste modo, expressar as nuances que permeiam uma instituição como a FAMED/UFRGS, neste 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 nos estimule a descrever, no sentido de que por mais que hajam mudanças, é preciso admitir que a alteração de um contexto não seja tarefa fácil ou certa.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, MJ. Gestão da escola médica: crítica e autocrítica. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.32, n.2, Abr./Jun. 2008.
2. CINAEM. Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Avaliação do Ensino Médico no Brasil: Relatório Geral 1991-1997 (Brasília), 1997.
3. 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. 267.
4. V Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico, Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica, Porto Alegre, 1995; grifo no original.
5. FOUCAULT, M. A ordem do discurso. 6ª Ed. São Paulo: Editora Loyola, 2000, p. 138.
6. 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.
7. CRUZ, Idem, p. 266.
8. BATISTA, NA; SILVA, SHS. O professor de Medicina - Conhecimento, Experiência e Formação. São Paulo: Loyola, 1998, p. 61.
9. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Homologada em 03/10/2001, Parecer CES 1.133/2001, Resolução CNE/CES Nº 4, de 07.11.2001. Disponível em <http://www.mec.gov.br/cne/ftp/CES/CES04.doc>. Último acesso em 02.08.2006.
10. PICCINI, RX. Projeto de Transformação das Escolas Médicas do Brasil: Terceira Fase do Projeto CINAEM, Trabalhos de Pesquisa. 1998.
11. 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, 207p., p. 141.

12. Disponível em:
http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc Último acesso em 12.11.2009.
13. SILVA, 2005, *op. cit.*
14. CORDIOLI, A. V. O currículo na Faculdade de Medicina da UFRGS. Revista AMRIGS, v. 35, n. 1, p. 49-55, 1991, pp. 49-50.
15. SILVA, 2005, *op. cit.*, p. 157.
16. 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.
17. SILVA, 2005, *op. cit.*
18. CORDIOLI, 1991, *op. Cit.*, p. 49-50.
19. CORDIOLI, *idem*.
20. CORDIOLI, *idem*, pp. 50.
21. FAMED/UFRGS. Relatório da Direção da Faculdade de Medicina,/UFRGS, 2005, *op. cit.*
22. 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), p. 77.
23. 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.
24. In: 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.
25. *Idem*, Relatório de Gestão, p. s/n.
26. *Idem*.
27. FAMED/UFRGS. Relatório da Direção da Faculdade de Medicina,/UFRGS, 2005, *op. cit.*
28. 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, p. 119.

29. 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), p.69.
30. SILVA, 2005, *op. cit.*, p. 139.
31. SILVA, *idem*, p. 143.
32. 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, p. 175.
33. *Idem*.
34. EDLER, FC. Um lugar para a história no currículo médico. Cadernos da ABEM, Rio de Janeiro, vol. 4, Out/2008, p.7.

4 DISCUSSÃO

Neste momento da tese propomos uma reflexão sobre seu todo, tomando por referência a revisão bibliográfica efetuada e os três artigos que a embasam. Especificamente, teremos por base reflexiva, além dos argumentos constantes nestes itens, algumas outras falas docentes que verificamos serem adequadas quanto ao propósito de uma discussão. Em tempo esclarecemos que com o mesmo intuito também será acessada alguma bibliografia de apoio.

Ressaltamos que os desdobramentos que compõem esta discussão relacionam-se com o dualismo entre teoria e prática, com o cenário, a influência da pós-graduação e a racionalidade técnica em relação ao modelo pedagógico adotado pela FAMED/UFRGS.

Iniciamos a tese procurando demonstrar como ocorre a constituição, a vocação, o perfil na docência médica e também o controle docente. Como referimos, de um ensino que fosse controlado em sua qualidade até aos que tivessem o indispensável preparo para a profissão, a docência médica teve sempre uma didática própria e em geral racional, intencional que é. Constituir-se professor está associado fortemente às formas de poder-saber que o trouxeram para a universidade o profissional médico e que ali se re-significam, mas, que, contudo, evidenciam também dificuldades em trabalhar um referencial teórico definido e estudado especificamente para a docência em medicina.

Assim, atingindo uma supervalorização da pesquisa, associada ao afastamento das atividades de ensino, pode-se reconhecer que o perfil requerido para o docente ingressante na FAMED/UFRGS 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 no aluno de medicina da UFRGS e na convicção de que por ser “capacitado” está apto a aprender seja qual for a dinâmica docente adotada, 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, simplesmente ser acadêmico de medicina basta, após seu ingresso em um curso tão concorrido. Estes dois pólos relacionam-se por fazerem parte de uma mesma

sistemática, de um mesmo perfil: a falta de estímulo ao senso crítico e a 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 uma forma piramidal, tal como em um hospital de ensino, de forma que se instituem *fiscais perpetuamente fiscalizados*¹.

No segundo artigo original que compõe esta tese, consideramos os elementos para compreender os meandros históricos do ensino médico; qualificamos como racionalidades na formação médica e os movimentos na cardiologia. Em toda esta trajetória de pesquisa, conhecer o sujeito falante, o ator do discurso, se evidenciou na vasta rede de significações que se formam no contexto da instituição, bem como o embate entre racionalidades diversas: o positivismo científico e o subjetivismo educacional.

Argumentamos que 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, no sentido 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”², estabelecendo com a doença e o doente relações fundadas na decifração e codificação de sintomas³. Esta racionalidade didático-pedagógica, entendida como reflexão crítica, consistente e conseqüente 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”⁴. 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”⁵.

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. Tensionamos se uma

reforma do ensino médico dependeria de uma reforma dos saberes e práticas que orientam a clínica e a saúde pública, assim como se os atores deste processo conhecem o modelo vigente e como este modelo se mantém à custa de estratégias cuja visibilidade tivemos que buscar nas falas dos docentes entrevistados.

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

Neste contexto, questionou-se como isto é entendido pelos docentes, tratando-se da escola médica em voga e de sua historicidade, em um espaço reservado de conhecimento. Portanto, neste ponto do segundo artigo propusemos conhecer o histórico de uma existência. Reconhece-se que o surgimento da epidemiologia clínica representou a busca por 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. Neste sentido, concordamos com os apontamentos de Souza⁶, para os quais encontra respaldo na obra já citada de Foucault, que em sua tese 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 médica⁷.

Salientando 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 por 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. Podemos perceber que ensino e assistência se conjugaram e as patologias passaram a poder ser observadas, ao mesmo tempo, na 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 contenta mais em *constatar*, buscando *descobrir*, o que estimulou a valorização das pesquisas.

Ao abordamos a administração da gestão da escola médica e da área específica de ensino, no terceiro artigo, entendendo as circunstâncias de um 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 um total desconhecimento, origina a desresponsabilização com a participação e responsabilidade de cada professor, ainda mais quando a decisão emana de instância superior (e legal) tal como as DCN.

Apontamos para as representações identificadas nas falas docentes diante de um novo quadro de orientações (DCN), que tem a sensibilização como fator a ser considerado. A este respeito, conforme referimos em Silva anteriormente (vide Artigo 3), “tendo em vista a fragmentação dos departamentos da própria instituição, ou a própria forma como o processo foi conduzido, gerando dúvidas e resistências, que podem ser minimizadas através do melhor conhecimento da proposta educacional” e segue, questionando se “(...) 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”⁸.

No entanto, referimos também que 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 mesmo por privilegiarem a dispersão. Deste 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

das diversas matizes constantes no pensamento de seus atores, em franca dissonância em relação àquela pretensa linearidade que a história – passada e futura – pretende manter.

Dentro deste 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 escola⁹.

Em relação à introdução da tecnologia na medicina, esta está inserida em um processo bastante abrangente. Neste sentido, sustenta Koifman que:

...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 natural e psicologicamente perfeitas; mas que precise constantemente de inspeção por parte de um especialista, cujos problemas somente estes possam constatar¹⁰.

Neste mesmo sentido é que questionamos a racionalidade médica tal como está, em especial quanto ao ensino médico, baseados em um paradigma no qual o modelo é excessivamente centrado na alta tecnologia e na super especialidade. Ou seja, o ensino médico acaba por absorver para si esta 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 e ele parecem endereçado, na forma como se encaminha o ensino e o fazer médicos até então. Pensamos que desta 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 em triangulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes, questionamos: quem é o professor que tem assumido a mediação neste processo de formação? Se e como tem ocorrido o seu preparo para a função docente? São pontos de extrema importância. Vejamos o relato a seguir, de um dos professores entrevistados, que também trata destas 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, *né* - Programa de Apoio Pedagógico -, não... absolutamente não te dá nenhuma... nenhum... uma 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, *né*, nunca se parou *pra* pensar outro modelo, nunca se parou...(E. 11)

Como averiguamos durante a pesquisa e de acordo com nossa hipótese inicial, é conhecido o fato do despreparo para a função docente em medicina. Aliás, antes mesmo 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 como por alunos.

Assim, não há um estímulo à formação para a docência, nem uma preparação para tanto, esperando-se que no dia a dia de sala de aula esta qualificação esteja apenas nas mãos dos próprios professores e, por fim, dos modelos que estes mesmos tiveram. É com esta 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 expõe sobre uma tentativa de alterar este 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, *né*, nós não

somos medalha de latão, quinto lugar com choro; nós concorreremos aqui pela medalha de ouro da excelência assistencial”. (E.8)

Constatamos que não há propriamente uma 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 se sensibilizá-las, há que se adotar uma “razão sensível”, por assim dizer, 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 esta excelência que se quer, que abrange sim o ensino, a pesquisa, a alta tecnologia etc. É o meio pelo qual se atinge aquilo que se quer, mas, no entanto, por um viés que aponta para a atenção em saúde que se deseja, tanto por via de ensino como 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 CINAEM¹¹, 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. Desta 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 no currículo do curso médico, conforme explicita o projeto pedagógico de 2007¹², 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 deste 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 sobre 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. Estes 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 deslocarmos 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, na 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. Trazemos os depoimentos de professores, bem como suas análises a respeito do desempenho dos alunos e da forma como o ensino se desenvolve, em uma escola que, como revelado nos artigos anteriores, tem peculiaridades. Vejamos este:

...propiciar uma troca de idéias 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, né, 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 comentário de Campos, ao argumentar que...

(...) 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 assistência¹³.

Embora o aluno possa ainda dispor desta integração, uma abordagem mais simplificada é utilizada considerando a amplitude que caracteriza a Clínica Médica I e a diversidade docente, tendo em conta 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, né, que às vezes colidem com pontos de vista opostos, elas sejam respaldadas por um departamento, através da sua chefia, do seu colegiado, né, 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 né, 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 2002¹⁴ uma proposta para o ensino na área da cardiologia na FAMED/UFRGS, visando um 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. Neste sentido:

...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 deste professor traz este outro aspecto, 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 *né* e o que é aplicado, ela é brutal. (E.1)

Aqui não nos deteremos especificamente quanto a esta especificidade do ciclo básico, posto que tratamos da problematização do modelo de ensino como um todo, em sua relação com o perfil de egresso que se pretende e na relação direta com a aplicabilidade das DCN.

Outro desdobramento do processo pedagógico acontece no momento da avaliação do aluno, na qual há uma preocupação com a aplicabilidade do conhecimento, bem como 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)

Por seu turno, referindo-se a 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 – i.e., que atuem somente em sua área - há uma tendência a formar especialistas precoces, havendo alunos que não têm pré-requisito para tanto. Vejamos as seguintes ponderações:

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, tá, 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. (P4)

...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, concordamos com a idéia 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 pretendemos propor uma mudança radical de modelo, tal como dito na 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, ressaltamos que dentro de 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 a ele uma apreensão geral do contexto de atuação em saúde o qual, se espera, seja parte do aprendizado em medicina.

Retomando aos docentes e ao perfil do curso, é curioso perceber a identificação de um sentimento de preservação em seus discursos, ao deparar-se com as adversidades de um confronto. A este respeito, a fala a seguir é exemplificativa:

...nós 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, *tá*, 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 como já referimos e é reiterado nesta 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 no nível das discussões a este respeito.

Finalmente, o terceiro momento de ensino de cardiologia ocorre no Internato em Medicina Interna - MED01175 (lembrando, os outros dois eram a 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 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 mês¹⁵.

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 desta relação também aqui encontra a diversidade como ponto de referência, caracterizada pelas diferentes experiências individuais. Vejamos os depoimentos a seguir, neste contexto:

...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 to cobrando o que tava escrito no livro, desse cara. Significa que eu to 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)

...eu acho que 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, *né*... 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 íterim 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 cardio, 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 super intimidado; 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... ai vai *pra* casa ler, *né*.(...) Eu acho boa esta associação, só que eu acho 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 nesta fala que teoria e prática são intercambiáveis e mais que isso, ambas relacionam-se paralelamente no ensino, isto é, ambas 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, qual seja o da influência de que o ensino se reveste, especialmente na área médica, ao ter que acompanhar o conhecimento científico. Neste sentido, para este 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 *né*, 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, como também serve de base para implemento do próprio conhecimento científico, na medida em que os meios tecnológicos de mídia e informação hoje disponíveis ao passo que exigem mais de professores e alunos são, para eles, um instrumental do qual não se pode prescindir.

Importantes neste 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 Flexner¹⁶ 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 deste 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 Campos¹⁷, todos os dezesseis hospitais universitários estudados (vinculados a universidades federais ou estaduais) declaram esta missão em seus estatutos, regimentos ou atas de fundação. Este autor ressalta que a lógica que os estrutura é a da especialização, trazendo consigo os efeitos dela decorrentes. Estes hospitais costumam estar divididos por serviços na medida das 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 chama de "clínica trabalho-humano concentrada". A fala a seguir ilustra e cria modelos de atuação:

(...) Eu acho que na Faculdade tem vários cenários diferentes né... Mas boa parte dos locais aqui são muito específicos... O cara é da nefro e é só nefro, o cara que tá na cardio é praticamente só cardio... E cada vez assim: nós temos o especialista no ombro direito, né, a 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, 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 nesta estrutura que, ao se priorizar o trabalhar com 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.

Vejam outras falas representativas deste contexto:

É, eu... eu acho que o hospital, ele tem esse viés de seleção de pacientes mais complexos. É um ensino “hospitalcêntrico” 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 a fala anterior, ressaltamos apenas que de fato um hospital como o HCPA traz 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. Ainda neste sentido:

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, *né*, 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)

Esta última fala apresenta um contraponto que merece uma atenção mais específica de nossa parte, em relação ao conteúdo e propósitos desta tese. Este docente, como possivelmente outros, acredita que atendendo a casos mais complexos, que necessitam de alta complexidade (recursos, tecnologia etc.), 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 como 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 então em um processo gradual e progressivo de conhecimento e acompanhamento do histórico de uma determinada patologia. Desta maneira, o aluno necessita ter noções práticas e vivenciadas do que é a atenção primária e secundária, a fim de que desenvolva o discernimento necessário para solucionar problemas que podem vir a culminar numa atenção de maior complexidade, mas inserido desde a base do sistema.

Procurando entender o que o viés hospitalocêntrico representa hoje no fazer médico, observamos 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 esta 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 no 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 à 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 capitalistas¹⁸.

No estudo de Foucault *O Nascimento do Hospital*¹⁹, há a busca da compreensão da genealogia do poder, na qual verificou 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 controle²⁰, denominando-a de *poder disciplinar*.

Sintetizando a construção foucaultiana neste ponto nas obras já citadas, podemos 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 seguir no embate. Desta forma surge 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 são organizados os registros dos dados, instaurando-se o ensino e a pesquisa pelo saber médico. Com isso é novamente reforçado o poder disciplinador do hospital. Como tantas outras instituições sociais, o hospital também tem em seu papel 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 estes 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 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 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.

Neste contexto, podemos questionar se mesmo hoje os profissionais da saúde não seguem aprendendo em sua formação, em última instância, apenas a divisão do normal e do anormal. Canguilhem, em *O Normal e o Patológico*²¹ constrói estes dois conceitos como sendo normas significadas socialmente. Com isso ele não quer dizer que não exista a doença orgânica, com ou sem as manifestações clínicas, mas sim que a doença existe para o seu portador quando ele a significa a partir dos conhecimentos que detém e que o possibilita aferir a redução da sua normatividade.

Médici²², 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, pensamos que deveria ser observada - ao menos em um mínimo necessário - a hierarquização do atendimento. E quanto a isso, retornamos 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 *né*, 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 ambulatorios, 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 ambulatorio, ele tem um desempenho "n" vezes maior *num* ambulatorio 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 nivelas *pra* baixo. Agora, formar aqui *pra* tentar subir, não sobe a rampa. (E.6)

Aproveitamos este último excerto de fala para lembrar que em momento algum estamos prescindindo da alta complexidade. Não há uma disputa entre o que seria potencialmente melhor ou não. Salientamos, mais uma vez, que se trata de dimensionar adequadamente estes âmbitos no sentido de melhor ensinar, integrando-os. É importante haver um hospital de ensino que disponha da alta complexidade. Contudo, é igualmente essencial que esteja integrado ao sistema de saúde de forma que os alunos tenham seu ensino disponível tanto na alta como na baixa complexidade, posto que ambas contêm diferentes referenciais em relação

às possibilidades de aprendizagem e de fato estão relacionadas na solução de um problema médico.

Abaixo referimos uma fala que para nós é bastante representativa no sentido do que percebemos como uma bipolaridade a qual comentaremos em seguida:

O modelo tá fechado. A melhora agora passaria por uma mudança do modelo... Não consigo, não consigo vislumbrar. E a gente não pára *pra* pensar essas coisas, não pára... E por isso eu acho que o outro passo seria a pós-graduação. Eu acho que isso não pára 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)

Percebemos que este docente refere 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 pára para pensar nessas coisas”, para logo adiante reconhecer a necessidade de criação de diversos outros cenários para a atuação do ensino em cardiologia. Destacamos este ponto importante nesta 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 se dá partindo mesmo de uma reflexão sucinta e verbalizada como esta - e acima de tudo com a expressão de idéias e de conversas com seus pares, que se o ser humano apreende e elabora a sua percepção sobre as coisas, da realidade. Assim, foi possível identificar em variados momentos da pesquisa com os entrevistados, a referência a não haver espaço e tempo para que se reflita sobre estas questões, tão essenciais ao ensino e às mudanças que nele estão em curso.

Insistiremos ainda neste excerto de entrevista, pela ampla representatividade que tem também no contexto mais amplo do tema desta tese. Acreditamos termos tomado o cuidado necessário para que não houvesse uma espécie de “psicologização” do pensamento ou mesmo uma interpretação para além do que o entrevistado pretendeu dizer. No entanto, percebemos neste trecho selecionado algo que está presente e é reiterado no discurso docente: a primeira parte de sua fala 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 caso 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 *en 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 nesta tese, mostramos que algo a se buscar em todo este 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.

Com isso pretendíamos chegar ao ponto em que estamos, no sentido de demonstrar que para atender ao modelo integral proposto pelas DCN, assim como os alunos, o curso, o currículo, os professores também deverão passar por um processo de subjetivação nesta busca do perfil que se deseja para o curso e para os alunos a serem formados.

Reiteramos que para Foucault²³, 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. Argumenta ainda que é também o poder que está na origem do processo pelo qual nos tornamos sujeitos de um 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, cabe-nos verificar o modo pelo qual é visualizado. Vejamos o exemplo de como se expressa, na fala deste docente:

...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 idéia 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)

Para Ponte²⁴, a formação de uma medicina hospitalar deve-se então a 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 a formação e 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 (tido por Foucault como local de mudança do saber e da prática médica), podemos fazer os mesmos questionamentos que fizemos em relação a outros cenários de aprendizagem? Vejamos o dizer de Campos:

(...) 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 co-gestão, de modo a propiciar maior integração docente-assistencial²⁵.

Em relação a última parte deste excerto de Gastão Wagner, cabe-nos esclarecer que não se confunde com a figura dos gestores de que tratamos em artigo específico (gestores dentro do ensino). Não é nosso intuito abordar a questão das possibilidades para a realização dos contratos de co-gestão 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 tese e até mesmo das entrevistas realizadas.

Entretanto, em conformidade com o início de sua colocação, constatamos – mais uma vez - que a prática no ensino se dá preponderantemente em ambiente hospitalar, restando apenas cerca de menos de 1/6 do aprendizado a ser realizado em outros cenários.

Desta maneira, há neste contexto argumentos no sentido de constatar como se dá o modelo vigente:

...é um cenário certamente enviesado, *né*, 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, *né*. 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 *né* 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, grifo nosso)

Mas deve-se admitir que há uma 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 com a alta complexidade - considerando o aprendizado básico - adquire relevância. Contudo, se o que se pretende é formar um médico generalista, isso não deixa de ser uma preocupação. A seguir selecionamos as seguintes falas a este 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, se salienta 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 percebemos que há uma forte tendência a resistências quanto à mudanças de modelo de ensino. Note-se, por exemplo, que na última fala elencada o docente admite que há limitações, que não há atividade ambulatorial e insiste, ainda assim, que há um equilíbrio e este seria caracterizado pelo fato, por exemplo, dos alunos escreverem na pasta dos pacientes, examiná-los etc.

Em relação às questões discutidas, nos parece esclarecedor lembrar o argumento de Foucault, que 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 refletir²⁶.

Com base nesta discussão, partiremos para a finalização do trabalho, remetendo no próximo ponto aos itens mais relevantes destacados nesta tese.

REFERÊNCIAS

1. FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994, p.95.
2. Idem, p. 19-20.
3. Idem.
4. BATISTA, NA; SILVA, SHS. O professor de Medicina - Conhecimento, Experiência e Formação. São Paulo: Loyola, 1998, p.52.
5. CONTRERAS, J. A autonomia de professores. São Paulo: Cortez, 2002, p.102.
6. 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, p. 11.
7. Idem, p. 17.
8. 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, 207p., p. 143.
9. FOUCAULT, 1994, *op. cit.*, p. 77.
10. KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. História, Ciências, Saúde — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, Mar/Jun 2001, p. 54.
11. 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.
12. Disponível em:
http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último Acesso em 12.11.2009.
13. CAMPOS, GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Ed. Hucitec, 1992, p. 191.

14. MANFROI, WC. (et. al.) Necessidade de Referências Pedagógicas para o Ensino de Cardiologia, no Curso de Graduação. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2002, 78(3):271-5.
15. Disponível em:
http://www.famed.ufrgs.br/panel/uploads/files/projeto_pedagogico_famed_2007.doc. Último acesso em 15.03.2010.
16. FLEXNER, A. *Universities - American, English German*, Oxford University Press, 1930 (republicado em 1968 com prefácio de Clark Kerr).
17. CAMPOS, 1992, *op. cit.*
18. FOUCAULT, O Nascimento da Clínica. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
19. FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: *Microfísica do Poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 99-139.
20. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, Vozes, 1977.
21. CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
22. MÉDICI, AC. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira*. São Paulo, v.47, n.2, Abr/Jun, 2001.
23. FOUCAULT, M. A ordem do discurso. Aula inaugural no *Collège de France* pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.
24. 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.
25. 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, p. 1.
26. FOUCAULT, M. *História da Sexualidade*, vol II – O Uso dos Prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984, p. 13.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao incluir o mundo subjacente do ensino - os saberes e seu reconhecimento -, partimos de algumas determinações a partir de excertos da obra de Michel Foucault, na busca de um padrão discursivo legitimado e orientado 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. Com isso, deduzimos que a constituição da racionalidade anátomo-clínica como uma *objetivação limitadora* (parafraçando Foucault), é pouco debatida nas arenas discursivas da medicina. Daí evidencia-se – como apontamos - 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 reflexividade. Antes de questionarmos se a formação médica estaria adequada aos modos como se poderia reformular a clínica e a saúde pública e se uma reforma do ensino dependeria da reforma dos saberes e práticas que as orientam, buscamos conhecer o modelo vigente. Para tanto, constatamos que este se mantém à 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, vimos 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.

Nesse trabalho evidenciou-se uma necessária 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, acima de tudo, para a prevenção epidemiológica e promoção da saúde, observando assim além das DCN, a própria CF/88. Nesse sentido, destacamos alguns eventos e discursos docentes que

revelam como pode dar-se a construção de um novo perfil médico (ou uma possível reformulação do existente), considerando igualmente as dificuldades neste contexto.

A reforma curricular presente nas DCN, como buscamos demonstrar, é legitimada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), porém nas falas dos professores entrevistados há a indicação de que tende a confluir com os discursos educacionais dominantes. No entanto, também persiste uma forte resistência dentro da medicina - e mesmo na educação médica - para que se alcance espaços para estas discussões. Resistência presente na amostra de professores da cardiologia da Universidade entrevistados, que apresentam um caráter diferenciado ao prescindirem de análises teóricas em relação a uma prática e 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 como 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, discutimos sobre 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 anátomoclínica sua perspectiva médica e na tradição sua pedagogia, no sentido de que 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 relativas também ao ingresso como docente na FAMED/UFRGS e ali tendem a ser reforçadas, pelo que apontamos como a “didática própria” e racional do ensino médico, presente desde seus primórdios, fruto do controle por excelência que foi (e é) um fator positivo, mas se exacerbado requer adequações.

Quanto ao perfil docente, a par de classificações tipológicas, não se tem claro um perfil hegemônico. Apontamos outro ponto relevante: o fato de que a extrema valorização da pesquisa paradoxalmente tem levado professores a se afastar 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 uma preparação específica para o ensino em medicina.

Neste 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, que é capacitado a aprender seja qual for a dinâmica docente acessada, levando-o até a uma 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.

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

A medicina e sua didática, como vimos, 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 tranqüila 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 o compartilhamento de ensino-aprendizagem que, segundo os próprios docentes, se produz na prática em sala de aula, o que mantém o ensino como uma mera reprodução de uma tradição, apenas com pálidos retoques de técnicas e materialidades pedagógicas atualizadas.

Neste sentido, como destacado inclusive pela bibliografia acessada, há uma limitação na discussão e na reflexão sobre esta 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.

Vimos que a visibilidade conferida ao docente de medicina permite observá-lo como um sujeito perpassado por múltiplas práticas discursivas, tensionado em controles que vão desde uma 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) e efeitos de políticas públicas sobre a saúde. Políticas essas que, 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.

Abordamos a administração da gestão na escola médica e na área específica de ensino, bem como as circunstâncias de um compromisso institucional com as Diretrizes Curriculares Nacionais, em cujo contexto torna-se essencial a figura dos gestores no ensino. Entretanto, destacamos que apesar da importância contida no papel que os gestores devem desempenhar em relação a este compromisso, existe uma perda de eficácia na medida em que a aproximação docente acontece sem grande convicção e sem uma devida valorização, senão por um total desconhecimento a respeito das DCN. Tem-se, portanto, que as discussões sobre este 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 na manutenção das formas como estão.

Entendendo as Diretrizes para a medicina como orientações de caráter mandatário - embora elas próprias admitam adaptações a cada contexto -, as instituições de ensino médico, premidas pela obrigatoriedade de adaptarem-se às determinações legais, correm o risco de

encurtar ou mesmo prescindir de um processo necessário no campo do enfrentamento ético-político. Processo este 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 meras adaptações.

As falas evidenciaram que este 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 transparece 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 neste trabalho – tendemos a acreditar que há uma tentativa de repensar o fazer no ensino desta Faculdade e especificamente da cardiologia ao dar ciência à comunidade acadêmica dos pontos relevantes e das medidas sugeridas. Dentre elas a de sensibilização docente, bem como a instituição de programas de pós-graduação que constituam novos formadores a reflexionar e discutir o ensino médico em sua plenitude, contextualizando-o de acordo com a época e com as necessidades sociais.

Deve-se ter em conta que o currículo precisa ser entendido como uma construção social e somatório das intenções vivenciadas no processo de ensino-aprendizagem para então deixar de ser apenas uma grade de disciplinas e atividades. Desta forma, concordamos 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.

Neste contexto, mostrou-se serem necessárias adaptações em relação ao modelo atual, de ensino preponderantemente tradicional, centrado no professor (que oferece pronto 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. Neste 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.

Deste modo, ao expressar as nuances que permeiam a instituição FAMED/UFRGS, neste constante e dinâmico processo de apropriação e re-significação das tendências curriculares, hoje e sempre existentes, acreditamos ter colaborado com nossas ponderações para a discussão a respeito da implantação adaptativa das Diretrizes necessária ao curso médico, servindo igualmente para dar visibilidade à diversidade do pensamento de seus atores. No entanto, embora o momento seja propício para estas adequações, admitimos que existe o risco de uma tendência a 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 tese foi justamente compreender a amplitude do pensamento docente e não o de nos filiar-mos necessariamente a um ou outro aspecto das Diretrizes ou mesmo do todo em que se constituiu a medicina e o ensino médico historicamente, já que o intuito maior é o de reforçar o campo para este debate.

Por este motivo, ressalte-se: em momento algum pretendemos com esta pesquisa e tese uma crítica simplista ao trabalho realizado por colegas na cardiologia da FAMED/UFRGS, no qual, como referido, pessoalmente me incluo. 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.

APÉNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa

**O Discurso Docente sobre o Ensino da Cardiologia na
Graduação Médica**

tem por objetivo a produção do conhecimento a partir do estudo dos discursos docentes em suas falas e/ou escritos relativos às atividades nas disciplinas que envolvem o ensino da cardiologia na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS), visando a obtenção do título de Doutor, no Programa de Pós-Graduação em Cardiologia, da Faculdade de Medicina/UFRGS. A sua participação ocorrerá através da realização de entrevista sobre o tema. A identidade do participante será preservada quando da publicação.

Eu, _____, dou meu consentimento em participar do projeto de pesquisa do Prof. Jorge Alberto Buchabqui, sob a orientação dos Professores Marco Antonio Torres (9669-7448) e Rochele Quadros Loguércio (8111-6822), e autorizo o uso dos dados das entrevistas desde que a minha identidade seja preservada.

assinatura do entrevistado

assinatura do pesquisador

fone para contato: _____

Porto Alegre, ____ de _____ de 2008.

APÊNDICE B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, PROPESQ/UFRGS



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

propesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2007935

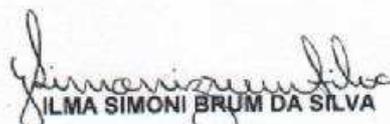
Título : O discurso docente sobre o ensino da cardiologia na graduação médica

Pesquisador (es) :

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
JORGE ALBERTO BUCHABQUI	PESQ RESPONSÁVEL	jbuch@terra.com.br	33085583
MARCO ANTONIO RODRIGUES TORRES	PESQUISADOR	mtorres@brturbo.com.br	33085585
ROCHELE DE QUADROS LOGUERCIO	PESQUISADOR	rochele_loguercio@yahoo.com.	33086269

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 34 , ata nº 114 , de 4/9/2008 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 5 de setembro de 2008


ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
Coordenador do CEP-UFRGS

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista – Eixos Temáticos

- 1) Fale sobre sua formação em medicina;
- 2) Relate livremente a respeito de sua trajetória profissional;
- 3) Fale como foi o seu processo de constituição enquanto docente;
- 4) Como você se percebe hoje em relação as suas atividades como docente, em especial na FAMED/UFRGS;
- 5) Quais suas perspectivas profissionais futuras, particularmente em relação à atividade de ensino/docência.